

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-01-FT-07
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestras Fuerzas Armadas, para Colombia entera	 HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTÁ	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 15-04-2020
		PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 de 9

1. INFORMACIÓN GENERAL

Proceso:	Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico.
Dependencia:	Servicio Patología.
Tipo de auditoría:	Interna
Auditor líder:	Stefanny Ayala Acuña
Tipo de Informe	Informe Final

2. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley 87/93, el rol de Evaluación y Seguimiento establecido en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 648/17 y el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno/21, a continuación, me permito presentar el informe de la evaluación independiente del sistema de control interno del Proceso Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico, específicamente Servicio Patología (PATL).

3. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar de forma independiente el Sistema de Control Interno del Proceso Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico, específicamente Servicio Patología, de igual forma la efectividad del autocontrol para la prestación del servicio y la adherencia a protocolos y procedimientos al Servicio evaluado.

4. ALCANCE

Se verificará la aplicación y efectividad de los procedimientos internos, así mismo la gestión encaminada al cumplimiento del objetivo institucional de “Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización”, la administración de los riesgos del Proceso (específicamente los del Servicio Patología); se verificará con base en las funciones del Servicio, la aplicación y efectividad de los procedimientos internos y documentos informativos, entre otros; establecidos en el Sistema Documental del HOMIL, así mismo la gestión encaminada al cumplimiento del objetivo institucional de “Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento”, específicamente el numeral 3.1, el cual trata de la Gestión por procesos.

5. METODOLOGÍA

Aplicación de las técnicas de auditoría como, verificación documental, análisis de información, indagaciones, muestreo, observación, teniendo como base la Guía de Auditoria del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) V4, para lo cual se tiene la incertidumbre al riesgo de la no verificación total al desempeño de la gestión.

6. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Al efectuar la verificación de los documentos del Servicio PATL publicados en el Sistema Documental del Hospital Militar Central (HOMIL), se observa que se encuentran publicado 01 Programas, 01 Manual, 01 Guía de Manejo, 04 Procedimientos y 20 Protocolos; de los cuales se realizó seguimiento y verificación de una muestra del 37% con el siguiente resultado:

Procedimiento “Recepción de Muestras y Manejo de los Informes de Biopsias y Especímenes Quirúrgicos de Patología”. Código AA-PATL-PR-01, analizado este documento se presenta lo siguiente:

- Los recipientes con tapa roja donde se depositan los especímenes no son herméticos, razón por la cual permiten la fuga del líquido.
- Las muestras que ingresan diariamente al Servicio son almacenadas temporalmente para ser procesadas al día siguiente, observando que esta actividad no está documentada en el procedimiento, tampoco se tiene documentado el sitio de almacenamiento temporal (Almacenan las muestras bajo llave en un medio de transporte (carro), ubicado en la recepción de muestras).
- En el área de Macroscopía, el instrumental se encuentra sumergido en glutalaldehído, el cual no presenta fecha de preparación y fecha del próximo cambio, esta actividad no se encuentra documentada y el personal Médico manifiesta que se realiza a diario por funcionarios de la morgue.
- En la actividad 4. Disposiciones Generales, indica que el paciente ambulatorio también puede hacer entrega de las muestras en el Servicio PATL; a la fecha esta actividad no la realiza el paciente o acompañante (a excepción de la citologías en orina), la lleva a cabo directamente el Dispensario, lo que determina que esta actividad se debe actualizar en el procedimiento.
- Teniendo en cuenta el numeral 11, hace énfasis en el resultado con diagnósticos positivos; cuando este diagnóstico se presenta el Especialista registrará la palabra **CRITICO** en todos los casos, acción que se evidencia que no está incluida en todos los resultados positivos, sin embargo, esto no afecta el sistema de alarma, debido a que por el diagnóstico del CIE, inmediatamente lo toma como resultado crítico y se da prioridad.
- Se evidencia oportunidad en la entrega de reportes y consulta a través de la página Web de la Entidad, asignando usuario y clave a cada paciente, dando cumplimiento a la Ley Anti trámites Artículo 73 de la Ley 1474/11 del Congreso de la República a excepción de pacientes con resultados críticos el cual no permite el descargue del resultado, generando una cita prioritaria en un lapso no mayor a 5 días., dando cumplimiento al Procedimiento AA-PATL-PR-01, en cuanto al numeral 14 descripción 5.
- Se realiza seguimiento el día 23 de agosto/21 a la entrega de resultados por ventanilla del Laboratorio Clínico en el primer piso del Servicio Consulta Externa. Se evidencia el no registro de entrega ni trazabilidad de cuantos resultados se entregan directamente a los pacientes; de igual forma en caso de ser un resultado CRITICO, el resultado se entrega sin limitación, debido a que no se hace revisión de resultados por parte del Auxiliar de ventanilla, solo se realiza la impresión del mismo. Al indagar a Auxiliar sobre el uso de la página web y de la plataforma manifiesta que la plataforma para el descargue de resultados por la página no está en funcionamiento, de acuerdo con lo manifestado por los usuarios.
- Protocolo “Recibo y Entrega de Cadáveres en la Morgue” Código: AA-PATL-PT-02, en seguimiento y verificación, se evidencia que la entrega de cadáveres a los delegados de las funerarias y/o medicina legal, se registra en un libro identificado con el nombre **LIBRO REGISTRO MORGUE**, observando que en el libro, los días 1,2,3,4,5,6, de agosto/21, se dejaron ítems sin diligenciar tales como: Nombre del Médico quien certifica, Fecha, Hora y Nombre de la Funeraria; esta actividad no está documentada en el procedimiento, lo que determina en debilidades de control y pérdida de información relevante en el momento de una reclamación o solicitud de aclaración.
- Protocolo “Procesamiento de Histotécnica de los Tejidos” Código: AD-PATL-PT-01, se observa que el formato actualmente utilizado “Entrega de laminas al residente y control de la coloración diaria Código AA-PATL-PT-01-FT-02, Versión 02, presenta una columna adicional con el nombre del Especialista (Patólogo), la cual no corresponde con las columnas diseñadas en el formato anteriormente mencionado, lo que determina que se hace necesario modificar el Formato utilizado, relacionado con el Protocolo AD-PATL-PT-01.

- Protocolo “Técnica de Inmunohistoquímica” Código AA-PATL-PT-11, se evidencia que las muestras a procesar solicitadas por los Patólogos se registran en un libro con información relacionada, así mismo las observaciones o anexos son registradas en el libro, observando que estas actividades que se llevan a cabo en el Servicio PATL, no se encuentran documentadas en el Protocolo Código AA-PATL-PT-11.
- Protocolo “Toma, Conservación, Transporte y Remisión de Muestras al Servicio PATL” Código: AA-PATL-PT-22, en seguimiento realizado a la conservación de muestras se observa que los recipientes utilizados con tapa roja, donde se depositan los especímenes no son herméticos y permiten la salida de líquido (formol).
- Protocolo “Procesamiento de Especímenes y Piezas Quirúrgicas y del Informe Anatomopatológico. CÓDIGO: AD-PATL-PT-30, se observa que el contenedor de almacenamiento de instrumental que contiene glutalaldehído está sin rotular, así mismo en el área de Macroscópica los Médicos Residentes no hacen uso completo de los Elemento de Protección Personal (EPP), tales como monogafas o careta.
- Protocolo “Citometría de Flujo Procesamiento de Muestras y Manejo del Equipo” Código: AA-PATL-PT- 47, en seguimiento realizado se evidencia que el control de inventario de reactivos es registrado por la Citohistotecnóloga en archivo Excel; presenta que los reactivos no están codificados con el número que indica el Fluorocromo específico para cada muestra, se evidencia que a todos se les asigna el mismo Código 1228605804; observando que cada frasco alcanza para 50 muestras, esta cantidad en el Sistema de Información Dinámica Gerencial, no está clasificada adecuadamente en cuanto a la cantidad, lo que dificulta en el control del inventario, en cuanto a la solicitud y descargue del mismo; así mismo sucede con los reactivos de Anticuerpos para Citometrias de Flujo linfocitos B o T, en el Sistema Dinámica Gerencial, genera los mismos inconvenientes anteriormente mencionados. La solicitud de establecer códigos de acuerdo al Fluorocromo ha sido realizada por el Servicio al Almacén de Insumos Hospitalarios (AIH), a la fecha no se ha obtenido respuesta positiva.
- Protocolo “Archivo de láminas y bloques Código: AD-PATL-PT-06, en seguimiento y verificación, presenta que en el área de la Morgue se realiza el archivo de láminas y bloques en archivadores metálicos rodantes, los cuales no funcionan adecuadamente, lo que genera que el personal de la Morgue, para movilizarlos realice fuerza excesiva para desplazarlos, el Servicio a gestionado esta solicitud, sin que a la fecha haya obtenido respuesta positiva; el espacio entre archivador y archivador es reducido, lo que dificulta la búsqueda de láminas y/o bloques; se observan bandejas con bloques para ser archivados, ubicados en las mesas de la “Sala de Cuerpos”, en espera de ser archivados por la dificultad expuesta con anterioridad; el personal debe mover los archivadores manualmente, debido a que el sistema que los moviliza no funciona, se observa que el área es pequeña en relación a la cantidad de archivadores con lo que se cuenta.
- Protocolo “Descarte de Especímenes Anatomopatológicos y Lavado de Contenedores Código AD-PATL-PT-05, en revisión del Sistema Documental del HOMIL en la Intranet, en cuanto a los documentos publicados por el Servicio, no se evidencia publicado el formato, del cual refiere el Protocolo mencionado con anterioridad.
- Manual “Sección de Citogenética” Código AA-PATL-MN-01, en seguimiento se observa que el Servicio de Citogenética lleva controles internos de diferentes actividades, inventarios, insumos, descarte de muestras, entre otros, los cuales son registrados en Archivos Excel y formatos en físico que no presentan el control que realiza el Área Gestión de Calidad en el Sistema Documental del HOMIL; por ser un Servicio relativamente nuevo, las láminas para archivo en el Banco de Muestras (ubicado en la Morgue), se encuentran actualmente en el de Citogenética; lo que determina en debilidades de control.
- El manual no tiene documentado el tiempo que deben permanecer las muestras en el Servicio antes de ser descartadas; actualmente el Servicio maneja un tiempo de 2 meses, no teniendo alcance en el Servicio por parte de esta Auditoría a documentos que tengan considerado que este tiempo sea el adecuado.

Oportunidad de mejora 1

La Oficina de Control Interno recomienda al Servicio Patología (PATL) en coordinación con el Área Gestión de Calidad; alinear las actividades observadas relacionadas con el Manual, Protocolos, Procedimiento y formatos relacionados con anterioridad.

7. INVENTARIO ALMACEN PATOLOGIA (PATL)

El Módulo de Inventarios del Sistema de Información Dinámica Gerencial, con relación al Servicio Patología reflejó el 23 de julio/21 a las 09:30 horas, la cantidad de 160 ítems por \$392'084.351,83; los criterios utilizados por esta Auditoria para seleccionar la muestra de la Prueba Selectivita fueron verificar los ítems que tenían un costo igual o superior a \$29.000,00 de acuerdo con la información registrada en Sistema, obteniendo una relación de 50 ítems por valor de \$90'668.348,68 equivalente al 31% del total del inventario, así:

Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cantidad Kardex (DINAMICA)
1	1123242186	CRONOMETRO DIGITAL 2 TIEMPOS UNIDAD NO APLICA	\$115.430,00	1,00
2	1176090290	GLUTARALDEHIDO DENSIFECTANTE Y ESTERILIZANTE GALON 3650 mL	\$45.008,00	3,00
3	1227610127	FILTROS PARA CYTOSPIN DE 2 ORIFICIOS CAJA NO APLICA	\$183.260,00	12,00
4	1227610136	SONDA FISH DUAL FUSION IGH/cMYC t(8;14) CON DAPI X 5 P KIT LPH 041-S	\$1.155.800,00	2,00
5	1227650031	LAPICES PUNTA DE DIAMANTE UNIDAD NO APLICA	\$77.047,01	4,00
6	1227650033	MEDIO DE INCLUSION PARA CRIOSTATO FRASCO X 120 ML FRASCO NO APLICA	\$97.580,00	2,00
7	1227690129	HILO CAÑAMO CALIBRE 0 ROLLO NO APLICA	\$235.620,00	3,00
8	1227690130	AGUJAS DE TANATOPRAXIA EN S CAJA NO APLICA	\$287.980,00	4,00
9	1227690139	KIT DE DETECCION ROJO CONGO PARA IDENTIFICACION DE AMILOIDE UNIDAD NO APLICA	\$1.130.000,00	2,00
10	1228005191	ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO TUBO SCREENING LINFOIDE UNIDAD NO APLICA	\$255.000,00	100,00
11	1228005323	METANOL X5 LITRO PRUEBAS NO APLICA	\$240.897,63	3,00
12	1228205135	TETRAHEXIL METENAMINN (METANAMINA EN POLVO) FRASCO NO APLICA	\$262.990,00	1,00
13	1228205138	HEMATOXILINA X LITRO FRASCO NO APLICA	\$289.765,00	3,00
14	1228205264	HEMATOXILINA FCO X 100 GRS FRASCO NO APLICA	\$2.148.724,00	1,00

Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cantidad Kardex (DINAMICA)
15	1228405079	AML/MDS 1 KIT NO APLICA	\$163.000,00	180,00
16	1228405080	AML/MDS 2 KIT NO APLICA	\$170.000,00	60,00
17	1228405084	ALL B KIT NO APLICA	\$143.000,00	10,00
18	1228405084	ALL B KIT NO APLICA	\$143.000,00	20,00
19	1228405086	BCLPD1 KIT NO APLICA	\$160.000,00	20,00
20	1228605231	SONDA FISH BREAKAPART BCL6 3q27 PRUEBAS NO APLICA	\$2.424.150,00	1,00
21	1228605231	SONDA FISH BREAKAPART BCL6 3q27 PRUEBAS NO APLICA	\$2.424.150,00	1,00
22	1228605804	ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS PRUEBAS NO APLICA	\$80.000,00	150,00
23	1228605804	ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS PRUEBAS NO APLICA	\$80.000,00	150,00
24	1228605804	ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS PRUEBAS NO APLICA	\$80.000,00	100,00
25	1228605804	ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS PRUEBAS NO APLICA	\$80.000,00	100,00
26	1228605805	ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS B T & PRUEBAS NO APLICA	\$80.000,00	50,00
27	1228605812	TBD1 DECALCIFICADOR UNIDAD NO APLICA	\$93.000,00	6,00
28	1229205163	ANTICUERPO PARA CITOMETRÍA DE FLUJO CD26 PRUEBAS NO APLICA	\$43.000,00	50,00
29	1229205182	CD11 PRUEBAS NO APLICA	\$43.000,00	50,00
30	1229205196	ANTICUERPO PARA CITOMETRÍA DE FLUJO CD27 PRUEBAS NO APLICA	\$41.000,00	50,00
31	1229405068	TLE 1 PRUEBAS NO APLICA	\$50.886,00	30,00
32	1229405069	MDM2 UNIDAD NO APLICA	\$57.809,00	30,00
33	1229405069	MDM2 UNIDAD NO APLICA	\$57.809,00	120,00
34	1229405169	ACIDO ACETICO GLACIAL FRASCO NO APLICA	\$236.810,00	1,00
35	1229405169	ACIDO ACETICO GLACIAL FRASCO NO APLICA	\$236.810,00	3,00
36	1229410027	ETANOL ABSOLUTO FRASCO NO APLICA	\$264.612,73	8,00

Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cantidad Kardex (DINAMICA)
37	1229420015	SODIO FOSFATO DIBASICO ANHIDRO FRASCO NO APLICA	\$266.376,28	8,00
38	1229420285	FOSFATO DE SODIO MONOBASICO FCO FRASCO NO APLICA	\$241.762,19	8,00
39	1229420384	NITRATO DE PLATA FCO X 25 GRS UNIDAD NO APLICA	\$134.042,00	1,00
40	1229420612	XIOL X 55 gls CANECAS NO APLICA	\$1.829.030,00	1,00
41	1229420617	FORMOL CANECA X55 GL 20 GALONES UNIDAD NO APLICA	\$1.215.466,00	2,00
42	1229605093	TIRAS PARA MEDIR PH UNIDAD NO APLICA	\$92.046,50	4,00
43	1229605961	ORANGE G FRASCO NO APLICA	\$329.630,00	5,00
44	1229605961	ORANGE G FRASCO NO APLICA	\$329.630,00	2,00
45	1229610022	FILTRO SIERRA ELECTRICA UNIDAD NO APLICA	\$844.900,00	2,00
46	1228605199	ANTICUERPO CONTRA CALPONINA 1 PARA CORTES EN PARAFINA PRUEBAS NO APLICA	\$29.500,00	50,00
47	1228605208	ANTICUERPO CONTRA CAM 5.2 PARA CORTES EN PARAFINA PRUEBAS NO APLICA	\$29.500,00	150,00
48	1228605217	ANTICUERPO CONTRA FSH PARA CORTES EN PARAFINA PRUEBAS NO APLICA	\$29.500,00	50,00
49	1228605219	ANTICUERPO CONTRA LH PARA CORTES EN PARAFINA UNIDAD NO APLICA	\$29.500,00	50,00
50	1228605713	ANTICUERPO CONTRA CALRETININA PARA CORTES EN PARAFINA FRASCO NO APLICA	\$29.500,00	50,00

Fuente Sistema de Información Dinámica Gerencial

En verificación realizada a la muestra de la Prueba Selectiva del inventario del PATL, frente a los bienes físicos almacenados en el área de inventario (Almacén), se presentaron sobrantes por \$1'721.325.57 así:

Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cantidad Kardex (DINAMICA)	Cantidad Físico	Cantidad Diferencia	Valor Sobrante \$
3	1227610127	FILTROS PARA CYTOSPIN DE 2 ORIFICIOS CAJA NO APLICA	\$183.260,00	12,00	16	4	733.040,00
12	1228205135	TETRAHEXIL METENAMINN (METANAMINA EN POLVO) FRASCO NO APLICA	\$262.990,00	1,00	2	1	262.990,00

Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cantidad Kardex (DINAMICA)	Cantidad Físico	Cantidad Diferencia	Valor Sobrante \$
38	1229420285	FOSFATO DE SODIO MONOBASICO FCO FRASCO NO APLICA	\$241.762,19	8,00	11	3	725.295,57
TOTAL							1.721.325,57

Fuente análisis OCIN

1. Se evidencia entrega de insumos relacionados en formato "Control de manejo semanal de reactivos e insumos" GA-ALBA-PT-01-FT-02, pero sin descargue en Dinámica Gerencial, lo que determina en no oportunidad con la actualización de la información en el Sistema de Información Dinámica Gerencial.
2. Se evidencia en el área de Inventario (Almacén) que cuentan con registros manuales en carpetas debidamente identificadas, archivos Excel y registros relacionados con el inventario, con salidas y entradas de los Items de inventario.
3. Se observan soportes debidamente justificados de bienes entregados, pero que no han sido descargados en el Sistema de información Dinámica Gerencial, relacionados con los meses de junio y julio/21; lo que determina que no se realizan las descargas en el Sistema oportunamente, representando debilidades de control.
4. Se realizó seguimiento a las fechas de vencimiento registradas en el Sistema de Información frente a las fechas de vencimiento registradas en físico de los insumos seleccionados en la prueba selectiva de inventario, evidenciando que presentan fecha superior de seis meses para su vencimiento. Teniendo en cuenta el inventario registrado en Dinámica Gerencial, presenta insumos con fechas vencidas y otras próximas a vencer inferiores a un mes, tales como:

Ítem	Código interno	Fecha de Vencimiento	Descripción del Producto
1	1228605199	31/07/2021	ANTICUERPO CONTRA CALPONINA 1 PARA CORTES EN PARAFINA PRUEBAS NO APLICA
2	1228605208	15/07/2021	ANTICUERPO CONTRA CAM 5.2 PARA CORTES EN PARAFINA PRUEBAS NO APLICA
3	1228605217	30/06/2021	ANTICUERPO CONTRA FSH PARA CORTES EN PARAFINA PRUEBAS NO APLICA
4	1228605219	31/07/2021	ANTICUERPO CONTRA LH PARA CORTES EN PARAFINA UNIDAD NO APLICA
5	1228605713	05/06/2021	ANTICUERPO CONTRA CALRETININA PARA CORTES EN PARAFINA FRASCO NO APLICA

Fuente análisis OCIN

Los insumos relacionados en la tabla anterior ya no se encuentran en el Servicio, fueron utilizados hace 2 meses, determinando con lo anterior una vez más en falta de oportunidad con la actualización del Sistema de Información, adicional a falta de controles implementados en el Servicio.

5. El inventario de Dinámica Gerencial presenta insumos con igual código, sin tener en cuenta que son reactivos diferentes según el fluorocromo. Este código hace referencia a más de 40 Tipos de Anticuerpos, los cuales no están codificados por separado, sino un mismo código para todos, situación reportada al Almacén General para dar solución, pero sin respuesta positiva a la fecha. A continuación, se relacionan algunos de los fluorocromos utilizados.

INSUMO	CODIGO	NOMBRE DEL REACTIVO				
ANTICUERPOS PARA CITOMETRIA DE FLUJO LINFOCITOS PRUEBAS	1228605804	cyCD3	CD58	CD34	CD123CD11b	sigM
		CD20	CD16	CD27	CD33	cyLAMBDA
		CD9	CD35	CD79b	CD7	nTdT
		CD4	CD61	CD11c	CD200	CD15
		CD45	CD41a	CD10	CyKAPPA	CD66
		CD38	CD8/LAMBDA	CD117	sCD3	CD105
		CD23	CD56/KAPPA	CD22	CD81	CD30

Fuente análisis OCIN

- Se evidencia en el área de Inventario (Almacén) que cuentan con registros manuales en formatos debidamente identificadas, archivos Excel y registros relacionados con el inventario, con salidas y entradas de los Items de inventario. Sin embargo, no hay oportunidad en la actualización del Sistema de Información Dinámica Gerencial con relación a la descarga de la información, evidenciando registros manuales con fechas de mayo y junio/ 21, es decir con más de 2 meses de atraso en el descargue de Dinámica.
- Se evidencia almacenamiento de insumos en diferentes áreas del Servicio PATL, tales como áreas registradas con el nombre de Almacén Genética, Citometría e Inmunohistoquímica, de las cuales cada una de ellas tiene asignado un funcionario responsable; observando que tienen como único responsable del reporte de uso de los insumos al funcionario identificado con la C.C. 80.183.059, funcionario Responsable del Almacén, quien es a la vez encargado de otras actividades en el Servicio PATL.
- En el desarrollo de la Auditoria se evidencio que el ingreso al Almacén del Servicio PATL, no tiene acceso restringido al personal del Servicio, debido a que el Responsable del mismo, no le permite estar al 100% en el Almacén, lo que determina en debilidades de control en cuanto a la custodia de los bienes almacenados, adicional se determina en un riesgo de Nivel Alto, en cuanto se pueda materializar el Riesgo de pérdida de Insumos.
- Los reactivos que deben mantenerse en nevera, son almacenados en las mismas fuera del área de Almacén, estas neveras son custodiadas por personal de cada área las cuales cuentan con sistema de seguridad (claves).

Oportunidad de mejora 2

En tal sentido, la Oficina de Control Interno (OCIN) recomienda al Servicio auditado, diseñar acciones que permitan realizar oportunamente las descargas de entrada y salida de bienes en el Sistema de Información Dinámica Gerencial, establecer controles efectivos en el Área del Almacén y continuar en el tiempo con el cumplimiento a los criterios que se citan en la evaluación; así mismo legalizar los sobrantes dejando registro del Comprobante de Entrada al Almacén.

8. MONITOREO DE RIESGOS

De acuerdo con el Mapa de Riesgos por procesos publicado en la intranet de la Entidad, presenta 14 Riesgos, para el Proceso Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico, de los cuales se identifican 3 Riesgos para el Servicio evaluado: (R15 del Mapa de Riesgos Institucional) “Errores en resultados de exámenes clínicos, patológicos y de imágenes”; (R16 del Mapa de Riesgos Institucional) “Pérdida de muestras sanguíneas, fluidos, biopsias, especímenes, citologías y otras”; y (R18 del Mapa de Riesgos Institucional) “Ausencia de insumos para la realización de exámenes médicos, estudios y procedimientos”; en seguimiento a los ítems “Responsables Registrados y Controles Establecidos” en el Mapa de

Riesgos, presenta que para el R16 la segregación de autoridad, no se especifica en el Mapa de Riesgos, no indica que Servicio, Grado o Cargo de la Unidad de Apoyo Diagnostico y Terapéutico, deba asumir la administración del Riesgo; en cuanto a las evidencias de la ejecución del control del Riesgo (R16), se evidencian controles que no están documentados en el Mapa de Riesgos, tales como, registro de novedades de muestras, registro de entrega de muestras de laboratorio; en cuanto a los controles de los Riesgos R15 y R18, se observa que la consulta se realiza en el Sistema de Información, pero no se dejan registros como resultado de la aplicación de los controles identificados en el Mapa de Riesgos, lo que representa debilidad en el mapa de riesgos publicado, controles y monitoreo de los riesgos propios del Servicio auditado, presentando debilidades de control frente a la Guía para la Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) V5 de diciembre/20.

En cuanto al Riesgo R18 se establece como control “*Verificar los inventarios en Dinámica contra las existencias y analizar los históricos de los exámenes procesados*”, sin embargo, la evidencia “*Acta de revisión del Plan Anual de Adquisiciones*” no corresponde a la ejecución del control; de igual manera para el Riesgo R18 se establece el control “*Conteo aleatorio de los inventarios en Dinámica*” cuya evidencia es la de “*Realización de selectiva lote - fecha frente al reporte de dinámica gerencial*”, ésta última no está redactada de manera correcta, ya que se presenta como una actividad y no como el soporte de la ejecución del control.

Oportunidad de mejora 4

La OCIN recomienda al Responsable del Servicio auditado diseñar acciones y efectuar análisis a los riesgos del proceso que tienen relación con el Servicio evaluado, ajustar el mapa de riesgos del Proceso incluyendo lo observado; determinar los responsables directos de administrar el Riesgo, establecer controles que sean eficaces, eficientes y efectivos para evitar la materialización de los mismos, dejar registros como soportes de las acciones realizadas, así mismo realizar los ajustes necesarios al Mapa para que cuente con toda la información necesaria para su mitigación.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo con la evaluación efectuada, el Servicio debe fortalecer, la actualización oportuna del Sistema de Información; así mismo la necesidad de reforzar la gestión de riesgos, situaciones que pueden impactar en el cumplimiento de los objetivos institucionales y generar riesgos en la gestión del Servicio, Protocolos y Procedimientos establecidos

10. RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno recomienda a la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnostico y Terapéutico conjuntamente con el Servicio Patología, suscribir un Plan de Mejoramiento con las oportunidades de mejora consignados en el presente informe y remitirlo dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al radicado de éste, diseñando acciones que subsanen las causas que dieron origen a las desviaciones identificadas, aplicando el procedimiento “*Elaboración y Seguimiento Plan de Mejoramiento CÓDIGO: EM-OCIN-PR-03*”.

Cordialmente,



Stefanny Ayala Acuña
OPS Profesional Auditor Control Interno