

Nº 11

# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2020

## Proceso de Atención en Laboratorio Clínico y Patología

Modalidad Auditoría Regular



Informe tipo:

**De Auditoría**

Noviembre / 2020



Alcaldía de Medellín



# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2020

## Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**  
Carlos Uriel López Ríos

**Audidores:**  
José Herberto Vargas Lema  
María Joneth Agudelo Arango  
Karina Ruiz De la Hoz

**Técnicos:**  
Julio E. Suescún Montoya

**Correo Oficina:**  
[oficiadeauditoria@hgm.gov.co](mailto:oficiadeauditoria@hgm.gov.co)

Oficina de Auditoría Interna  
Hospital General de Medellín  
Carrera 45 #22 – 102  
PBX: 3847300  
Medellín – Antioquia  
Colombia  
[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

## Proceso de Atención en Laboratorio Clínico y Patología

**Modalidad Auditoría Regular**



**Alcaldía de Medellín**

## CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.</b>	<b>5</b>
1.1. Objetivo.	5
1.2. Alcance.	5
1.3. Metodología Auditoria.	5
1.4. Fundamento Normativo.	7
1.5. Documentos Base.	8
1.6. Limitaciones	8
1.7. Terminología básica.	8
<b>II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.</b>	<b>11</b>
2.1. Datos Básicos	11
2.2. Fortalezas.	11
2.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.	12
<b>III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	<b>15</b>
3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.	15
3.2. Para mejorar el proceso de Control.	20
3.3. Para mejorar el proceso de Riesgos.	21
<b>IV. CONCLUSIONES.</b>	<b>24</b>
<b>V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.</b>	<b>25</b>
<b>VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.</b>	<b>25</b>

## PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de “Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI” y dando cumplimiento al Plan Anual de Auditoría Interna para el año 2019, nos permitimos presentar el informe correspondiente a la auditoría realizada al Proceso Atención en Laboratorio Clínico y Patología.

El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: (i). Admisión del usuario ambulatorio, (ii).Recepción y toma de muestras, (iii).Preparación de muestras, (iv). Procesamiento y análisis de muestras y, (v). Entrega de resultados contemplados en el proceso. Además se hará seguimiento a los contratos de los equipos que se encuentran en comodato dentro del Laboratorio Clínico.

El informe se estructura en 6 (seis) capítulos. El primero contiene las generalidades, en el segundo relacionamos resumen ejecutivo, en el tercero se detallan las observaciones y recomendaciones, en el cuarto enunciamos las conclusiones, en el quinto se plantea el plan de mejoramiento y seguimiento y, en el sexto la comunicación y socialización del informe final de auditoría.

Para fines de comprensión el informe fue sometido a la respectiva socialización y conocimiento previo por parte de los dueños y líderes de cada proceso y los resultados incluidos en el presente informe, fueron comunicados oportunamente a los niveles responsables de la ejecución del proceso los cuales expresaron su posición como auditados sobre nuestras valoraciones u observaciones técnicas; de las cuales se deja evidencia en el informe emitido.

El presente Informe se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2017-2021 **“Construimos Confianza”** de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

Agradecemos a los funcionarios por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida para la ejecución de la auditoría.

### **Oficina de Auditoría Interna.**

*Construimos Confianza*

### **Hospital General de Medellín.**

*Atención Excelente y Calidad de Vida.*



## **I. GENERALIDADES.**

### **1.1. Objetivo.**

Evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad del Proceso de Atención en Laboratorio Clínico y Patología del Hospital General de Medellín a partir de verificar su conformidad, su gobierno, la gestión de riesgos y los controles adoptados para su funcionamiento y el cumplimiento de las regulaciones, además identificar la contribución de éste al logro de los objetivos estratégicos.

### **1.2. Alcance.**

El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: (i). Admisión del usuario ambulatorio, (ii).Recepción y toma de muestras, (iii).Preparación de muestras, (iv). Procesamiento y análisis de muestras y, (v). Entrega de resultados contemplados en el proceso. Además se hará seguimiento a los contratos de los equipos que se encuentran en comodato dentro del Laboratorio Clínico y Patología.

- 1.2.1. Biosystems Antioquia S.A.,
- 1.2.2. Distribuciones Medife S.A.S.,
- 1.2.3. Hummalab S.A.,
- 1.2.4. Laboratorios Ossalud S.A.
- 1.2.5. Biomerieux Colombia Ltda,y otros.

### **1.3. Metodología Auditoria.**

#### **1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.**

- Realización de reunión de apertura de la auditoría, para socializar el Programa Específico de Auditoría a desarrollar y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Se realiza entrevista con la Lider del Banco de Sangre.
- Se realiza entrevista con la coordinadora técnica del Laboratorio Clinico.
- Se hace entrevista con funcionarios que participan en el proceso.
- Reunión de cierre para formalizar informe.

#### **1.3.2. Revisión y Análisis documental.**

- Revisión y análisis de la información (Indicadores de gestión,Plan de acción, Informe cuatrimestral)
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de acción del proceso Laboratorio clínico y patología.

#### **1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.**

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

#### **1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.**

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

## 1.4 Marco de la Práctica de Auditoría Interna.

La Oficina de Auditoría Interna del HGM evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de Gobierno, Gestión de riesgos y Control de la organización, utilizando un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos; todo ello en cumplimiento de las mejores prácticas internacionales.

### 1.3.5. Norma Internacional de Auditoría 2110 – Gobierno.

La auditoría interna debe evaluar y hacer recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para:

- Tomar decisiones estratégicas y operativas.
- Supervisar la gestión de riesgos y el control.
- Promover la ética y los valores apropiados dentro de la organización.
- Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización.
- Comunicar la información de riesgo y control a las áreas adecuadas de la organización.
- Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.

*Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.*

### 1.3.6. Norma Internacional de Auditoría 2120 – Gestión de Riesgos.

La auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de procesos de gestión de riesgos, con relación a lo siguiente (Norma 2120.A1):

- El logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- La fiabilidad y la integridad de la información financiera y operativa.
- La efectividad y la eficiencia de las operaciones y de los programas.
- La protección de los activos, y
- Cumplimiento de las leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.

*Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.*

### 1.3.7. Norma Internacional de Auditoría 2130 – Control.

La auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la efectividad y la eficacia de los mismos y promoviendo la mejora continua.

*Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. Enero 2017.*

### 1.3.8. Instrumentos de Auditoría Interna.

Para el desarrollo de su actividad la Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín cuenta con los siguientes Instrumentos de Auditoría Interna:

- EV-EVC-AI001D01 - Código de Ética de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D02 - Estatuto de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D03 - Carta de Representación de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D04 - Programa de Aseguramiento y Mejora de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D05 - Directriz de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001M01 - Manual de Auditoría Interna HGM.
- EV-EVC-AI001D06 - Medición Percepción Gestión Ética HGM.

*Fuente: Mapa de Procesos – Hospital General de Medellín.*

## 1.4. Fundamento Normativo.

- 1.5.1. Decreto 77 de 1997. Manual de normas técnicas, científicas y administrativas para el laboratorio clínico. Ministerio de Salud. Dirección general para el desarrollo de servicios de salud. Subdirección de servicios farmacéuticos y laboratorios. Programa de laboratorios 1997.
- 1.5.2. Decreto 2323 de 2006 de la Presidencia de la Republica. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones. Capítulo II. Estructura y funciones de la red nacional de laboratorios.

*Artículo 7°. Dirección de la Red Nacional de Laboratorios. El Ministerio de la Protección Social dirigirá la Red Nacional de Laboratorios y definirá las políticas, programas, planes y proyectos requeridos para su adecuado funcionamiento.*

- 1.5.3. Resolución 2378 de 27 de Junio del 2008. Por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos.

*Capítulo IV. Verificación de los requisitos que deben cumplir los laboratorios clínicos de las instituciones que adelantan investigación clínica en seres humanos.*

- 1.5.4. Resolución 2003 de 28 de mayo 2014. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estructura de los servicios de salud. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

- 1.5.5. Decreto único Reglamentario. Ministerio de salud y protección Social.  
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

- 1.5.6. Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.  
Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Capítulo 10. Artículo 2.5.3.10.1 al 2.53.10.20.

*Capítulo 2 .Red Nacional de Laboratorios. Artículo 2.8.8.2.3 Definiciones. 9. Red Nacional de Laboratorios. Sistema técnico gerencial cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia, laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios, y servicios de toma de muestras y microscopía, para el desarrollo de actividades de vigilancia en salud pública, prestación de servicios, gestión de la calidad e investigación.*

- 1.5.7. Acuerdo N°CNSC – 20181000006176 del 10 DE Octubre de 2018.  
Por la cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba.

- 1.5.8. Resolución 3100 de 25 de Noviembre . Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

- 1.5.9. Resolución 561 de 4 de Marzo de 2019. Ministerio de Salud y Protección Social.  
Por la cual se establecen los procedimientos de inscripción y verificación de los laboratorios que realicen pruebas para eventos de interés en salud pública y de inspección, vigilancia y control sanitario en la Red Nacional de Laboratorios – RELAB.

## 1.5. Documentos Base.

- 1.6.1. Procedimiento admisión del usuario ambulatorio. Código: MI-AIS-LC001.
- 1.6.2. Procedimiento recepción y toma de muestras. Código: MI-AIS-LC002.
- 1.6.3. Procedimiento preparación de muestras y remisión a laboratorio de referencia. Código: MI-AIS-LC003.
- 1.6.4. Procedimiento procesamiento y análisis de muestras. Código: MI-AIS-LC004.
- 1.6.5. Procedimiento entrega de resultados. Código: MI-AIS-LC005.
- 1.6.6. Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01
- 1.6.7. Instructivo Asistencial Programación de Turnos Personal de Enfermería. Código: MI-AIS-IASS03.
- 1.6.8. Manual de Indicadores de Gestión. Código AP-INF-CA003M01.
- 1.6.9. Procedimiento Incorporación de los Activos Fijos . Código AP-GRF001.
- 1.6.10. Instructivo Ingreso de Activos Fijos. Código AP-GRF-AF002I01.
- 1.6.11. Auditoria Atención en Banco de Sangre. Noviembre 2019.
- 1.6.12. Política de Gestión del Riesgo. Código ES-PLI-GP001L10.
- 1.6.13. Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios que se incorporen a la Red Nacional de Laboratorios.Ministerio de Salud –INVIMA-INS.
- 1.6.14. Manual de Contratación.Código: AP-GRF-BI001M01.

## 1.6. Limitaciones

Los profesionales y el responsable del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada.

## 1.7. Terminología básica.

### ▫ **Bioseguridad.**

Es el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de factores de riesgo físico, químico, biológico y ergonómico que pudieran afectar al personal o a la comunidad.

### ▫ **Comodato.**

Figura comercial , donde una institución externa le presta equipos al Hospital , siempre y cuando, éste adquiera los insumos para el equipo en dicha institución.

### ▫ **Contrato.**

Acuerdo de voluntades con el objeto de crear derechos u obligaciones.

### ▫ **Control de calidad.**

Parte del aseguramiento de la calidad que asegura la toma de muestras y la realización de pruebas o ensayos para determinar la precisión y confiabilidad del personal, los equipos, los reactivos y las operaciones del banco de sangre relacionadas con la elaboración de un producto sanguíneo.

### ▫ **Espécimen biológico /muestra.**

Tejidos, líquidos o sustancias derivadas del cuerpo humano con el propósito de ser analizadas y así proveer información para el diagnóstico o tratamiento.

▫ **Resultados con valores criticos o de alarma.**

Se agrupa bajo este nombre el conjunto de derivados terapéuticos, obtenidos a partir de la separación de una unidad de sangre total, utilizando medios físicos o mecánicos.

▫ **Riesgo de Corrupción.**

Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.



# Proceso de Atención en Laboratorio Clínico y Patología



## II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

### 2.1. Datos Básicos .



<b>Asunto</b>	Auditoria Atención en Laboratorio Clínico y Patología
<b>Entidad</b>	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.
<b>Líder del Proceso</b>	Ruth Elena Mosquera Chaves – Líder Banco de Sangre.
<b>Equipo del Proceso</b>	Una (1) Líder del Proceso, Una (1) Coordinadora Técnica, veinte (20) Bacteriólogos, quince (15) Auxiliares de laboratorio clínico, (1) un ayudante y una (1) Auxiliar administrativa.
<b>Dependencia</b>	Subgerencia Asistencial
<b>Auditor Líder</b>	María Janneth Agudelo Arango
<b>Fecha</b>	Octubre 30 de 2020

### 2.2. Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:



- El Laboratorio Clínico posee un equipo humano de trabajo competente, tanto de personal auxiliar como profesional, lo cual permite que los resultados sean confiables y los tiempos de respuesta sean menores para la seguridad del paciente.
- Compromiso del equipo de trabajo por el mejoramiento continuo, así como alto grado de conocimiento de las actividades propias del área, como generación y preparación de reportes.
- En el Laboratorio Clínico se cuenta con un sistema de información robusto que se comunica permanentemente con historia electrónica en SAP, que interactúa con LABCORE y este al mismo tiempo a través de interfaces tiene una comunicación con los equipos biomédicos en doble vía.
- Los equipos biomédicos de laboratorio poseen lector de código de barras para identificación de la muestras para su procesamiento lo que permite la seguridad del paciente.

### 2.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> <b>Atención excelente y calidad de vida</b> <b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>Construimos Confianza</b> <b>Auditoría Proceso Atención en Laboratorio Clínico y</b> <b>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>		 Oficina de Auditoría Interna Construimos Confianza Hospital General de Medellín	
<b>N°</b>	<b>Descripción</b>		<b>Cantidad</b>	
<b>1</b>	<b>Observaciones</b>		<b>14</b>	<b>100%</b>
		En el Proceso de Gobierno	8	57%
		En el Proceso de Riesgos	4	29%
		En el Proceso de Control	2	14%
<b>2</b>	<b>Recomendaciones</b>		<b>26</b>	<b>100%</b>
		Para mejorar el Gobierno	13	50%
		Para mejorar la Gestión del Riesgo	10	38%
		Para mejorar el Control	3	12%

Elaboró: Equipo Auditor Líder

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de atención en banco de sangre se identificaron deficiencias en el control interno, frente a lo cual y después de los análisis de Auditoría Interna se destacan las siguientes observaciones y recomendaciones:

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p align="center"><b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> Atención Excelente y Calidad de Vida <b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> Construimos Confianza <b>Auditoría Proceso Atención en Banco de Sangre</b> Observaciones y Recomendaciones</p>		 <p>Oficina de Auditoría Interna Construimos Confianza Hospital General de Medellín</p>
N°	Observaciones	Recomendaciones	
1	En el manual de funciones y competencias de la institución, el cargo de Líder del banco de sangre, no se encuentra actualizado con las funciones que viene desempeñando la líder del banco de sangre, solo se tienen definidas funciones para el banco de sangre queda pendiente definir las funciones para el Laboratorio Clínico y Patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizar el Manual de Funciones de la institución, con las funciones de la Líder del Banco de Sangre y del Laboratorio Clínico y Patología.</li> <li>Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.</li> </ul>	
2	En el organigrama institucional el proceso de banco de sangre se encuentra separado del proceso del Laboratorio Clínico, sin embargo el cargo que está siendo ocupado por la Líder del Banco de sangre tiene además a cargo el	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente.</li> </ul>	

	Laboratorio Clínico y Patología, esta situación representa un riesgo debido a que la resolución de posesión de la Líder incluye solo el proceso de Banco de Sangre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.</li> </ul>
3	El laboratorio Clínico conforme a la mega institucional ha aumentado su nivel de complejidad en los exámenes que realiza, posee una bacterióloga como coordinadora técnica que apoya a la Líder del laboratorio en actividades administrativas que se desarrollan dentro del laboratorio, sin embargo está coordinadora técnica no tiene definido su rol y funciones dentro del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crear las funciones y actividades administrativas de la coordinadora técnica del Laboratorio Clínico, que permitan determinar la segregación de funciones y roles a desempeñar.</li> </ul>
4	El Laboratorio Clínico está representado en el organigrama de la institución bajo la estructura funcional de la Subgerencia de Procesos Asistenciales, al validar con el manual de funciones de la institución el cargo de Líder de Laboratorio Clínico no se encuentra establecido y, por lo tanto sin funciones definidas, solo se encuentra las funciones para la Líder del Banco de Sangre con cargo directo del Director de Ayudas Diagnósticas y Complementación Terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente.</li> <li>▪ Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional.</li> <li>▪ Actualizar el manual de funciones y competencias laborales para todo el personal, e incluir la creación de cargos nuevos especializados.</li> </ul>
5	La auditoría puede verificar que la estructura del Laboratorio clínico está compuesta por una (1) Líder, una (1) coordinadora técnica, veinte (20) Bacteriólogos(as), quince (15) Auxiliares de Laboratorio, un (1) ayudante y, un (1) Auxiliar administrativa; las Auxiliares de Laboratorio dependen de la Líder del Proceso, pero los roles de autoridad están delegados en la bacterióloga que desempeña actividades de coordinación técnica en el laboratorio clínico quien no tiene funciones asignadas, ni figura con personal a cargo dentro de sus funciones como Bacterióloga, lo cual redundará en falta de autoridad y roles de jerarquía, esta situación que se ha mantenido con el tiempo ha implicado un deterioro en el clima laboral del proceso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualizar el manual de funciones y competencias laborales para todo el personal, e incluir la creación de cargos nuevos especializados.</li> <li>▪ Realizar una revisión general de la estructura organizacional, que incluya cargas de trabajo por oficio, y teniendo en cuenta referente de instituciones similares, conforme a los objetivos institucionales.</li> <li>▪ Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.</li> <li>▪ Solicitar a Salud y Seguridad en el trabajo una intervención en el área, que permita mejorar la cultura y el clima laboral en el Laboratorio Clínico.</li> </ul>
6	La auditoría interna puede evidenciar que el laboratorio clínico no tiene definido en el sistema de gestión de la calidad un plan de auditoría interna, con una periodicidad mínima anual para todos sus procesos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementar en el sistema de gestión de la calidad un plan anual de auditorías que permita evaluar la calidad de los procesos en el Laboratorio Clínico.</li> </ul>
7	La auditoría evidencia que hay un gran número de exámenes que no se procesan en nuestra institución como son los cultivos de Micobacterias, hematohepatología, medicina fetal y, otros exámenes especializados que representan aproximadamente el 2% del portafolio de servicios, para subsanar esta situación el hospital cuenta con un laboratorio de referencia llamado SYNLAB, durante el 2020 solo se tuvo contrato por un mes (Mayo-Junio) con este laboratorio de referencia, el cual se	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluar la viabilidad de realizar todos los exámenes de laboratorio que se encuentran en el portafolio de servicios.</li> <li>▪ Realizar un contrato con formalidades plenas con un Laboratorio de Referencia, para la ejecución de los exámenes que no se realizan en el hospital.</li> </ul>

	interrumpio a finales de julio por problemas de pagos. Para la prestación de exámenes especializados se han tenido que realizar ordenes de servicio con varios Laboratorios, debido a que no se realizó la licitación que estaba prevista para mitad de año. Lo que puede generar retrasos en la atención de los pacientes, estancias prolongadas e insatisfacción con los clientes.	
8	Conforme a direccionamiento de la Gerencia de realizar los inventarios de reactivos , insumos materiales y equipos en el Laboratorio Clínico, la auditoria observa que estos fueron realizados conforme a un cronograma definido durante la vigencia 2019, para el año 2020 no se ha definido fecha, lo que impide tener un control efectivo de los consumibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Programar el inventario del ALMACEN ALAB conforme al direccionamiento de la gerencia.</li> <li>▫ Programar el inventario anualmente de los 5 (cinco) almacenes (Microbiología, hematología, química, IPC y ALAB) del Proceso del Laboratorio Clínico y Patología.</li> </ul>
9	Los Laboratorios que a la fecha de la auditoria no presentaban una suscripción de contratos son los siguientes: Biosystems Antioquia S.A., Distribuciones Medife S.A.S., Hummalab S.A., Laboratorios Ossalud S.A., Biomerieux Colombia Ltda, Terumo Bct Colombia S.A., Velez Lab S.A.S., Becton Dickinson De Colombia Ltda, Quik Ltda, C&P Licitaciones Y Consultorias S.A Y Bioplast S.A. situación que expone la informalidad de las negociaciones, y posibles riesgos jurídicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Revisar los contratos de comodato, teniendo en cuenta que los consumos y comodatos son concomitantes y dependen mutuamente, es por ello que se deben dar en el mismo momento.</li> <li>▫ Evitar el uso de órdenes de compra sino suscribir contratos con formalidades plenas.</li> <li>▫ Legalizar los contratos de comodato, eliminar la práctica de tener equipos médicos sin contrato. Cuando se pactan las condiciones con el proveedor de forma inmediata legalizar el contrato.</li> <li>▫ Al renovar los contratos de suministros de consumos, aparejar de forma simultánea el contrato de comodato, si es via convocatoria directa se podría manejar como anexo al contrato de suministros. Para garantizar entre otros el aseguramiento de los equipos dentro de la póliza.</li> <li>▫ Revisar la conveniencia de formalizar convocatoria privada o pública teneindo en cuenta las cuantías de consumibles de los contratos de comodato.</li> </ul>

Fuente: cuadro creado por el auditor

### III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían permitir la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. El consolidado de observaciones y recomendaciones de la Auditoría a los contratos de cobro jurídico se presentan a continuación:

#### 3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

##### Observación de Auditoría Interna N° 1.

##### a. Descripción.

En el manual de funciones y competencias de la institución, el cargo de Líder del banco de sangre, no se encuentra actualizado con las funciones que viene desempeñando la líder del banco de sangre, solo se tienen definidas funciones para el banco de sangre queda pendiente definir las funciones para el Laboratorio Clínico y Patología.

##### b. Criterios.

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios.
- Resolución 3100 del 2019. Talento Humano pág. 129

##### c. Riesgo.

- Fallas en desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

##### d. Recomendación.

- Actualizar el Manual de Funciones de la institución, con las funciones de la Líder del Banco de Sangre y del Laboratorio Clínico y Patología.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.

##### e. Posición del auditado.

##### f. Plan de mejoramiento.

##### Observación de Auditoría Interna N° 2.

##### a. Descripción.

En el organigrama institucional el proceso de banco de sangre se encuentra separado del proceso del Laboratorio Clínico, sin embargo el cargo que está siendo ocupado por la Líder del Banco de sangre tiene además a cargo el Laboratorio Clínico y Patología, esta situación representa un riesgo debido a que la resolución de posesión de la Líder incluye solo el proceso de Banco de Sangre.

##### b. Criterios.

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Organigrama Institucional.
- Resolución 3100 del 2019. Talento Humano pág. 129.
- Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios.

**c. Riesgo.**

- Posibles demandas.
- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.

**d. Recomendación.**

- Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 3.**

**a. Descripción.**

El laboratorio Clínico conforme a la mega institucional ha aumentado su nivel de complejidad en los exámenes que realiza , posee una bacterióloga como coordinadora técnica que apoya a la Líder del laboratorio en actividades administrativas que se desarrollan dentro del laboratorio , sin embargo está coordinadora técnica no tiene definido su rol y funciones dentro del mismo.

**b. Criterios.**

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios.

**c. Riesgo.**

- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

**d. Recomendación.**

- Crear las funciones y actividades administrativas de la coordinadora técnica del Laboratorio Clínico, que permitan determinar la segregación de funciones y roles a desempeñar.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

#### Observación de Auditoría Interna N° 4.

**a. Descripción.**

El laboratorio Clínico conforme a la mega institucional ha aumentado su nivel de complejidad en los exámenes que realiza, posee una bacterióloga como coordinadora de calidad que apoya a la Líder del laboratorio en actividades de calidad que se desarrollan dentro del laboratorio, sin embargo está coordinadora técnica no tiene definido su rol y funciones dentro del mismo.

**b. Criterios.**

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios.

**c. Riesgo.**

- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

**d. Recomendación.**

- Crear las funciones y actividades de la coordinadora de calidad del Laboratorio Clínico, que permitan determinar la segregación de funciones y roles a desempeñar.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

#### Observación de Auditoría Interna N° 5.

**a. Descripción.**

El Laboratorio Clínico está representado en el organigrama de la institución bajo la estructura funcional de la Subgerencia de Procesos Asistenciales, al validar con el manual de funciones de la institución el cargo de Líder de Laboratorio Clínico no se encuentra establecido y, por lo tanto sin funciones definidas, solo se encuentra las funciones para la Líder del Banco de Sangre con cargo directo del Director de Ayudas Diagnósticas y Complementación Terapéutica.

**b. Criterios.**

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Resolución 3100 del 2019. Talento Humano pág. 129

**c. Riesgo.**

- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

**d. Recomendación.**

- Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional.
- Actualizar el manual de funciones y competencias laborales para todo el personal, e incluir la creación de cargos nuevos especializados.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 6.**

**a. Descripción.**

La auditoría puede verificar que la estructura del Laboratorio clínico está compuesta por una (1) Líder, una (1) coordinadora técnica, veinte (20) Bacteriólogos(as), quince (15) Auxiliares de Laboratorio, un (1) ayudante y, un (1) Auxiliar administrativa; las Auxiliares de Laboratorio dependen de la Líder del Proceso, pero los roles de autoridad están delegados en la bacterióloga que desempeña actividades de coordinación técnica en el laboratorio clínico quien no tiene funciones asignadas, ni figura con personal a cargo dentro de sus funciones como Bacterióloga, lo cual redundo en falta de autoridad y roles de jerarquía, esta situación que se ha mantenido con el tiempo ha implicado un deterioro en el clima laboral del proceso.

**b. Criterios.**

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Resolución 3100 del 2019. Talento Humano pág. 129

**c. Riesgo.**

- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

**d. Recomendación.**

- Actualizar el manual de funciones y competencias laborales para todo el personal, e incluir la creación de cargos nuevos especializados.
- Realizar una revisión general de la estructura organizacional, que incluya cargas de trabajo por oficio, y teniendo en cuenta referente de instituciones similares, conforme a los objetivos institucionales.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.
- Solicitar a Salud y Seguridad en el trabajo una intervención en el área , que permita mejorar la cultura y el clima laboral en el Laboratorio Clínico.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

## Observación de Auditoría Interna N° 7.

### a. Descripción.

La auditoría al revisar la matriz de riesgos del proceso, puede verificar que los riesgos se encuentran actualizados con sus controles y e respectivo seguimiento, sin embargo queda pendiente la identificación de los riesgos de corrupción del proceso.

### b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgo. Código ES-PLI-GP001L10.
- Matriz de Riesgos Procesos Misionales.

### c. Riesgo.

- Posibles demandas.
- Insatisfacción del usuario.
- Credibilidad de la institución.

### d. Recomendación.

- Identificar los riesgos de corrupción, sus causas, controles y, las acciones tomadas para su tratamiento con el propósito de plantear mejoras en el proceso del Laboratorio Clínico.

### e. Posición del auditado.

### f. Plan de mejoramiento.

## Observación de Auditoría Interna N° 8.

### a. Descripción.

La auditoría evidencia que los indicadores de gestión definidos para el proceso de laboratorio clínico y patología, son diferentes a los que se presentan en el plan de acción, los cuales se refirieren específicamente a la producción de cada una de las áreas del proceso, además que se encuentran sin seguimiento desde el mes de abril, esta situación no permite el cumplimiento de las metas propuestas para el proceso.

### b. Criterios.

- Indicadores de Gestión.
- Plan de Acción 2020.

### c. Riesgo.

- Ineficiencia del servicio.

### d. Recomendación.

- Evaluar y/o unificar los indicadores de gestión con los presentados en el Plan de acción que el cumplimiento de las metas propuestas por el proceso.

### e. Posición del auditado.

**f. Plan de mejoramiento.**

**3.2. Para mejorar el proceso de Control.**

**Observación de Auditoría Interna N° 9.**

**g. Descripción.**

La auditoría interna puede evidenciar que el laboratorio clínico no tiene definido en el sistema de gestión de la calidad un plan de auditoría interna , con una periodicidad mínima anual para todos sus procesos.

**g. Criterios.**

- Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios que se incorporen a la Red Nacional de Laboratorios.

**h. Riesgo.**

- Debilidades en el modelo de mejoramiento institucional.

**i. Recomendación.**

- Implementar en el sistema de gestión de la calidad un plan anual de auditorías que permita evaluar los procesos en el Laboratorio Clínico.

**j. Posición del auditado.**

**k. Plan de mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 10.**

**l. Descripción.**

Conforme a direccionamiento de la Gerencia de realizar los inventarios de reactivos , insumos materiales y equipos en el Laboratorio Clínico, la auditoría observa que estos fueron realizados conforme a un cronograma definido durante la vigencia 2019, para el año 2020 no se ha definido fecha, lo que impide tener un control efectivo de los consumibles.

**m. Criterios.**

- Manual de Verificación de Estandares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios que se incorporen a la Red Nacional de Laboratorios.
- Memorando de la Gerencia.

**n. Riesgo.**

- Pérdidas económicas.
- Debilidades en el modelo de mejoramiento institucional.

**o. Recomendación.**

- Programar el inventario del ALMACEN ALAB conforme al direccionamiento de la gerencia.

- Programar el inventario anualmente de los 5 (cinco) almacenes (Microbiología, hematología, química, IPC y ALAB) del Proceso del Laboratorio Clínico y Patología.

p. **Posición del auditado.**

q. **Plan de mejoramiento.**

### 3.3. Para mejorar el proceso de Riesgos.

#### Observación de Auditoría Interna N° 11.

a. **Descripción.**

La auditoría en visita de campo en el Laboratorio Clínico ,puede observar que se presentan dificultades con los inventarios de los insumos que se solicitan por el aplicativo MRP, llegando en algunas oportunidades a tener mínimos insumos y en otros máximos de insumos, lo que impide tener un control efectivo de los inventarios, es de anotar que este pedido aunque se genera desde el banco de sangre es tramitado y liberado por el área de apoyo logístico y, el despacho y entrega es realizado por el área de farmacia.

b. **Criterios.**

- Procedimiento Planeación de la Adquisición de Bienes y Servicios. Código AP-GRF-BI001.

c. **Riesgo.**

- Probables pérdidas económicas.
- Desabastecimiento de insumos.

d. **Recomendación.**

- Realizar la gestión del pedido de la manera más oportuna.
- Mantener el nivel óptimo de inventario para satisfacer las necesidades de los diferentes servicios de la institución.

e. **Posición del auditado.**

f. **Plan de Mejoramiento.**



g.

#### Observación de Auditoría Interna N° 12.

a. **Descripción.**

Los Laboratorios que a la fecha de la auditoria no presentaban una suscripción de contratos son los siguientes: Biosystems Antioquia S.A., Distribuciones Medife S.A.S., Hummalab S.A., Laboratorios Ossalud S.A., Biomerieux Colombia Ltda, Terumo Bct Colombia S.A., Velez Lab S.A.S., Becton Dickinson De Colombia Ltda, Quik Ltda, C&P Licitaciones Y Consultorias S.A Y Bioplast S.A. situación que expone la informalidad de las negociaciones, y posibles riesgos jurídicos.

Adicionalmente se evidencia diferencias de los valores unitarios de los insumos en diferentes proveedores o laboratorios.

<div>  <div> <b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b>  Atención excelente y calidad de vida  <b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b>  <b>Construimos Confianza</b>  <b>Auditoría de Laboratorio</b> </div>  </div>					
Número	Insumo	Proveedor	Valor unitario	Cantidad	Valor total
1	AMIKACINA 50 SENSIDISCOS	24010098 BIOSYSTEMS ANTIOQUIA S.A.	19.000	1	19.000
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	19.600	1	19.600
2	MEROPENEM 50 SENSIDISCOS	24010134 HUMMALAB S.A.	20.900	2	41.800
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	66.800	3	200.400
3	PUNTA S HUMAPETTE 0.5 5ML (500-	24010134 HUMMALAB S.A.	568.650	3	1.705.950
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	50.000	3	150.000
4	SANGRE OCULTA EN HECEX20 DIS	24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	174.000	2	348.000
		24010176 ANNAR DIAGNOSTICA IMPORT LTDA	244.000	2	488.000
5	SUERO ANTI A MONOCLONAL x10ML	24010134 HUMMALAB S.A.	14.500	3	43.500
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	60.000	10	600.000
6	TUBO T.GRIS C/ADITIVO OXALATOPOTASIO 4ML	24010134 HUMMALAB S.A.	1.708	700	1.195.600
		24010427 NIPRO MEDICAL CORPORATION	1.380	2.400	3.312.000
7	TUBO TAPA ROSCA 13 x 100	24010661 M & M DIAGNOSTICS S.A.S.	806	800	644.800
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	3.000	200	600.000
8	TUBO TAPA VERDE X4ML C/HEPARIN	24010661 M & M DIAGNOSTICS S.A.S.	1.800	100	180.000
		24010134 HUMMALAB S.A.	3.371	1.300	4.382.300
9	IMIPENEM MUG X10 SENSIDISCO	24010427 NIPRO MEDICAL CORPORATION	240	100	24.000
		24010098 BIOSYSTEMS ANTIOQUIA S.A.	20.200	1	20.200
10	CEFTAZIDIME + ACIDO CLAVULAMICO X 50	24010134 HUMMALAB S.A.	18.900	1	18.900
		24010098 BIOSYSTEMS ANTIOQUIA S.A.	39.000	1	39.000
11	CEFOXITIN SENSIDISCO x 50	24010134 HUMMALAB S.A.	37.260	1	37.260
		24010098 BIOSYSTEMS ANTIOQUIA S.A.	20.000	2	40.000
12	VIAL CÓNICO 0.5ML	24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	22.600	1	22.600
		24010134 HUMMALAB S.A.	146	6.000	876.000
13	CEFINASA B LACTAMASA 50 SENSID 231650	24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	285	2.000	570.000
		24010098 BIOSYSTEMS ANTIOQUIA S.A.	160.500	2	321.000
14	PIPETAS PA STEUR DE PLASTICO 3ml	24010134 HUMMALAB S.A.	167.910	1	167.910
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	680	14.500	9.860.000
15	CRIOVIALES 2 ML TAPA ROSCA PAQUETE X500	24011707 BIOPLAST S.A.	216	4.000	864.000
		24010159 LABORATORIOS OSSALUD S.A.	390.000	8	3.120.000
		24011707 BIOPLAST S.A.	105.000	3	315.000

Fuente: cuadro creado por el auditor

#### b. Criterios.

- Procedimiento Incorporación de los Activos Fijos. Código AP-GRF-AF001.
- Instructivo Ingreso de Activos Fijos. Código AP-GRF-AF002I01.

#### c. Riesgo.

- Los equipos no están asegurados, y por la mera tenencia la responsabilidad compartida en caso de avería, hurto o daño.
- El proveedor podría retirar el equipo, afectando la operación del Laboratorio Clínico.

#### d. Recomendación.

- Revisar los contratos de comodato, teniendo en cuenta que los consumos y comodatos son concomitantes y dependen mutuamente, es por ello que se deben dar en el mismo momento.
- Evitar el uso de órdenes de compra sino suscribir contratos con formalidades plenas.

- Legalizar los contratos de comodato, eliminar la práctica de tener equipos médicos sin contrato. Cuando se pactan las condiciones con el proveedor de forma inmediata legalizar el contrato.
- Al renovar los contratos de suministros de consumos, aparejar de forma simultánea el contrato de comodato, si es vía convocatoria directa se podría manejar como anexo al contrato de suministros. Para garantizar entre otros el aseguramiento de los equipos dentro de la póliza.
- Revisar la conveniencia de formalizar convocatoria privada o pública teniendo en cuenta las cuantías de consumibles de los contratos de comodato.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de Mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 13.**

**g. Descripción.**

La auditoría en visita de campo en el Laboratorio Clínico ,puede observar que se presentan dificultades con los inventarios de los insumos que se solicitan por el aplicativo MRP, llegando en algunas oportunidades a tener mínimos insumos y en otros máximos de insumos, lo que impide tener un control efectivo de los inventarios, es de anotar que este pedido aunque se genera desde el banco de sangre es tramitado y liberado por el área de apoyo logístico y, el despacho y entrega es realizado por el área de farmacia.

**g. Criterios.**

- Procedimiento Planeación de la Adquisición de Bienes y Servicios. Código AP-GRF-BI001.

**h. Riesgo.**

- Probables pérdidas económicas.
- Desabastecimiento de insumos.

**i. Recomendación.**

- Realizar la gestión del pedido de la manera más oportuna.
- Mantener el nivel óptimo de inventario para satisfacer las necesidades de los diferentes servicios de la institución.

**j. Posición del auditado.**

**k. Plan de Mejoramiento.**

**r. Descripción.**

La auditoría evidencia que hay un gran número de exámenes que no se procesan en nuestra institución como son los cultivos de Micobacterias, hematohepatología, medicina fetal y, otros exámenes especializados que representan aproximadamente el 2% del portafolio de servicios, para subsanar esta situación el hospital cuenta con un laboratorio de referencia llamado SYNLAB, durante el 2020 solo se tuvo contrato por un mes (Mayo-Junio) con este laboratorio de referencia, el cual se interrumpe a finales de julio por problemas de pagos. Para la prestación de exámenes especializados se han tenido que realizar ordenes de servicio con varios Laboratorios, debido a que no se realizó la licitación que estaba prevista para mitad de año. Lo que puede generar retrasos en la atención de los pacientes, estancias prolongadas e insatisfacción con los clientes.

**s. Criterios.**

- Manual de Contratación.Código: AP-GRF-BI001M01.

**t. Riesgo.**

- Insatisfacción del usuario.
- Estancias inadecuadas.
- Pérdidas económicas.

**u. Recomendación.**

- Evaluar la viabilidad de realizar todas los exámenes de laboratorio que se encuentran en el portafolio de servicios.
- Realizar un contrato con formalidades plenas con un Laboratorio de Referencia, para la ejecución de los exámenes que no se realizan en el hospital.

**v. Posición del auditado.**

**w. Plan de mejoramiento.**

**IV. CONCLUSIONES.**

- 4.1 El Laboratorio Clínico contribuye con el diagnóstico y prevención de enfermedades, así como en el tratamiento y seguimiento de pacientes, en el control epidemiológico y en la salud pública, por medio de análisis que se ajusten a los estándares de calidad, utilizando para ello los conocimientos, métodos y, el personal calificado y cualificado.
- 4.2 Determinar la planta de cargos y el desempeño de los procesos que permita desarrollar una manera eficiente, segura y eficaz, la operación hospitalaria.
- 4.3 Realizar una revisión general de la estructura orgánica, que incluya cargas de trabajo por oficio, y teniendo en cuenta referente de instituciones similares.
- 4.4 Revisar y ajustar la estructura organizacional (alcance, roles, responsabilidades, niveles, estructura de planta de personal) definiendo el modelo de gobierno y la toma de decisiones.
- 4.5 La implementación de un laboratorio clínico moderno es una necesidad actual debido a una creciente solicitud de exámenes, la necesidad de nuevas prestaciones, mayores exigencias en términos de la

calidad y un mayor cuidado del medioambiente. Para lograr esta implementación es necesaria la planificación del espacio físico y de la infraestructura, que incluye revisión de la normativa actual y de guías nacionales e internacionales para garantizar un uso adecuado del espacio acorde con el equipamiento.

- 4.6 Se hace necesario incorporar la robótica a la fase preanalítica, se debe analizar cómo es el flujo de las muestras y su origen (ambulatorias, de hospitalizados y/o servicio de urgencias). Este análisis permite optimizar el sistema para que su incorporación no afecte los tiempos de respuesta de los exámenes tanto de pacientes hospitalizados como de urgencias.

## V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez en firme, el responsable del proceso auditado, elaborará con su equipo de trabajo la formulación del Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, en un término de diez (10) hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimensual del Plan de Mejoramiento y presentará el Informe correspondiente; además como valor agregado se realizará una labor de consultoría y acompañamiento del proceso auditado.

## VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: “Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten”.

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Preparó: **Karina Ruíz De la Hoz,**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**María Janneth Agudelo**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**Heriberto Vargas Lema**  
Profesional de Auditoría Interna.

Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**  
Jefe de Auditoría Interna.

