

a, 07/09/2023.

OFICIO.

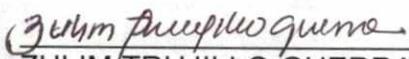
DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADOR APOYO DIAGNOSTICO.
E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

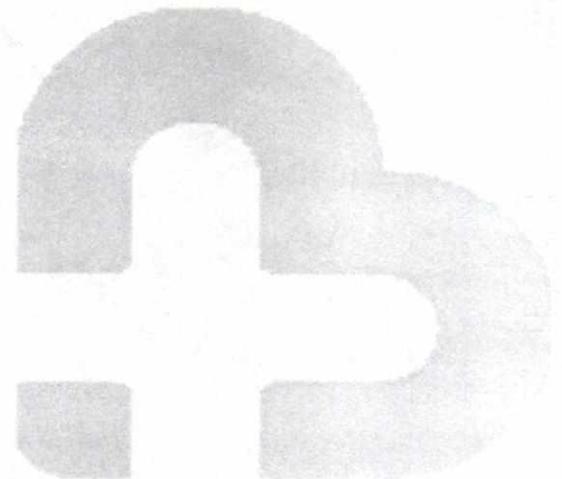
ASUNTO: ENTREGA DEL PLAN DE AUDITORIA AL PROCESO DE
LABORATORIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE
JESUS DE VALENCIA.

Por medio del presente muy respetuosamente, le presentamos el plan de auditoría interna que se realizará al proceso de LABORATORIO de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que se realizará el día 12 de septiembre de 2023 a partir de las 08:00 AM, esperamos contar con su disponibilidad de tiempo.

Cordialmente


ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable


Auditado.





E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestro razón de ser

**E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS**

Valencia- Córdoba

CONTROL INTERNO.

I. IDENTIFICACIÓN

ACTA DE APERTURA DE AUDITORIA

PROCESO AUDITADO: LABORATORIO.

ACTA N°: 008

FECHA: 12/09/2023

LUGAR: LABORATORIO.

HORA INICIO: 08:00 AM

HORA FINAL: 11:30

ACTA N° 008

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de la Auditoría
4. Control de Registro y Asistencia

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA :

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Por parte del proceso auditado DAYRO AVILA MENDEZ

Por parte del auditor

ZULIM TRUJILLO GUERRA
SANDY SOTO PEREZ.

2. PRESENTACION:

Se llevó a cabo la presentación de cada uno de los funcionarios que participarán y/o atenderán como designados las visitas de Auditoria como facilitadores y articuladores de la información requerida para su desarrollo. Designando a la dr DAYRO AVILA MENDEZ., como enlace (s) entre los auditores y el equipo auditado. Luego se explicó por parte de los auditores el contenido del plan de trabajo, en cuanto a: Metodología de seguimiento y el término previsto para la ejecución de la Auditoria.



Valencia, 07/09/2023.

OFICIO.

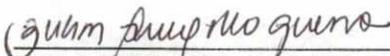
DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADOR APOYO DIAGNOSTICO.
E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

ASUNTO: ENTREGA DEL PLAN DE AUDITORIA AL PROCESO DE
LABORATORIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE
JESUS DE VALENCIA.

Por medio del presente muy respetuosamente, le presentamos el plan de auditoría interna que se realizará al proceso de LABORATORIO de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que se realizará el día 12 de septiembre de 2023 a partir de las 08:00 AM, esperamos contar con su disponibilidad de tiempo.

Cordialmente


ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable


Dairo Avila Mendez
Auditado.

Número Auditoría: 003 **Fecha Programación: 12/09/2023** **Proceso: Apoyo Diagnostico**

Subproceso: Laboratorio **Ciclo: 2023**

Sistemas Auditados: SIG **Auditado: Coordinador de laboratorio**

Objetivo Programa Auditoría: Evaluar la conformidad de los procesos teniendo en cuenta el sistema integrado de gestión, requisitos legales y contractuales

Objetivo de Auditoría: Evaluar la conformidad del proceso en materia de calidad y seguridad del paciente, gestión del riesgo, cumplimiento legal y Documentación

Requisitos: Resolución 3100 de 2019, Documentos asociados al proceso.

Alcance: Calidad, gestión del riesgo, Procedimientos.

Rol	
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Auditor Responsable
SANDY SOTO PEREZ	Auditor Acompañante

Actividades Programadas						
Actividad	Duración	Fecha	Hora	Lugar	Auditados	Documentos
Reunión de apertura	15 min	12-sep-23	8:00	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	Plan de Auditoría
Entradas y salida del proceso	15 min	12-sep-23	8:15	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	Caracterización de los procesos
Misión, Visión, Política de gestión integral	15 min	12-sep-23	8:30	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	Direccionamiento estratégico
Documentación de proceso	30 min	12-sep-23	8:45	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	procedimientos
Mapa de riesgo	15 min	12/09/2023	9:00	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	Sistema de gestión del riesgo
procesos prioritarios toma de muestras	15 min	12-sep-23	9:15	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	manuales y protocolos
talento humano	15 min	12-sep-23	9:30	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	hojas de vidas
Infraestructura	15 min	12-sep-23	9:45	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	inspeccion espacio fisico laboratorio
Reactivovigilancia	15 min	12-sep-23	10:00	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	Seguridad del paciente
Interdependencias	15 min	12-sep-23	10:15	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	laboratorio

Indicadores	15 min	12/09/2023	10:30	Laboratorio	Coordinador de laboratorio	indicadores de calidad
Preparación de informe	30 min	12-sep-23	10:45	Oficina de Control interno	No aplica	No aplica
Reunión de cierre	15 min	12-sep-23	11:00	Oficina de Control interno	Coordinador de laboratorio	Informe de auditoría

Hallazgos Auditorías Anteriores								
Fecha Auditoría	Ente Auditor	Auditor Responsable	Tipo Hallazgo	Descripción	No. Acción	Tipo Acción	Fecha Estimada	Estado

Fin de informe



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

**E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS**

Valencia- Córdoba

CONTROL INTERNO.

I. IDENTIFICACIÓN
ACTA DE CIERRE DE AUDITORIA

PROCESO AUDITADO: LABORATORIO

ACTA N°: 008

FECHA: 12/09/2023

LUGAR: LABORATORIO

HORA INICIO 08:00 AM

HORA FINAL 11:30

ACTA N° 008

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Agradecimiento
3. Hechos Relevantes
4. Plan de Mejora
5. Informe de Auditoría

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA :

La reunión de cierre contó con los siguientes funcionarios:

Por parte del proceso auditado
Por parte del auditor

DAYRO AVILA MENDEZ
ZULIM TRUJILLO GUERRA
SANDY SOTO PEREZ

2. AGRADECIMIENTO:

Se agradeció al líder de proceso del laboratorio clínico y a los funcionarios de la dependencia auditada, por la disponibilidad de los recursos físicos y logísticos que fueron solicitados para realizar el trabajo y por disposición del personal que fue requerido en las evaluaciones, que fueron realizadas.

3. HECHOS RELEVANTES:

El auditor presenta los hechos más relevantes (fortalezas y debilidades), encontrados en desarrollo de la auditoría:

CONTROL INTERNO



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

**E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS**

Valencia- Córdoba

CONTROL INTERNO.

El personal auditado tiene claro el conocimiento del **Direccionamiento estratégico**, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad. **Documentación del proceso**, Referente a ello, verificamos el formato de entradas y salidas de los usuarios al laboratorio, la macro de laboratorio para la programación y la base local donde se encuentra el histórico; tales como la serie de exámenes que se han realizado durante toda la vigencia y el mapa de proceso. **Mapa de Riesgo**, Se observa un riesgo biológico, ya que no se cuenta con elementos necesarios para el transporte de muestra, falta de mantenimiento a los aires acondicionados del área, no se cuenta con un espacio propio para los suministros y además se urge la necesidad de una nueva nevera que cumpla con las indicaciones de la normatividad en salud, tales como que el límite del termohigrómetro no supere los 8 grados centígrados, porque a veces se altera, como también tener divisiones en la misma de vidrio transparente o acrílicos, parrillas para separar medicamentos que vencen y medidores incorporados.

Protocolos y Manuales, el proceso de LABORATORIO en la ESE, tiene documentado e implementados varios manuales y protocolos en la entidad; entre ellos, el Manual de Bioseguridad, Manual coprológico, Manual de hematología, Manual de limpieza y desinfección, Manual de Toma de muestra, Manual de reactivo vigilancia, Manual de uroanálisis, Manual de uso y rehúso, toma de muestra, pero no se encuentran adoptados a través de resolución ni otro acto administrativo, como tampoco están socializados con los funcionarios encargados del área. Las entradas y salidas de los resultados de los exámenes, los manejan adecuadamente, sin embargo no se evidencia quien recibe el resultado del examen. Se cuenta con protocolos del INS, tales como: Dengue, leishmaniasis, lepra, malaria, covid-19, baciloscopias. Constan de objetivos generales, específicos, definiciones, procedimientos.

Talento Humano, Se cuenta con 2 bacteriólogos por contrato en misión, 1 bacteriólogo rural, 3 auxiliares por contrato en misión, una de ellas encargada de roma de muestras extramural, 1 auxiliar de planta.

Infraestructura: En lo que concierne a infraestructura, en el servicio de LABORATORIO, se evidenció que el espacio es demasiado pequeño; los cubículos de toma de muestras, las diferentes áreas del laboratorio, tales como coloración, hematología, coprología, entre otras, no cumplen con las medidas de espacio, terminaciones de paredes y techos, aislamiento y temperatura reglamentadas en la resolución 3100 de 2019, que permitan el tránsito de personas y manejo de dispositivos dentro del laboratorio.

Reactivovigilancia: no se está implementando el procedimiento de reactivo vigilancia en el laboratorio clínico; Solo se revisan los reactivos, pero no se clasifican ni semaforizan y no se realizan reportes al Invima. El comité de seguridad del paciente, se reactivó en esta vigencia, pero no se ha iniciado la debida vigilancia de reactivos, pero se ha capacitado al personal, a través de COODESCOR, en este tema.

Se realizan las pruebas externas cada mes a través del laboratorio PREVECAL y laboratorio departamental de SALUD PUBLICA, para asegurar el control de calidad de los procedimientos de los diferentes equipos, tipos de exámenes y métodos de diagnóstico que se realizan en el área.

CONTROL INTERNO



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

**E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS**

Valencia- Córdoba

CONTROL INTERNO.

Se evidencia además que no se ha realizado la inscripción a RELAB y esto pone barreras a la debida vigilancia de los procedimientos del laboratorio y el cumplimiento de las normas, en materia de salud Pública, por parte de la ESE.

En cuanto al reporte, análisis y socialización de los eventos adversos presentados en el servicio, se reportan al área de calidad, pero no se han analizado en el comité de seguridad del paciente. Así mismo no se hace seguimiento a indicadores de calidad en el servicio.

Indicadores: en el laboratorio clínico solo se mide la oportunidad en la atención y entrega de resultados, el cual arroja un resultado del 80% de oportunidad para el mes inmediatamente anterior y el 20% restante obedece a los pacientes que no reclaman exámenes.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO:

El responsable del proceso evaluado enviará el plan de mejoramiento propuesto a la Oficina de Control Interno dentro de los 08 días siguientes a la entrega del informe de auditoría según el formato establecido (Plan de Mejoramiento)

5. INFORME DE AUDITORIA:

Finalmente se informó que se procederá a la entrega del informe final de la auditoria interna dentro de los 5 días siguientes.

Auditor (Jefe Control interno)

Coordinador de calidad

Líder del Proceso Auditado

CONTROL INTERNO



Valencia, 22 de Septiembre de 2023.

OFICIO

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO
PARA: COORDINADOR APOYO DIAGNOSTICO.
ASUNTO: ENTREGA DEL INFORME FINAL DE AUDITORIA AL AREA DE
LABORATORIO, DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON
DE JESUS DE VALENCIA.

Por medio del presente, muy respetuosamente, le presentamos el informe de auditoría interna que se realizó al área de LABORATORIO de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, el día 12 Septiembre del 2023, con el objetivo que levante su plan de mejoramiento y lo presente a la oficina de control interno dentro de los 08 días siguiente, si tiene alguna objeción al informe favor presentarla con las evidencias.

Cordialmente

ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Recibí.

DAIRO AVILA MENDEZ.
Auditado.

C.C. Gerencia.

Número Auditoría: 008 **Fecha Programación:** 12/09/2023 **Macroproceso:** Apoyo diagnóstico
Línea: Administrativa **Área Organizacional:** Laboratorio clínico **Ciclo:** 2023
Sistemas Auditados: SIG **Auditado:** Coordinador Laboratorio

Objetivo Programa Auditoría: Evaluar la conformidad de los procesos teniendo en cuenta el sistema integrado de gestión, requisitos legales y contractuales

Objetivo de Auditoría: Evaluar la conformidad del proceso en materia de calidad y seguridad del paciente, gestión del riesgo, cumplimiento legal y Documentación

Requisitos: Resolución 2003 de 2014, Documentos asociados al proceso.

Alcance: Calidad, gestión del riesgo, Procedimientos.

Auditor	Auditor Responsable	Rol
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Auditor Acompañante	
SANDY SOTO PEREZ		

Información registrada Auditoría actual

Aspectos Relevantes: El auditor presenta los hechos más relevantes (fortalezas y debilidades), encontrados en desarrollo de la auditoría: El personal auditado tiene claro el conocimiento del direccionamiento estratégico, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad. Documentación del proceso. Referente a ello, verificamos el formato de entradas y salidas de los usuarios al laboratorio, el macro de laboratorio para la programación y la base local donde se encuentra el histórico; tales como la serie de exámenes que se han realizado durante toda la vigencia y el mapa de proceso. Mapa de Riesgo. Se observa un riesgo biológico, ya que no se cuenta con elementos necesarios para el transporte de muestra. falta de mantenimiento a los aires acondicionados del área. no se cuenta con un espacio propio para los suministros y además se urge la necesidad de una nueva nevera que cumpla con las indicaciones de la normatividad en salud, tales como que el límite del termohigrómetro no supere los 8 grados centígrados, porque a veces se altera, como también tener divisiones en la misma de vidrio transparente o acrílicos, parrillas para separar medicamentos que vencen y medidores incorporados. **Protocolos y Manuales:** el proceso de LABORATORIO en la ESE. tiene documentado e implementados varios manuales y protocolos en la entidad; entre ellos, el Manual de Bioseguridad, Manual coprológico, Manual de hematología, Manual de limpieza y desinfección, Manual de Toma de muestra, Manual de reactivo vigilancia, Manual de uroanálisis, Manual de uso y reúso, toma de muestra, pero no se encuentran adoptados a través de resolución ni otro acto administrativo, como tampoco están socializados con los funcionarios encargados del área. Las entradas y salidas de los resultados de los exámenes, los manejos adecuadamente, sin embargo no se evidencia quien recibe el resultado del examen. Se cuenta con protocolos del INS, tales como: Dengue, leishmaniasis, lepra, malaria, covid-19, baciloscopias. Constan de objetivos generales, específicos, definiciones, procedimientos.

Talento Humano. Se cuenta con 2 bacteriólogos por contrato en misión, 1 bacteriólogo rural, 3 auxiliares por contrato en misión, una de ellas encargada de roma de muestras extramural, 1 auxiliar de planta. Infraestructura: En lo que concierne a infraestructura, en el servicio de LABORATORIO, se evidencia que el espacio es demasiado pequeño; los cubículos de toma de muestras, las diferentes áreas del laboratorio, tales como coloración, hematología, coprología, entre otras, no cumplen con las medidas de espacio, terminaciones de paredes y techos, aislamiento y temperatura reglamentadas en la resolución 3100 de 2019, que permitan el tránsito de personas y manejo de dispositivos dentro del laboratorio.

Reactivovigilancia: no se está implementando el procedimiento de reactivo vigilancia en el laboratorio clínico; Solo se revisan los reactivos, pero no se clasifican ni semaforizan y no se realizan reportes al Invima. El comité de seguridad del paciente, se reactivó en esta vigencia, pero no se ha iniciado la debida vigilancia de reactivos, pero se ha capacitado al personal a través de CODESCOR en este tema

Conclusión: 1.

Tiempo Planificado Auditoría: 4 Horas **Tiempo Real Auditoría:** 3 Horas

Cumplimiento Publicación Informe(10 días hábiles):

Observaciones:		No Conformidad Real	No Conformidad Potencial	Oportunidad de Mejora
Balance de resultados Auditoría				
No. Hallazgos detectados en esta Auditoría		0	0	3
Seguimientos Auditoría interna		0	0	
No. Hallazgos abiertos auditorías anteriores		0	0	
No. Hallazgos cerrados auditorías anteriores		0	0	
Total hallazgos abiertos		0	0	

Hallazgos registrados de la Auditoría actual

No.	Tipo Hallazgo	Acción	Descripción
1	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	<p>HECHO: Los protocolos se encuentran implementados, pero no se han socializado al personal de laboratorio.</p> <p>EVIDENCIA: El auditor no observa actas de socialización</p> <p>CRITERIO: resolución 3100 de 2019</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso Gestionar los procesos de forma eficiente.</p> <p>HECHO: No se gestionan los eventos adversos para planes de mejoramiento a través del comité de seguridad del paciente.</p>
2	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	<p>EVIDENCIA: el auditor no observa analisis, ni planes de mejora de eventos adversos.</p> <p>CRITERIO: Resolución 3100 de 2019</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso Gestionar los procesos de forma eficiente.</p> <p>HECHO: infraestructura deficiente para el funcionamiento del laboratorio.</p> <p>EVIDENCIA: Se observa falta de espacio y deterioro de infraestructura actual</p> <p>CRITERIO: resolución 3100 de 2019</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso Gestionar los procesos de forma eficiente.</p>
3	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	<p>HECHO: infraestructura deficiente para el funcionamiento del laboratorio.</p> <p>EVIDENCIA: Se observa falta de espacio y deterioro de infraestructura actual</p> <p>CRITERIO: resolución 3100 de 2019</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso Gestionar los procesos de forma eficiente.</p>