

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b>		Código:
	<b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b>		F 04-POE 01-PC CE
	<b>NIT. 891.900.343-6</b>		Versión: 01
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b>		TDR: 110-29-08
	<b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		Página 1 de 4

## INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA PROCESO DE LABORATORIO

Fecha		
Día	Mes	Año
23	11	2023

Tipo de revisión	
Auditoría de Proceso	Revisión de la Dirección
X	

### I. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

Proceso Auditado: PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO  
Auditor Líder: Victor Alfonso Varela Pérez – Asesor de Control Interno  
Equipo Auditor: Lina Maria Lozano – Asesora de Calidad

Responsable del Proceso: Daniela Moreno Murcia – Coordinadora Laboratorio

### II. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

**Descripción general de la auditoría.** Se hace una inspección ocular al servicio con el fin de evidenciar el cumplimiento de las normas establecidas en la ley 100 de 1994, Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014, MECI, NTCPG, Ley 87 de 1993, Decreto 1499 de 2017, Ley 1122 de 2007, Ley 1474 de 2011, La Constitución Política Ley 594 de 2000, Acuerdo 042 de 2002, Resolución 533 de 2015, Resolución 620 de 2015, Resolución 113 de 2016, Resolución 468 de 2016, Resolución 693 de 2016, Resolución 484 de 2017, Resolución 357 de 2008 Resolución 193 de 2016, Resolución 706 de 2016, Resolución 437 de 2015, Resolución 414 de 2014, Resolución 097de 2017 CGN y demás normas Reglamentarias.

#### Alcance de la Auditoría Interna.

**CRITERIO EVALUADO:** ¿Se encuentra actualizado el Manual de toma de muestras?

Para la vigencia 2023 se actualizaron los siguientes manuales:

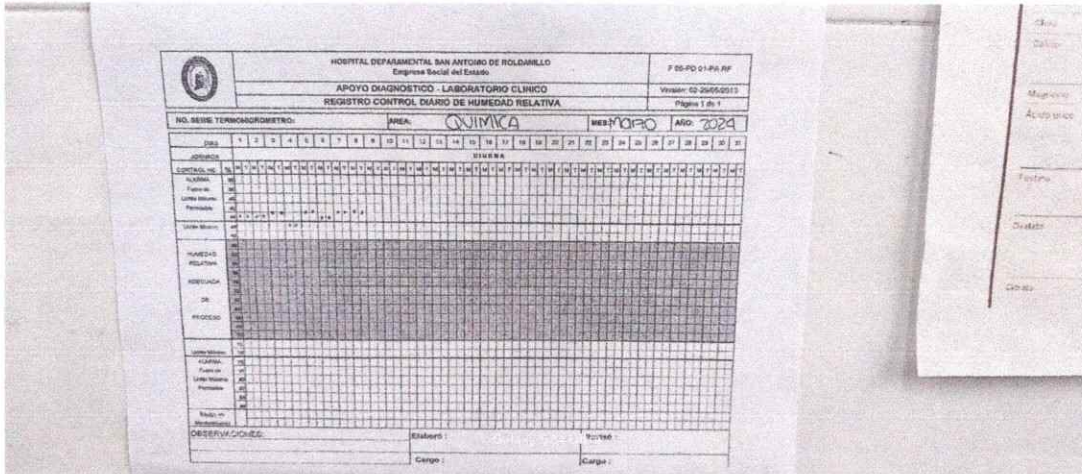
Reactivo – Vigilancia.  
Protocolo de Toma de Muestras Domiciliarias.  
Procedimientos Técnicos servicios Transfusionales.  
Operación y Cuidado de los Equipos de Laboratorio.  
Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.  
Manual de Esterilización de Materiales y Medios Cultivos.  
Manual de Bioseguridad y Manejo de Desechos en transfusión.  
Manual de Toma de Muestras.

- CRITERIO EVALUADO:** ¿Lleva un control de eventos adversos? ¿Cuántos hay reportados y si hay cuáles son sus causas? ¿Y su seguimiento?





	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>	Código: F 04-POE 01-PC CE
		Versión: 01
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>	TDR: 110-29-08
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>	Página 3 de 4



El almacenamiento de insumos y reactivos se realiza de acuerdo al inserto o ficha técnica que se anexa a cada uno de los productos por el laboratorio productor

- CRITERIO EVALUADO:** ¿Obtiene información de los usuarios, destinatarios o beneficiarios acerca de las necesidades y expectativas relacionadas con la prestación de los servicios? ¿Hace encuestas?

#### OBSERVACIONES:

Se realizan 100 encuestas mensuales, las cuales son entregadas al SIAU

Durante el primer semestre del año 2023 se realizaron 600 encuestas de la cuales se obtuvieron 94% de satisfacción de los usuarios.

- CRITERIO EVALUADO:** SE actualizó el Manual de Buenas Prácticas de limpieza y desinfección.

Los manuales están actualizados al año 2023 y se encuentran en la carpeta de planeación

**OBSERVACION:** En la carpeta de planeación aparece el manual de limpieza y desinfección. Se recomienda actualizar las fechas en el cuadro de cabios de la parte inferior del documento.

- CRITERIO EVALUADO:** Se está garantizando el suficiente flujo de insumos para la prestación del servicio

#### OBSERVACION:

Si se cuenta con pedido mensual y semanal, pero algunos insumos no están llegando a tiempo

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 4 de 4

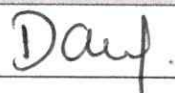
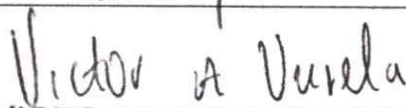
### OBSERVACIONES GENERALES:

De acuerdo a la Resolución 3280 de 2018 se recomienda implementar los siguientes indicadores los cuales deben ser llevados al PIN del proceso, al igual que los hallazgos encontrados en la verificación de estándares de calidad.

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados), Tiempo de entrega de los resultados.
- Gestión de No Conformidades.
- El laboratorio NO realiza aseguramientos de la calidad para todas las pruebas que realiza - No se evidencia participación en controles de calidad adquiridos comercialmente para garantizar la confidencialidad de las pruebas.
- No se evidencia procedimientos que garanticen la protección de la información de los resultados emitidos de manera directa o indirecta.
- No se evidencia procedimientos que defina el contenido y responsabilidad para la generación, emisión, aprobación y entrega de los resultados.
- El laboratorio no cuenta con espacios de almacenamiento que aseguran la integridad para todo tipo de muestras que requieren ser almacenadas, utilizan la nevera de reactivos.

Las acciones de mejora deben de llevarse al plan de mejoramiento anexo al PIN- 2023 de sus procesos ubicado en la carpeta de Planeación del Servidor y debe evidenciarse el 26 de Diciembre 2023; para su seguimiento.

La norma de auditoría estipula que el responsable del servicio evaluado, tenga el conocimiento del presente resultado, producto de los hallazgos determinados mediante la revisión practicada a la aplicación de dichos procesos en el Hospital Departamental San Antonio, con el fin de que se implementen las acciones correctivas, tendientes a cumplir las recomendaciones propuestas y conducentes al mejoramiento de su gestión.

Nombre completo	Responsabilidad	Firma
Daniela Moreno Murcia	Líder Proceso	
Víctor Alfonso Varela Pérez	Asesor de Control Interno	
Lina Maria Lozano	Asesora de Calidad	