



CI2025500001861

05GIN15 – V8 Página 1 de 1

Bogotá D.C, Diciembre 23 de 2025

Doctor (a)

LINA MARÍA MORALES CAMACHO - Líder de Patología, GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO - Director Científico

Copia:

JOHANNA ALEXANDRA BELTRAN SUAREZ - Subdirectora de Consulta Externa, JESUS ALFONSO CRUZ VARGAS - Subdirector De Cirugía General, CARLOS JULIO GARCIA PERLAZA - Subdirector de Ginecología - Subdirector Educación Médica, MARÍA TERESA OSPINA CABRERA - Subdirectora de UCI, OMAR ROBERTO PEÑA DÍAZ - Subdirector de Ortopedia, WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO - Subdirector de Neurocirugía, KEILE JESSEL RONDON ESQUIVEL - Subdirectora de Urgencias, DORIS HELENA TORRES ACOSTA - Subdirectora de Enfermería, OMAR OLIMPO VELANDIA FORERO - Subdirector de Medicina Interna, RUTH MARGOTH ROJAS RODRÍGUEZ - Gestión de Apoyo Diagnóstico, YAMILE ANDREA UBAQUE RODRÍGUEZ - Líder de Proceso Gestión de Servicios Complementarios, CARLOS HARVEY JAIMES PABON - Líder de Proceso Gestión de Servicios Quirúrgicos, LUISA ALEJANDRA PARDO RICO - Líder de Proceso Gestión de Servicios Hospitalarios, WANDERLEY ORJUELA BARRETO - Líder de Proyecto Farmacia, SANDRA PATRICIA PULIDO BARRAGÁN - Líder De Proyecto de Enfermería,

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

REFERENCIA: Informe final Auditoría al servicio de Patología 2025

Cordial Saludo:

Adjunto informe final de la Auditoría de la referencia, se solicita que, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al envío del presente informe de auditoría, se elabore el correspondiente plan de mejoramiento con base en las recomendaciones que así lo requieran. Dicho plan deberá formularse conforme a lo establecido en:

- el procedimiento 02CIN01-V2, Actividad 21
- el instructivo "Lineamiento oportunidades de mejora", Código 06GIC03-V2, y
- el procedimiento "Formulación, Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso", código 02GIC03-V10.

Adicionalmente se envía una encuesta de satisfacción relacionada con la auditoría mencionada, dirigida a cada líder de proceso para su diligenciamiento. El objetivo de esta encuesta es identificar oportunidades de mejora en el proceso de auditoría interna independiente.

Se anexan cincuenta (50) folios

Cordialmente;


YETICA JHASVELLI HERMANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de control Interno

c.c. Jorge Andrés López Quintero - Gerente

Aprobó: Yetica Jhasvelli Hernández Ariza

Elaboró: Claudia Yamile Rubiano

Revisó: Claudia Yamile Rubiano



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NIT. 899.999.032-5

AUDITORÍA AL SERVICIO DE PATOLOGÍA

INFORME FINAL

Bogotá D.C, Diciembre / 2025

Contenido

| | |
|--|----|
| 1. Aspectos generales | 4 |
| 1.1. Objetivos | 4 |
| 1.1.1. Objetivo general | 4 |
| 1.1.2. Objetivos específicos | 4 |
| 1.2. Alcance de la auditoría | 4 |
| 1.3. Metodología | 4 |
| 1.4. Criterios de auditoría | 5 |
| 1.5. Base legal | 5 |
| 1.6. Normas internas | 5 |
| 1.7. Objetivos estratégicos asociados a la auditoría | 6 |
| 1.8. Políticas asociadas a la auditoría | 6 |
| 1.9. Riesgos institucionales del Proceso de Apoyo Diagnóstico | 7 |
| 1.9.1 Análisis de riesgos referenciados para el servicio de patología | 9 |
| 1.10. Encuesta Diagnóstica | 10 |
| 1.10.1. Tabulación y análisis de las respuestas | 11 |
| 1.11. Indicadores del proceso auditado | 17 |
| 1.12. Resultados de la Auditoría de Habilitación realizada por Gestión de la Calidad | 22 |
| 1.13. Revisión de la contratación asociada al Servicio de Patología | 23 |
| 1.13.1. Verificación contractual en SECOP II y SIA Observa | 23 |
| 1.13.2. Análisis del Contrato 097-2025 Bogotá | 25 |
| 1.13.3. Análisis del Contrato 204-2025 Zipaquirá | 26 |
| 1.13.4. Análisis comparativo entre contratos | 26 |
| 1.14. Visita de campo al servicio de Patología | 27 |
| 1.15. Análisis de PQRSDF asociadas al Servicio de Patología | 33 |
| 1.16. Estándares de acreditación asociados a la auditoría | 34 |
| 1.16.1. Estándar 37. Código: (AsPL15) | 34 |
| 1.16.2. Estándar 38. Código: (AsPL16) | 35 |
| 1.17. Componentes y Elementos del MECI | 36 |
| 2. Seguimiento a planes de mejora | 37 |
| 3. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar | 42 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Respuesta de la Dirección Científica..... | 42 |
| 4. Recomendaciones | 43 |

| | | |
|--|--|---|
|  | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA |  |
| | CONTROL INTERNO | |
| | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE | |
| | 05CIN01-V2 | |

1. Aspectos generales

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Verificar la eficacia, transparencia y legalidad en la gestión del servicio de patología, con énfasis en el manejo de insumos, la trazabilidad de muestras, la entrega de resultados, y la aplicación de controles internos, con el fin de identificar riesgos operativos, éticos o fiscales que puedan afectar la calidad del servicio y la confianza institucional.

1.1.2. Objetivos específicos

- Verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la recepción, registro, custodia, procesamiento y entrega de muestras en el servicio de patología.
- Evaluar la adecuada gestión y control de los insumos y reactivos utilizados, en cuanto a almacenamiento, consumo y vigencia.
- Revisar la oportunidad, confiabilidad y trazabilidad de los resultados emitidos por el servicio.
- Analizar la aplicación de controles internos, así como la existencia y efectividad de mecanismos de supervisión técnica.
- Identificar riesgos operativos, éticos o fiscales que puedan afectar la calidad, la legalidad o la transparencia del servicio.

1.2. Alcance de la auditoría

La auditoría comprende el análisis documental del proceso operativo del Servicio de Patología, incluyendo la revisión de los contratos vigentes, los informes de supervisión, los indicadores institucionales asociados al servicio, los registros disponibles de trazabilidad, los reportes de eventos, los planes de mejora registrados en Almería, y los controles y riesgos institucionales vinculados al proceso.

El alcance también incluye la verificación en campo programada para la siguiente fase del proceso auditor, orientada a evaluar condiciones técnicas, trazabilidad de muestras, aplicación de protocolos, funcionamiento de equipos, y demás aspectos operativos relevantes para la prestación del servicio en las áreas de Patología.

El periodo evaluado corresponde del 1 de enero al 30 de noviembre de 2025.

Se excluyen del alcance los procesos administrativos y financieros institucionales no relacionados directamente con la operación técnica y asistencial del Servicio de Patología ni con las obligaciones contractuales asociadas al mismo.

1.3. Metodología

La auditoría se desarrolla inicialmente mediante la revisión documental de contratos vigentes, informes de supervisión, registros operativos, indicadores del proceso, soportes de trazabilidad y documentos normativos aplicables al servicio. Esta revisión permitió identificar brechas preliminares y orientar las líneas de indagación del presente proceso auditor.

Como parte de las técnicas complementarias, se programó la Encuesta diagnóstica para Líderes del proceso, la cual será diligenciada en la reunión de apertura mediante el aplicativo Almería y se incorporará como evidencia del desarrollo de la auditoría. Igualmente, se encuentra prevista la realización de entrevistas en campo y observación directa del proceso, orientadas a verificar aspectos como trazabilidad de muestras,

aplicación de protocolos, condiciones técnicas de operación y eventuales fallas reportadas por el personal asistencial.

El análisis de los hallazgos se efectúa bajo el enfoque de riesgos, utilizando la metodología de las 4C (Condición, Criterio, Causa y Consecuencia), conforme a los lineamientos de la Guía para Auditoría Interna Basada en Riesgos Versión 4 (DAFP), en armonía con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

1.4. Criterios de auditoría

Los hallazgos se evaluaron con base en los siguientes criterios:

- Guía para Auditoría Interna Basada en Riesgos, Versión 4 (DAFP).
- Normativa de control interno aplicable (Ley 87 de 1993 y Decreto 1499 de 2017).
- Requisitos de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Manuales, procedimientos y estándares internos vigentes del proceso Apoyo Diagnóstico y del Servicio de Patología.
- Contratos y documentos técnicos relacionados con la prestación del servicio.
- Estándares de trazabilidad, bioseguridad, cadena de custodia y gestión documental institucionales.
- Principios de eficacia, eficiencia, oportunidad, calidad y seguridad del paciente establecidos en el MIPG y MECI.

1.5. Base legal

La auditoría se sustenta en las siguientes normas y documentos de referencia:

- Ley 87 de 1993 (Normas para el ejercicio del control interno en entidades del Estado)
- Decreto 1499 de 2017 (Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno – MECI)
- Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud)
- Contratos de prestación de servicios asociados al Servicio de Patología.
- Normas internas institucionales del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Código de ética y régimen disciplinario

1.6. Normas internas

El Servicio de Patología de La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra bajo los lineamientos del proceso de Apoyo Diagnóstico, el cual dispone de los siguientes manuales y procedimientos vigentes en el aplicativo institucional Almera, aplicables de forma directa o complementaria a la gestión técnica y administrativa del servicio, entre los cuales se destacan:

- **PROCEDIMIENTO ENTREGA DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA (código 02GAD22-V1, versión 2 del 17/10/2023)**; cuyo objetivo es identificar y describir las actividades para la correcta entrega de los resultados emitidos por el servicio de Patología del Hospital Universitario de la Samaritana y la Red Samaritana.

Su alcance abarca desde la solicitud de entrega del resultado validado por el médico patólogo, hasta la custodia del resultado por parte del paciente, familiar o personal de salud involucrado en su interpretación. Aplica a todos los colaboradores del servicio de Patología del Hospital Universitario de la Samaritana y de la Red Samaritana.

| | | | | |
|--|--|------------|---|--|
|  | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | |  | |
| | CONTROL INTERNO | | | |
| | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE | | | |
| | 05CIN01-V2 | 05GIC92-V1 | | |

- **PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE MUESTRAS DE ESPÉCIMEN Y/O PATOLOGÍA EN SALAS DE CIRUGÍA Y PARTO** (código 02GSQ04-V4, versión 4 del 27/12/2023); cuyo objetivo es tramitar oportunamente el envío de especímenes anatomopatológicos y/o muestras a patología para el estudio correspondiente. Su alcance comprende desde el momento en que el médico de la especialidad determina la necesidad de enviar muestras a patología, hasta el archivo del resultado en la historia clínica del paciente.
Este procedimiento pertenece al proceso Gestión de Servicios Quirúrgicos y resulta complementario al servicio de Patología en lo referente a la recepción, custodia y trazabilidad de las muestras remitidas desde las salas de cirugía y parto.

Estos documentos constituyen el marco normativo interno que orienta la gestión técnica, administrativa y de calidad del servicio de Patología, en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y las políticas institucionales del Hospital Universitario de la Samaritana.

1.7. Objetivos estratégicos asociados a la auditoría

Según el Acuerdo No. 041 de 2024, por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024-2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, se dictan nueve (9) objetivos estratégicos institucionales.

De estos, tres (3) presentan relación directa con la auditoría al servicio de Patología para la vigencia 2025, en virtud de su conexión con la gestión clínica, la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y el talento humano.

Objetivo Estratégico No. 2: Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6% para el año 2028, mediante la implementación de un programa de atención centrado en la persona y una nueva escala de calificación de la experiencia del paciente.

Objetivo Estratégico No. 5: Fortalecer el desempeño de la gestión clínica en el Hospital Universitario de la Samaritana, con énfasis en la atención a grupos vulnerables, a través de la certificación de los servicios de salud en habilitación y demás certificaciones que fortalezcan la implementación de las rutas integrales de atención para el año 2028.

Objetivo Estratégico No. 7: Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028.

En este contexto, la auditoría contribuye a verificar la alineación del servicio de Patología con las metas estratégicas institucionales, así como su aporte a la mejora continua y a la atención segura del paciente.

1.8. Políticas asociadas a la auditoría

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con políticas institucionales que orientan la gestión técnica, administrativa y de calidad de los servicios asistenciales, entre ellos el Servicio de Patología.

Entre ellas, se destaca la **POLÍTICA DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO**, registrada en el aplicativo Almera bajo el código 01GES06-V2, correspondiente al proceso Gestión Estratégica, cuya última actualización fue realizada el 20 de diciembre de 2022. Esta política establece lo siguiente:

**"MÁXIMOS BENEFICIOS Y MÍNIMOS RIESGOS PARA TODOS"**

"El Hospital Universitario de la Samaritana y sus sedes adscritas se comprometen con el mejoramiento continuo de sus procesos, en la búsqueda de ofrecer cada día servicios más adecuados a las necesidades de sus usuarios, alcanzando estándares superiores de calidad, a través de la articulación efectiva de los recursos físicos, humanos y tecnológicos, enfocados hacia el logro de los mejores resultados junto con la satisfacción de nuestros funcionarios, los usuarios, su familia y el entorno."

La política en mención cuenta con seis (6) objetivos orientados a fortalecer la gestión institucional:

1. *Articulación de los objetivos estratégicos con la política de calidad y mejoramiento continuo.*
2. *Incrementar institucionalmente el nivel de la calidad en la prestación de servicios.*
3. *Monitorear el nivel de satisfacción de los usuarios, de acuerdo con sus necesidades y expectativas.*
4. *Fortalecer la gestión clínica y la atención basada en la mejor evidencia científica disponible.*
5. *Realizar seguimiento a los indicadores y su impacto frente a los objetivos estratégicos.*
6. *Fortalecer y consolidar el sistema de gestión integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.*

Esta política se despliega en todos los procesos y servicios del Hospital Universitario de la Samaritana, la Unidad Funcional de Zipaquirá y el Hospital Regional de Zipaquirá, constituyéndose en el marco de referencia principal para la presente auditoría al Servicio de Patología, dado que orienta la verificación del cumplimiento de los estándares de calidad, la mejora continua de los procesos y la satisfacción del usuario como eje central del servicio.

De manera complementaria, se relaciona la **POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, registrada en el aplicativo Almera bajo el código 01GES12-V2, también correspondiente al proceso Gestión Estratégica, cuya última actualización fue realizada el 22 de noviembre de 2022.

"CURAR CON FRECUENCIA, ALIVIAR SIEMPRE ACOMPAÑANDO AL PACIENTE Y SU FAMILIA"

Esta política orienta la prestación integral, humanizada, segura y eficiente de los servicios de salud, promoviendo la gestión clínica basada en la mejor evidencia científica y el fortalecimiento de la atención centrada en el paciente y su familia.

Su despliegue aplica a todos los servicios del Hospital Universitario de la Samaritana, incluida el área de Patología, garantizando la coherencia con los principios institucionales de calidad, oportunidad y satisfacción del usuario.

En conjunto, ambas políticas constituyen el marco institucional que orienta la auditoría hacia la verificación del cumplimiento normativo, la calidad técnica del servicio y la atención centrada en el paciente, en coherencia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

1.9. Riesgos institucionales del Proceso de Apoyo Diagnóstico

Se procedió a revisar la Matriz de Riesgos Institucionales 2025 (disponible en la Página Web institucional, sección Transparencia y Acceso a la Información – Planeación, Gestión y Control – Planes, Programas y Proyectos – Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 – Matriz de Riesgo Institucional 2025). Esta matriz incluye 78 riesgos, de los cuales tres corresponden al proceso Apoyo Diagnóstico. Este proceso está conformado por los servicios de Imágenes Diagnósticas,

Laboratorio Clínico y Patología, los cuales cumplen una función esencial para la continuidad asistencial y la calidad del diagnóstico.

A continuación, se presentan los riesgos institucionales vigentes definidos para el proceso Apoyo Diagnóstico, incluyendo su probabilidad, impacto, zona de riesgo y tratamiento, según la matriz institucional:

MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL 2025

Proceso: Apoyo Diagnóstico

| Nº | Código | Riesgo | Causas | Tipología | Probab. | Impacto | Zona de Riesgo | Tratamiento |
|----|---------|--|--|-------------|----------------|--------------------|----------------|-------------|
| 1 | AD22045 | Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnósticas se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios. | - Fallas durante el proceso de programación de agendas de hospitalización, urgencias y ambulatorio (acceso). - Fallas en la indicación de la preparación de pacientes para estudios de imágenes diagnósticas. - Mala planeación de insumos médicos o medicamentos necesarios para la atención. | Operacional | Muy alta (100) | Mayor (80) | Alto | Mitigar |
| 2 | AD22051 | Posibilidad que en la atención del Laboratorio Clínico se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios. | - Errores en la muestra por fallas de calidad de la misma. - Reporte de apoyo diagnóstico erróneo. - Reporte de apoyo diagnóstico inoportuno. - Fallas en el almacenamiento, manejo o desempeño de los reactivos de diagnóstico in vitro. | Operacional | Muy alta (100) | Moderado (60) | Alto | Mitigar |
| 3 | AD24082 | Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida o daño de muestras en Patología, debido a registro inadecuado o incompleto de la admisión en el sistema, digitación | - Registro inadecuado o incompleto de la admisión en el sistema de información. - Digitación inadecuada de los resultados. - Falta de adherencia a protocolos y procedimientos. | Operacional | Alta (80) | Catastrófico (100) | Extremo | Mitigar |

inadecuada
resultados y falta de
adherencia a
protocolos y
procedimientos.

Nota: Para la presente auditoría se evaluaron los riesgos institucionales asociados al proceso Apoyo Diagnóstico (AD22045, AD22051 y AD24082), así como la referenciación de riesgos específicos del servicio de Patología (10 riesgos analizados). En coherencia con la Guía para Auditoría Interna Basada en Riesgos Versión 4 del DAFP, se priorizó el riesgo **AD24082** por presentar la clasificación "Extremo" en la Matriz Institucional 2025.

1.9.1 Análisis de riesgos referenciados para el servicio de patología

Se realizó una revisión específica para el servicio de Patología, con base en una referenciación de riesgos potenciales proporcionada para verificar su correspondencia con los riesgos institucionales del proceso de Apoyo Diagnóstico. El objetivo fue determinar cuáles de dichos riesgos ya se encuentran identificados total o parcialmente en la matriz vigente y cuáles podrían requerir inclusión o actualización.

Durante el análisis también se consultaron evidencias de auditorías internas realizadas por Gestión de la Calidad; sin embargo, sus resultados se desarrollan en un capítulo independiente y en este apartado únicamente se mencionan cuando aportan contexto específico.

| Nº | Riesgo del servicio de Patología | ¿Está identificado en la matriz institucional? | Observación / Relación con matriz 2025 |
|----|--|--|--|
| 1 | Pérdida o mezcla de muestras | Sí | Coincide directamente con el riesgo AD24082, que menciona "Pérdida de muestras o daño en la misma en Patología". |
| 2 | Uso de insumos vencidos o contaminados | Parcialmente | Relacionado con el riesgo AD22051, donde se menciona el manejo de reactivos. Se recomienda evaluar ajustar la redacción del riesgo institucional para incluir expresamente la verificación de fechas de vencimiento y condiciones de calidad de los insumos en el servicio de Patología. O incluir un riesgo nuevo que lo exprese de manera textual, dado que según el informe de auditoría interna realizado por gestión de la calidad el 10 de julio del 2025, evidenció la presencia de reactivos vencidos y la ausencia de registros de temperatura y humedad del área, lo que valida la necesidad del ajuste propuesto. |
| 3 | Retrasos en la emisión de informes | Parcialmente | Asociado al riesgo AD22051, donde se menciona "Reporte inoportuno". Conviene evaluar ajuste de redacción o la inclusión de un riesgo específico para Patología. |

| | | | |
|----|---|--------------|---|
| 4 | Error en lectura de placas histológicas | Parcialmente | Relacionado parcialmente con el riesgo AD22051 "Reporte inoportuno". Dado que la naturaleza técnica de la lectura de láminas en Patología es distinta, se recomienda evaluar ajuste o incluir un riesgo específico. |
| 5 | Fuga o uso indebido de reactivos | No | No se aborda actualmente en la matriz institucional; se recomienda evaluar su inclusión como riesgo fiscal/ético. |
| 6 | Ejercicio por personal no autorizado | No | No identificado en la matriz institucional vigente; Se recomienda evaluar su inclusión por impacto legal y de habilitación. |
| 7 | Registro incompleto o tardío | Sí | Cubierto por el riesgo AD24082 donde menciona "Registro inadecuado o incompleto" y "Digitación inadecuada de resultados". |
| 8 | Falta de seguimiento técnico al contratista | No | No aparece en la matriz vigente. Se recomienda su inclusión como riesgo administrativo-fiscal. |
| 9 | Acceso no autorizado a muestras o resultados | No | No contemplado en la matriz institucional; se recomienda valorar su inclusión por su relevancia ética y legal (confidencialidad de la información clínica). |
| 10 | Glosas por errores atribuibles al contratista | No | No abordado en la matriz institucional; se recomienda incorporar como riesgo fiscal-administrativo. |

De los 10 riesgos referenciados para el servicio de Patología:

- 2 riesgos están totalmente identificados (Nº 1 y 7).
- 3 riesgos están parcialmente cubiertos (Nº 2, 3 y 4).
- 5 riesgos no se encuentran contemplados en la matriz institucional actual (Nº 5, 6, 8, 9 y 10).

Se recomienda evaluar la pertinencia de incorporar los riesgos no contemplados y ajustar la redacción de los parcialmente cubiertos, con el propósito de fortalecer la especificidad, trazabilidad y gestión de los riesgos asociados al servicio de Patología, en coherencia con los lineamientos de la Guía DAFP V7 (2025).

La revisión de riesgos institucionales permitió identificar el riesgo priorizado para la auditoría (AD24082), así como brechas en la identificación de riesgos específicos del servicio de Patología. Esta información constituye la base para el desarrollo de los hallazgos, la formulación de recomendaciones y el enfoque de la auditoría sobre aquellos aspectos que representan mayor exposición para la institución.

1.10. Encuesta Diagnóstica

Mediante el comunicado Orfeo CI2025500001801 del 02 de Diciembre de 2025, y el correo electrónico enviado en la misma fecha, se compartió la encuesta titulada "Encuesta diagnóstica Auditoría al servicio de Patología 2025". La encuesta fue aplicada durante una reunión remota realizada el 04 de Diciembre de 2025, en el horario de 10:00 a.m. a 11:00 a.m, a través del enlace: <https://meet.google.com/nmz-qrnx-dgr>. Se citaron diecisiete (17) líderes de procesos asistenciales, de los cuales nueve (9) diligenciaron la encuesta, equivalente al 53% de los procesos convocados.

Los responsables de procesos que representan el 47% restante y que no respondieron la encuesta fueron:

LIDERES DE PROCESO NO PRESENTARON ENCUESTA

| | |
|---|---|
| 1 | GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO - Director Científico |
| 2 | JOHANNA ALEXANDRA BELTRAN SUAREZ - Subdirectora de Consulta Externa |
| 3 | CARLOS JULIO GARCIA PERLAZA - Subdirector de Ginecología - Subdirector Educación Médica |
| 4 | WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO - Subdirector de Neurocirugía |
| 5 | KEILE JESSEL RONDÓN ESQUIVEL - Subdirectora de Urgencias |
| 6 | OMAR OLIMPO VELANDIA FORERO - Subdirector de Medicina Interna |
| 7 | WANDERLEY ORJUELA BARRETO - Líder de Proyecto Farmacia |
| 8 | SANDRA PATRICIA PULIDO BARRAGÁN - Líder De Proyecto de Enfermería |

Se aclara que, de estos ocho (8) responsables de proceso, tres (3) presentaron excusa formal el día previo a la reunión: dos (2) por participar en un compromiso institucional acompañado por la Gerencia y uno (1) por encontrarse en periodo de vacaciones.

Se realizó el análisis de las respuestas proporcionadas por los líderes de proceso a las diecisiete (17) preguntas formuladas, de las cuales catorce (14) fueron de selección múltiple con única respuesta y tres (3) preguntas de carácter abierto. Una vez tabuladas y consolidadas las respuestas, se presentan los siguientes resultados:

1.10.1. Tabulación y análisis de las respuestas

Dado que la encuesta aplicada corresponde a un instrumento diagnóstico de percepción, y no a una prueba de conocimiento, todas las respuestas son válidas y no existe un concepto de "respuestas correctas" ni "asertividad". Por tal motivo, el análisis se presenta en términos de tendencias de percepción y porcentaje de coincidencia en la respuesta seleccionada por los líderes de proceso participantes.

A continuación, se presentan los resultados por cada pregunta formulada, mostrando la distribución de las respuestas seleccionadas por los líderes de proceso.

| Pregunta 1. ¿Con qué frecuencia su proceso remite muestras al servicio de Patología? | | | |
|--|--------|---------------|------|
| | Opción | Nº Respuestas | % |
| A) Frecuentemente (varias veces por semana) | | 5 | 56% |
| B) Ocasionalmente (1-2 veces por mes) | | 1 | 11% |
| C) Rara vez | | 0 | 0% |
| D) No aplica | | 3 | 33% |
| Total | | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría de los procesos remiten muestras de forma frecuente al servicio de Patología, mientras que un 33% indicó que la pregunta no aplica a su tipo de actividad asistencial. Esto evidencia que la relación operativa con el servicio varía según la naturaleza del proceso.

Pregunta 2. ¿Conoce el procedimiento institucional para el trámite y envío de muestras a Patología desde salas de cirugía y parto (código 02GSQ04-V4)?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|--------|---------------|---|
| | | |

| | | |
|--|----------|-------------|
| A) Sí, lo conozco y lo aplico correctamente en mi labor | 6 | 67% |
| B) Lo conozco parcialmente | 2 | 22% |
| C) He escuchado sobre él, pero no lo he revisado ni aplicado | 1 | 11% |
| D) No lo conozco | 0 | 0% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría de los líderes de proceso conoce y aplica el procedimiento institucional (67%), mientras que una parte menor lo conoce solo parcialmente (22%) o no lo ha revisado en detalle (11%). Esto evidencia la necesidad de reforzar la socialización del procedimiento en algunos procesos asistenciales.

Pregunta 3. ¿Considera que el proceso de recepción y registro de muestras por parte del servicio de Patología es claro y oportuno?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|------------------|---------------|-------------|
| A) Siempre | 6 | 67% |
| B) Algunas veces | 2 | 22% |
| C) Casi nunca | 0 | 0% |
| D) No lo sé | 1 | 11% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría de los líderes de proceso percibe el proceso de recepción y registro de muestras como claro y oportuno (67%), mientras que un 22% señala que esto se cumple solo algunas veces. Un 11% indica no tener claridad sobre el proceso, lo que sugiere oportunidades de mejora en la comunicación o socialización del procedimiento.

Pregunta 4. ¿La entrega de resultados anatomiopatológicos es oportuna según los tiempos establecidos en los procedimientos?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|--|---------------|-------------|
| A) Sí, generalmente son oportunos | 2 | 22% |
| B) Algunas veces se presentan retrasos | 1 | 11% |
| C) Frecuentemente hay demoras | 3 | 33% |
| D) No tengo conocimiento sobre los tiempos | 3 | 34% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: Solo una minoría de los líderes de proceso percibe oportunidad en la entrega de resultados anatomiopatológicos (22%). El 44% reporta retrasos frecuentes o esporádicos, y un 34% desconoce los tiempos establecidos. Esto evidencia oportunidades de mejora tanto en la oportunidad del servicio como en la difusión de los tiempos institucionales.

Pregunta 5. ¿Ha tenido dificultades para rastrear el estado o ubicación de una muestra remitida a Patología?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|-----------------------------------|---------------|-------------|
| A) Nunca | 3 | 34% |
| B) Algunas veces | 3 | 33% |
| C) Frecuentemente | 1 | 11% |
| D) Siempre | 0 | 0% |
| E) No aplica (no remito muestras) | 2 | 22% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: Aunque el 34% de los líderes afirma no haber tenido dificultades para rastrear las muestras, un 44% reporta haber enfrentado dificultades con alguna frecuencia. Adicionalmente, el 22% señala que la pregunta no aplica a su proceso. Estos resultados muestran que, si bien una parte de los usuarios no presenta inconvenientes, existe una proporción significativa que experimenta problemas de trazabilidad que pueden requerir mejoras en los mecanismos de seguimiento y comunicación.

Pregunta 6. ¿La comunicación entre su proceso y el Servicio de Patología para aclarar resultados o estados de muestras es efectiva?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|---|---------------|-------------|
| A) Sí, siempre es fluida y oportuna | 4 | 45% |
| B) A veces es demorada | 2 | 22% |
| C) Rara vez se obtiene respuesta oportuna | 1 | 11% |
| D) No aplica | 2 | 22% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría (45%) percibe la comunicación como efectiva, pero un 33% reporta demoras u oportunidad baja, lo que evidencia necesidad de mejorar tiempos de respuesta. El 22% no aplica porque no interactúa con el servicio.

Pregunta 7. ¿Considera que el Servicio de Patología cuenta con condiciones adecuadas de almacenamiento y conservación de muestras?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|-----------------|---------------|-------------|
| A) Sí | 5 | 56% |
| B) Parcialmente | 0 | 0% |
| C) No | 0 | 0% |
| D) No lo sé | 4 | 44% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría (56%) considera que las condiciones de almacenamiento y conservación son adecuadas, pero el 44% no tiene conocimiento del tema, lo cual indica baja visibilidad del proceso y necesidad de mayor socialización o claridad sobre cómo se gestionan las muestras.

Pregunta 8. ¿Tiene conocimiento de controles periódicos de calidad sobre los equipos o reactivos utilizados por Patología?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|-----------------|---------------|-------------|
| A) Sí | 6 | 67% |
| B) Parcialmente | 0 | 0% |
| C) No | 0 | 0% |
| D) No lo sé | 3 | 33% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría (67%) conoce que Patología realiza controles de calidad a sus equipos y reactivos, pero un 33% no tiene información al respecto. Esto sugiere que aún falta socialización sobre estas actividades técnicas.

Pregunta 9. En su experiencia, ¿ha identificado o conocido dificultades con los insumos o reactivos utilizados por el Servicio de Patología (por ejemplo, vencimientos, escasez o fallas técnicas)?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|-------------------|---------------|-------------|
| A) No | 5 | 56% |
| B) Ocasionalmente | 1 | 11% |
| C) Con frecuencia | 1 | 11% |
| D) No aplica | 2 | 22% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría (56%) no ha percibido dificultades con los insumos o reactivos del servicio, mientras que un 22% reporta situaciones ocasionales o frecuentes. El 22% restante indicó que no aplica. Esto muestra que, aunque la percepción general es positiva, algunos procesos han identificado casos aislados que requieren atención.

Pregunta 10. ¿Considera que los resultados de Patología se registran adecuadamente en la historia clínica institucional?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|---|---------------|-------------|
| A) Siempre | 2 | 23% |
| B) A veces hay inconsistencias o ausencia de registro | 3 | 33% |
| C) Rara vez se registra oportunamente | 1 | 11% |
| D) No lo sé | 3 | 33% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: Solo el 23% percibe un registro adecuado y consistente de los resultados en la historia clínica. Un 44% señala inconsistencias o baja oportunidad, y el 33% adicional no conoce cómo se realiza este registro. Esto sugiere oportunidades de mejora tanto en la calidad del registro como en la divulgación del proceso.

Pregunta 11. ¿Percibe que el servicio de Patología garantiza la confidencialidad de los resultados y la seguridad de la información clínica?

| | Opción | Nº Respuestas | % |
|-------------------|--------|---------------|-------------|
| A) Sí, totalmente | | 7 | 78% |
| B) Parcialmente | | 0 | 0% |
| C) No | | 0 | 0% |
| D) No lo sé | | 2 | 22% |
| Total | | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría de los líderes de proceso (78%) percibe que el servicio de Patología garantiza adecuadamente la confidencialidad y seguridad de la información clínica. Sin embargo, un 22% de los participantes no tienen certeza sobre este aspecto, lo que sugiere la necesidad de reforzar la comunicación o socialización de las políticas de seguridad y confidencialidad en el servicio.

Pregunta 12. ¿Conoce o aplica algún mecanismo institucional para reportar incidencias o no conformidades relacionadas con el servicio de Patología?

| | Opción | Nº Respuestas | % |
|--------------------------------|--------|---------------|-------------|
| A) Sí, y lo he utilizado | | 4 | 45% |
| B) Sí, pero no lo he utilizado | | 2 | 22% |
| C) No conozco ningún mecanismo | | 0 | 0% |
| D) No aplica | | 3 | 33% |
| Total | | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría de los líderes conoce los mecanismos institucionales para reportar incidencias (67%), aunque solo el 45% los ha utilizado. Un 33% indicó que la pregunta no aplica a su proceso. Estos resultados muestran que, aunque el conocimiento del mecanismo es adecuado, su uso efectivo podría fortalecerse.

Pregunta 13. ¿Existe un mecanismo formal de retroalimentación entre el Servicio de Patología y los procesos asistenciales cuando se detectan errores, glosas o inconsistencias en las muestras o resultados?

| | Opción | Nº Respuestas | % |
|--|--------|---------------|-------------|
| A) Sí, establecido y aplicado regularmente | | 3 | 34% |
| B) Existe, pero se aplica de forma parcial | | 1 | 11% |
| C) No existe o no se aplica | | 2 | 22% |
| D) No lo sé | | 3 | 33% |
| Total | | 9 | 100% |

Interpretación: Solo un 34% identifica un mecanismo formal de retroalimentación aplicado de manera consistente. El 33% desconoce si existe y el 33% restante señala aplicación parcial o inexistente. Esto

evidencia baja claridad y uso irregular de los canales de retroalimentación entre Patología y los procesos asistenciales.

Pregunta 14. En general, ¿cómo califica la articulación del Servicio de Patología con los procesos asistenciales?

| Opción | Nº Respuestas | % |
|---------------|---------------|-------------|
| A) Excelente | 0 | 0% |
| B) Buena | 5 | 56% |
| C) Regular | 4 | 44% |
| D) Deficiente | 0 | 0% |
| Total | 9 | 100% |

Interpretación: La mayoría califica la articulación como buena (56%), mientras que el 44% la percibe solo como regular. No se reportan valoraciones extremas (excelente o deficiente). Esto sugiere una articulación funcional, pero con margen claro para mejorar la coordinación y los procesos de interacción.

Conclusión general de las preguntas cerradas

El análisis transversal de las preguntas cerradas evidencia una percepción favorable respecto a la trazabilidad, el manejo técnico de las muestras, la conservación y la confidencialidad de la información. Sin embargo, se identifican oportunidades de mejora en la oportunidad de entrega de resultados, la comunicación entre procesos, la claridad de los procedimientos, la socialización de indicadores y el conocimiento de los tiempos y mecanismos de retroalimentación. Estas tendencias permiten establecer un panorama general de cómo los procesos asistenciales interactúan con el Servicio de Patología y sirven como base para formular una recomendación integral orientada a fortalecer la articulación y la calidad del servicio.

Preguntas abiertas de la encuesta diagnóstica

Pregunta 15. ¿Qué ejes o estándares de acreditación en salud considera que se articulan directamente con esta auditoría al Servicio de Patología?

Las respuestas se concentran principalmente en los estándares de seguridad del paciente, gestión del riesgo y atención centrada en el usuario, que fueron los más mencionados. También se refieren a elementos de gestión administrativa y de apoyo (control de insumos, mantenimiento de equipos, bioseguridad y documentación de procesos), así como a mejora continua e indicadores.

Conclusión: Los encuestados asocian la auditoría con los ejes de acreditación que soportan la seguridad clínica, la calidad asistencial y el mejoramiento continuo del proceso de Patología.

Resultados preguntas abiertas (correspondientes a las preguntas 16 y 17):

A continuación, se presenta la síntesis de las respuestas recolectadas sobre fortalezas y debilidades percibidas en el Servicio de Patología:

| Fortalezas | Debilidades |
|---|--|
| • Trazabilidad rigurosa de muestras, competencia técnica del personal, adherencia a protocolos y adecuada gestión de equipos. | • Variabilidad en los tiempos de entrega, actualización de documentos, mantenimiento de equipos, y capacitación continua del personal. |
| • Buena respuesta al momento de resolver inquietudes. | • En ocasiones, no se encuentra el registro de muestras procesadas. |
| • Muy buena actitud y receptividad del personal. | • Inoportunidad en la entrega de resultados y errores en la lectura de muestras. |
| • Procedimientos estandarizados de ingreso de muestras y entrega de resultados. | • Falta de comunicación con los médicos. |
| • Dotación y equipos adecuados. | • Necesidad de socializar indicadores en los macro comités. |
| • Amabilidad con clientes internos y externos, trazabilidad y participación en comités de calidad. | • Problemas de disponibilidad de patólogos en sitio. |
| • Infraestructura moderna. | • Falta de confiabilidad en algunos reportes y demoras en los resultados. |
| | • Inoportunidad en la entrega de resultados y falta de integración entre sistemas. |

Conclusión: En general, las respuestas evidencian un servicio con fortalezas en trazabilidad, competencia del personal y estandarización de procesos; sin embargo, persisten oportunidades de mejora relacionadas con oportunidad en los resultados, comunicación clínica y confiabilidad de algunos reportes.

1.11. Indicadores del proceso auditado

En el marco de la auditoría al Servicio de Patología, se realizó la verificación y análisis de los indicadores institucionales asociados al proceso de Gestión de Apoyo Diagnóstico en el aplicativo Almera, con el fin de evaluar su desempeño, eficiencia y calidad.

Dado que este proceso cuenta con 104 indicadores institucionales, para efectos del presente informe se seleccionaron 17 indicadores, correspondientes a aquellos que presentan una relación directa con el Servicio de Patología o que permiten evaluar aspectos críticos de su desempeño. A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos, integrando los elementos técnicos de cada indicador con base en la información disponible en Almera al momento de la auditoría.

| INDICADOR 61 - OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN | | | | | | |
|---|------|--------------|------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Último análisis en Almera | Fecha último análisis en Almera | Actualizado en Almera |
| Mensual | 9,00 | 8,30 | Julio 2025 | Mayo 2025 - Calificación: 8,19 | 10/06/2025 13:00 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almera, dado que el último corresponde a Mayo de 2025, periodo anterior al evaluado, por lo que no cumple con la periodicidad mensual definida.

INDICADOR 62 - OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|------|--------------|------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | 9,00 | 6,10 | Julio 2025 | Abri 2025 - Calificación: 13,96 | 10/06/2025 12:16 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almería, dado que el último corresponde a abril de 2025, periodo anterior al evaluado, por lo que no cumple con la periodicidad mensual definida.

INDICADOR 64 - OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA A PACIENTE AMBULATORIO

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|------|--------------|------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | 9,00 | 9,31 | Junio 2025 | Abri 2025 - Calificación: 9,26 | 26/05/2025 16:26 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almería, dado que el último corresponde a abril de 2025, periodo anterior al evaluado, por lo que no cumple con la periodicidad mensual definida.

INDICADOR 1280 - PORCENTAJE DE RESULTADOS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CON RESULTADOS URGENTES PRIORITARIOS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-------------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | No definida | 12,1% | Julio 2025 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con meta definida ni con análisis registrado en Almería, lo que impide evaluar su desempeño y constituye un incumplimiento de la periodicidad mensual establecida para indicadores institucionales de seguridad del paciente.

INDICADOR 1611 - NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE PATOLOGÍA REALIZADOS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-----------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | No aplica | 547 | Julio 2025 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almería. Aunque por ficha técnica corresponde a un dato operativo que no exige meta definida, sí requiere el registro de análisis mensual conforme a la frecuencia establecida.

INDICADOR 1612 - NUMERO DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA REALIZADOS AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Último análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-----------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | No aplica | 217 | Julio 2025 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almería. Aunque por ficha técnica corresponde a un dato operativo que no exige meta definida, sí requiere el registro de análisis mensual conforme a la frecuencia establecida.

INDICADOR 1615 - NUMERO DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA REALIZADOS A PACIENTE AMBULATORIO

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Último análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-----------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | No aplica | 82 | Junio 2025 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almería. Según su ficha técnica, corresponde a un dato operativo con frecuencia mensual, por lo que requiere registrar mínimo un análisis mensual que permita evidenciar su seguimiento conforme a la periodicidad definida.

INDICADOR 1616 - NUMERO TOTAL DE PATOLOGÍAS MALIGNAS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Último análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-----------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | No aplica | 66 | Julio 2025 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almería. Según su ficha técnica, corresponde a un dato operativo con frecuencia mensual, por lo que requiere registrar mínimo un análisis que permita evidenciar su comportamiento y trazabilidad de acuerdo con la periodicidad definida.

INDICADOR 1617 - NUMERO DE CITOLOGÍAS CERVICOVAGINALES PROCESADAS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Último análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-----------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | No aplica | 1,00 | Octubre 2024 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almería. Además, su seguimiento se encuentra desactualizado desde octubre de 2024, a pesar de que su ficha técnica establece una frecuencia mensual. Al ser un dato operativo, requiere registrar un análisis mensual que permita evidenciar su comportamiento y trazabilidad conforme a la periodicidad definida.

INDICADOR 1618 - NUMERO DE CITOLOGÍAS CERVICOVAGINALES POSITIVAS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almera | Fecha último análisis en Almera | Actualizado en Almera |
|------------|------|--------------|------------------|---|---------------------------------|-----------------------|
| Mensual | 0,00 | 0,00 | Octubre 2024 | Último análisis registrado corresponde al periodo de febrero 2019 | 11/09/2020 22:05 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almera. Aunque presenta dato reportado para octubre de 2024, el último análisis registrado corresponde a febrero de 2019, lo que incumple la periodicidad mensual definida e impide evaluar el comportamiento y trazabilidad del indicador durante los periodos recientes.

INDICADOR 1619 - NUMERO DE PATOLOGÍAS POR CONGELACIÓN

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almera | Fecha último análisis en Almera | Actualizado en Almera |
|------------|------|--------------|------------------|---|---------------------------------|-----------------------|
| Mensual | 0,00 | 0,00 | Diciembre 2024 | No tiene ningún análisis registrado en Almera | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almera. Aunque presenta dato reportado para diciembre de 2024, no se evidencia seguimiento mensual conforme a la periodicidad definida, lo que impide evaluar el comportamiento y trazabilidad del indicador.

INDICADOR 1622 - PORCENTAJE DE BIOPSIAS TOMADAS NO SATISFACTORIAS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almera | Fecha último análisis en Almera | Actualizado en Almera |
|------------|------|--------------|------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Mensual | 0,8 | 0,00 | Julio 2025 | Abril 2025 - Calificación: 0,00% | 11/06/2025 10:56 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almera, dado que el último corresponde a abril de 2025, periodo anterior al evaluado. No se evidencia seguimiento mensual conforme a la periodicidad definida.

INDICADOR 1623 - PORCENTAJE DE CITOLOGÍAS INSATISFACTORIAS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almera | Fecha último análisis en Almera | Actualizado en Almera |
|------------|------|--------------|------------------|---|---------------------------------|-----------------------|
| Mensual | 0,8 | 0,00 | Octubre 2024 | Último análisis registrado corresponde al periodo de Junio 2017 | 27/11/2019 9:24 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almería. El último seguimiento registrado corresponde a octubre de 2024, lo que no permite verificar el cumplimiento de la periodicidad mensual definida ni la evolución del comportamiento del indicador.

INDICADOR 1624 - PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS DAÑADAS O PERDIDAS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|------|--------------|------------------|---|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | 0,80 | 0,00 | Julio 2025 | Último análisis registrado corresponde al periodo de Junio 2019 | 27/11/2019 9:25 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almería. El último seguimiento corresponde a junio de 2019, lo que evidencia un incumplimiento de la periodicidad mensual establecida y limita la verificación del comportamiento y evolución del indicador.

INDICADOR 1625 - NUMERO TOTAL DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA RECIBIDAS

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|------|--------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | 0,00 | 547 | Julio 2025 | No tiene ningún análisis registrado en Almería | - | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis registrado en Almería, lo que impide verificar el cumplimiento de la periodicidad mensual definida y limita la evaluación del comportamiento del indicador durante el periodo analizado.

INDICADOR 2009 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|-------|--------------|------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Mensual | 70,00 | 69,84 | Julio 2025 | Diciembre 2024 - Calificación: 78,0% | 31/01/2025 7:07 | NO |

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almería, dado que el último corresponde a diciembre de 2024. Esto impide verificar el cumplimiento de la periodicidad mensual definida y limita la evaluación del desempeño del indicador para el periodo analizado.

INDICADOR 2173 - OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS PRIORIZADOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

| Frecuencia | Meta | Valor actual | Periodo evaluado | Ultimo análisis en Almería | Fecha último análisis en Almería | Actualizado en Almería |
|------------|------|--------------|------------------|----------------------------|----------------------------------|------------------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------|------|------|--------------|--|------------------|----|
| Trimestral | 9,00 | 6,45 | Abr-Jun 2025 | Enero-Marzo 2025 - Calificación: 9,16% | 26/05/2025 16:11 | NO |
|------------|------|------|--------------|--|------------------|----|

CONCLUSIÓN: El indicador no cuenta con análisis actualizado en Almera conforme a la periodicidad trimestral definida. El último análisis registrado corresponde al periodo enero–marzo de 2025, mientras que el dato evaluado corresponde al trimestre abril–junio de 2025. Esta falta de actualización impide verificar el seguimiento continuo y la trazabilidad del comportamiento del indicador.

Se revisaron diecisiete (17) indicadores del proceso de Gestión de Apoyo Diagnóstico con impacto directo en el Servicio de Patología. Del total de indicadores analizados, ninguno cuenta con análisis actualizado en el aplicativo Almera conforme a la periodicidad definida en su ficha técnica, evidenciándose rezagos que van desde uno o varios meses hasta varios años.

En varios casos, aunque se encuentran datos cargados para los períodos evaluados, no se evidencia el respectivo análisis, lo que limita la trazabilidad, interpretación del comportamiento y seguimiento efectivo de los indicadores. La ausencia de análisis oportuno y sistemático afecta la capacidad del Servicio de Patología para monitorear su desempeño, identificar desviaciones y adoptar acciones correctivas oportunas frente a aspectos críticos como la oportunidad en la entrega de resultados, la seguridad del paciente y la eficiencia del proceso.

En consecuencia, se recomienda priorizar la actualización periódica de los análisis de los indicadores en la plataforma Almera, con el fin de fortalecer la confiabilidad de la información, la toma de decisiones y el mejoramiento continuo del Servicio de Patología.

1.12. Resultados de la Auditoría de Habilitación realizada por Gestión de la Calidad

Como parte del análisis integral del Servicio de Patología, se revisaron los resultados de la Auditoría Interna – Autoevaluación de Habilitación 2025, realizada por la Oficina de Planeación – Gestión de la Calidad el 10 de julio de 2025. Esta auditoría evaluó el cumplimiento de los estándares definidos en la Resolución 3100 de 2019 para los servicios de Patología, Histotecnología y Citología, así como para varios procesos transversales institucionales.

La revisión de este informe permitió identificar situaciones que guardan relación directa con la evaluación efectuada en el presente proceso auditor. En términos generales, la auditoría de habilitación evidenció debilidades estructurales y operativas que afectan la capacidad tecnológica, la trazabilidad del proceso diagnósticos-asistencial y el cumplimiento de condiciones esenciales para la prestación del servicio.

En cuanto a infraestructura y condiciones técnicas, se identificaron fallas relevantes en los ambientes de trabajo, particularmente en lo relacionado con ventilación, manejo de sustancias químicas, y funcionamiento de equipos críticos para la operación del servicio. Estas condiciones afectan la seguridad del proceso, la calidad técnica de los procedimientos y la continuidad en la prestación del servicio, especialmente en actividades de coloración, macroscopía y procesamiento de tejidos.

Asimismo, se evidenció una problemática transversal en la gestión de la documentación y los registros, expresada en ausencia de controles de calidad internos documentados, falta de migración de resultados al sistema institucional de historia clínica y uso de aplicaciones externas sin integración con la plataforma del

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
|  | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | |  | |
| | CONTROL INTERNO | | | |
| | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE | | | |
| | 05CIN01-V2 | | 05GIC92-V1 | |

hospital. Estas situaciones tienen impacto directo sobre la trazabilidad, la disponibilidad de la información y la articulación con los procesos institucionales.

En relación con la gestión de insumos y reactivos, se encontraron debilidades en el registro y monitoreo de las condiciones ambientales, así como reactivos vencidos y manejo inadecuado del almacenamiento. Esto representa riesgos asociados tanto a la calidad de los resultados como a la seguridad del paciente.

Otro aspecto crítico corresponde al estado de los equipos biomédicos, dado que varios equipos indispensables para la operación del servicio se encuentran fuera de funcionamiento desde hace varios meses o incluso años. Esta situación compromete la capacidad diagnóstica del servicio y obliga al uso de alternativas operativas que no cumplen con los estándares técnicos establecidos.

Finalmente, el informe reportó un número significativo de criterios incumplidos; 14 en Patología, 12 en Histotecnología y 9 en Citología, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la gestión del proceso, la estandarización de los procedimientos y la disponibilidad de evidencias documentadas. Estas conclusiones fueron tomadas como insumo para el análisis realizado en el presente informe, en tanto representan riesgos activos que deben ser considerados dentro de la gestión institucional y del seguimiento al servicio.

El informe estableció además un plazo máximo de tres meses para la ejecución de las acciones de mejora derivadas de los hallazgos, lo cual representa un compromiso institucional relevante para el seguimiento.

1.13. Revisión de la contratación asociada al Servicio de Patología

Para efectos de esta auditoría, se realizó la verificación de la contratación asociada a la operación del Servicio de Patología, revisando la información disponible en la página web institucional, SECOP II y SIA Observa, así como los contratos físicos No. 097-2025 y No. 204-2025 suscritos con CA & M Patología S.A.S.

El análisis se orientó a identificar condiciones contractuales que pudieran representar riesgos operativos, asistenciales, jurídicos o administrativos para el Hospital, especialmente en aspectos relacionados con la oportunidad diagnóstica, responsabilidad, trazabilidad y calidad del servicio.

1.13.1. Verificación contractual en SECOP II y SIA Observa

En el marco de la presente auditoría se verificó la trazabilidad y documentación asociada a los contratos 097-2025 y 204-2025 en las plataformas SECOP II y SIA Observa, revisando su publicación, modificaciones, adiciones, prórrogas y estado presupuestal reportado.

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado</p> | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE 05CIN01-V2 | | <p>SAM Humanizando la salud Transformando vidas</p> | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 05GIC92-V1 | | | |

| Verificación en plataformas | |
|---|--|
| Contrato 097 - 2025 Bogotá | Contrato 204 - 2025 Zipaquirá |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objeto: Prestación de servicios especializados en Patología. ▪ Valor inicial: \$304.510.500 ▪ Adiciones registradas: \$144.265.137 ▪ Valor vigente: \$448.775.637 ▪ Fecha de suscripción: 01/01/2025 ▪ Fecha de inicio: 08/01/2025 ▪ Fecha de terminación inicial: 30/06/2025 ▪ Fecha de terminación ampliada: 31/12/2025 ▪ Plazo ejecutado: 358 días ▪ Supervisor: Gustavo Axel Vargas Galindo ▪ Contratista: CAM Patología SAS ▪ CDP vinculados: CDP 97 + CDP 1738 + CDP 2829 ▪ RP vinculados: RP 97 + RP 3073 + RP 4429 ▪ Pólizas: En SIA Observa aparece póliza NB-100364397 vinculada (03/02/2025). En SECOP II no aparece cargada. ▪ Estado del contrato: Rendido ▪ Soportes de legalidad: Se evidencian Estudios Previos, Invitación, Contrato, CDP, RP, Otrosí, Adiciones/Prórrogas, informes del contratista y de supervisión. ▪ Novedades: Presenta 2 modificaciones contractuales (Otrosí-Adiciones/Prórrogas) registradas el 19/06/2025 y el 30/10/2025. ▪ Observación de riesgo: Adiciones equivalen al 47% del valor inicial (alto impacto aunque no supera el 50%). ▪ Inconsistencia detectada: SECOP II no registra garantía/póliza, mientras que SIA Observa sí la tiene cargada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objeto: Prestación de servicios especializados en Patología. ▪ Valor inicial: \$206.716.284 ▪ Adiciones posteriores: \$370.947.488 ▪ Valor vigente: \$577.663.772 ▪ Fecha de suscripción e inicio: 01/01/2025 ▪ Fecha de terminación inicial: 30/06/2025 ▪ Fecha de terminación ampliada: 31/12/2025 ▪ Plazo ejecutado: 360 días ▪ Supervisor: Gustavo Axel Vargas Galindo ▪ Contratista: CAM Patología SAS ▪ Estado en SIA Observa: Rendido ▪ Novedades: El contrato presenta 5 adiciones presupuestales durante la vigencia 2025, respaldadas mediante los CDP 1823, 2413, 2525, 2910 y 3168, por valores de \$150.580.118; \$24.590.357; \$70.000.000; \$11.172.705 y \$114.604.308, respectivamente. Estas adiciones modificaron el valor inicial de \$206.716.284 a un valor vigente de \$577.663.772. ▪ Póliza: En SIA Observa se encuentra vinculada la póliza NB-100364187 (03/02/2025). ▪ Soportes de legalidad: Se evidencian CDP, RP, contrato, estudios previos, invitación, informes de supervisión, informes del contratista y documentos de prórrogas y adiciones. ▪ Observación de riesgo: El contrato tiene al menos una adición que supera el 50% del valor inicial, condición que incrementa el nivel de riesgo contractual si no está debidamente sustentada. |

En la revisión de la contratación asociada al Servicio de Patología se identificaron diferencias en la información publicada entre las plataformas SECOP II y SIA Observa, incluyendo aspectos relacionados con la publicación de garantías y con el registro de adiciones y prórrogas durante la vigencia. Estas situaciones pueden afectar la claridad sobre la ejecución contractual y la trazabilidad de la información reportada en las plataformas oficiales, por lo que se sugiere fortalecer la consistencia documental y el seguimiento integral a estos contratos.

1.13.2. Análisis del Contrato 097-2025 Bogotá

| | |
|------------------------|---|
| CONTRATANTE: | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA |
| CONTRATISTA: | CA & M Patología S.A.S. |
| OBJETO: | Prestación de servicios especializados en Patología |
| VALOR: | \$ 304.510.500 |
| SEDE: | Bogotá |
| Nº DE CONTRATO: | 97 del 01 de enero de 2025 |
| PLAZO: | HASTA el 30 de junio de 2025 |
| SUPERVISOR: | DIRECTOR OPERATIVO - DIRECTOR CIENTÍFICO |

Análisis de cláusulas con posible desventaja para el Hospital

| Aspecto evaluado | Descripción del hallazgo | Riesgo asociado |
|---|---|---|
| Garantías contractuales | Se verificó que el contrato exige todas las garantías: cumplimiento (20%), calidad del servicio (30%), Responsabilidad Civil Extracontractual RCE (200 SMLMV), salarios y prestaciones sociales (5%) y RC profesional individual. | Mitigación adecuada del riesgo contractual. |
| Tiempos de entrega de resultados | No se establecen tiempos máximos ni metas de oportunidad para entrega de resultados. | No se puede exigir oportunidad diagnóstica ni aplicar correctivos. |
| Esquema de pago | La Cláusula Séptima liquida pagos con porcentajes variables sobre lo facturado por el Hospital (55%, 50%, 60%). | Dificulta auditoría, riesgo de incrementos automáticos y subjetividad en liquidación. |
| Insumos no utilizados | La responsabilidad del contratista depende de decisión del Comité de Farmacia y Terapéutica. No es automática. | Debilitamiento del control sobre reposición de insumos. |
| Trazabilidad y custodia de muestras | No regula: trazabilidad, cadena de conservación, manejo de especímenes críticos, integridad de muestra, errores preanalíticos. | Afecta seguridad del paciente y evidencia. |
| Protección de datos personales y clínicos | No referencia Ley 1581; Ley 23 de 1981, Res. 1995/1999 ni reglas de acceso a historia clínica. Solo menciona confidencialidad. | Riesgo legal y de vulneración de datos sensibles. |
| Subcontratación | En la Cláusula 24 del contrato habla de que permite subcontratar con autorización previa del Hospital, sin criterios de idoneidad, habilitación ni pólizas. | Vacios de responsabilidad y control sobre personal tercero. |
| Indicadores del servicio | El contrato exige cumplir indicadores, pero no identifica cuáles, ni metas, periodicidad o fichas técnicas. | Supervisión limitada y dificultad para exigir cumplimiento. |

1.13.3. Análisis del Contrato 204-2025 Zipaquirá

| | |
|-----------------|---|
| CONTRATANTE: | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA |
| CONTRATISTA: | CA & M Patología S.A.S. |
| OBJETO: | Prestación de servicios especializados en Patología |
| VALOR: | \$ 206.716.284 |
| SEDE: | Hospital Regional de Zipaquirá |
| Nº DE CONTRATO: | 204 del 01 de enero de 2025 |
| PLAZO: | HASTA el 30 de junio de 2025 |
| SUPERVISOR: | DIRECTOR OPERATIVO - DIRECTOR CIENTÍFICO |

Análisis de cláusulas con posible desventaja para el Hospital

| Aspecto evaluado | Descripción del hallazgo | Riesgo asociado |
|----------------------------------|---|--|
| Garantías contractuales | No se exige póliza de cumplimiento ni seguros específicos. | Ausencia de respaldo financiero y legal ante incumplimientos. |
| Tiempos de entrega de resultados | No se establecen tiempos máximos ni penalidades por demoras o errores diagnósticos. | Riesgo de retrasos asistenciales y afectación en oportunidad diagnóstica. |
| Esquema de pago | Pagos sujetos a porcentajes por tipo de estudio (45% biopsias/citologías, 45% inmunohistoquímica, 70% consulta sincrónica). | Dificultad para control presupuestal y riesgo de variabilidad en liquidación. |
| Insumos no utilizados | El contratista asume insumos no utilizados solo si el Comité de Farmacia y Terapéutica lo determina. | Dilución de responsabilidad directa y debilitamiento del control sobre reposición. |
| Subcontratación / exclusividad | No se regula exclusividad ni control sobre personal subcontratado. | Vacíos de responsabilidad y supervisión sobre terceros. |
| Indicadores del servicio | Se exige cumplimiento de indicadores, pero sin metas claras ni fichas técnicas. | Supervisión limitada y dificultad para exigir resultados verificables. |

1.13.4. Análisis comparativo entre contratos

Con el fin de identificar diferencias relevantes en la configuración contractual de ambos servicios, se realizó un análisis comparativo entre sus cláusulas principales

| Aspecto | Contrato 097 – Bogotá | Contrato 204 – Zipaquirá | Observación general |
|--------------------------|------------------------------|--|---|
| Garantías | Exige todas las pólizas | No exige póliza de cumplimiento ni RCE | Zipaquirá tiene riesgo patrimonial alto |
| Esquema de pago | % según actividad (55/50/60) | % por tipo de estudio (45/45/70) | Ambos generan ambigüedad y dificultan auditoría |
| Tiempos de entrega | No definidos | No definidos | Riesgo asistencial en ambas sedes |
| Insumos no utilizados | Depende del Comité | Depende del Comité | Control débil en ambos contratos |
| Trazabilidad / custodia | No regulada | No regulada | Riesgo de integridad de muestras |
| Protección de datos | No regulada | No regulada | Riesgo legal común en ambas sedes |
| Subcontratación | Permitida sin criterios | No regulada la exclusividad | Ausencia de lineamientos técnicos |
| Indicadores del servicio | No define metas | No define metas | Falta de trazabilidad y supervisión |

CONCLUSIÓN GENERAL: A partir de la revisión integral de los contratos 97-2025 y 204-2025 se identifican oportunidades de mejora relacionadas con las garantías exigidas, la definición de tiempos de entrega de resultados, los lineamientos para la trazabilidad y custodia de muestras, la protección de datos clínicos y la claridad en los indicadores de seguimiento. Estas situaciones pueden limitar la capacidad del Hospital para ejercer un control técnico y administrativo suficiente sobre la prestación del servicio y asegurar la oportunidad diagnóstica requerida.

Asimismo, se observaron diferencias entre sedes en cuanto a los esquemas de pago y a las garantías solicitadas, lo cual genera variabilidad en la gestión contractual y dificulta la estandarización del seguimiento.

En consecuencia, se recomienda fortalecer futuros procesos contractuales mediante la estandarización de garantías, la inclusión de tiempos máximos de entrega con lineamientos para su seguimiento, cláusulas de trazabilidad y custodia de muestras, disposiciones específicas de protección de datos, criterios de idoneidad para subcontratación y la definición de indicadores verificables asociados a la supervisión del servicio.

1.14. Visita de campo al servicio de Patología

En el marco de la auditoría al servicio de Patología, vigencia 2025, se realizó una visita de campo al servicio el 15 de diciembre de 2025, en el horario de 11:15 a.m. a 12:30 p.m., con el propósito de verificar en sitio el funcionamiento operativo del proceso, contrastar la aplicación de los procedimientos institucionales vigentes y complementar la información obtenida a través de la encuesta diagnóstica y el análisis documental. La visita se desarrolló mediante entrevista semiestructurada al personal del servicio, revisión de los procedimientos institucionales aplicables y observación directa de las actividades críticas del proceso.

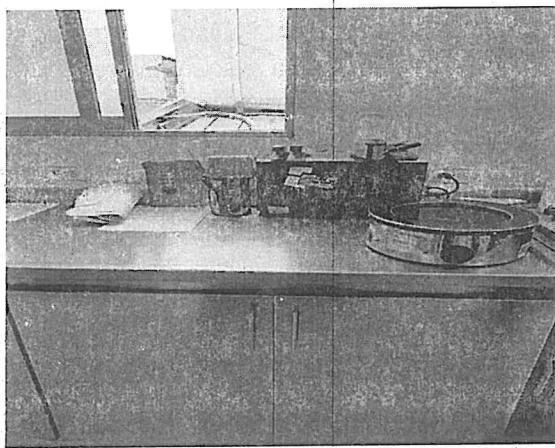
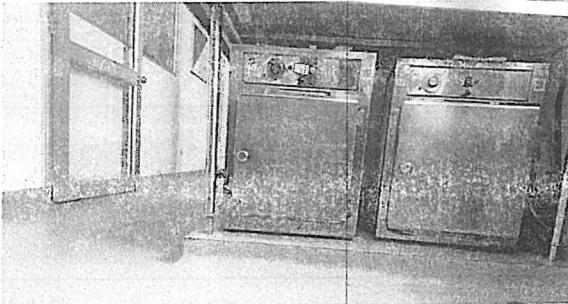
Personas que atendieron la visita:

- **Paula Salazar**, Auxiliar de Patología.
- **Cindy Solórzano**, Secretaria de recepción del Servicio de Patología.

Aspectos verificados y principales hallazgos de la visita

Operación del servicio y trazabilidad de muestras

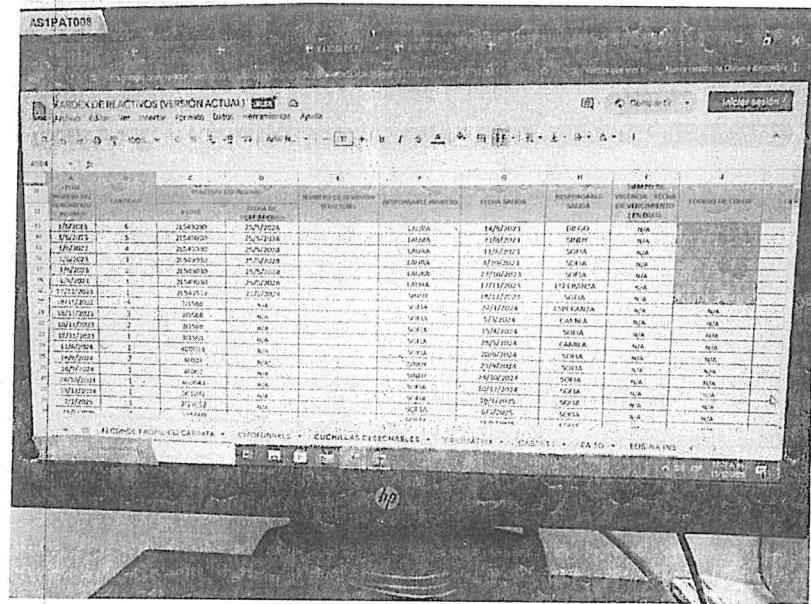
Durante la visita se informó que no se han presentado pérdidas de muestras. El servicio opera en horario de 07:00 a.m. a 05:00 p.m.; cuando el servicio se encuentra cerrado y no está la funcionaria encargada de la recepción, las muestras son dejadas en custodia en el Laboratorio Clínico para refrigeración, actividad que es posteriormente verificada diariamente y autorizada por la líder del servicio de Patología, según lo informado durante la visita.



Inventarios, insumos y sistema de información

El control de inventarios de insumos y reactivos es realizado por la citohistóloga, mediante un archivo denominado Kardex de reactivos, administrado en Drive, con actualizaciones aproximadas cada 3 a 5 meses. Las histotecnólogas solicitan los insumos según necesidad operativa. El contratista CIACOMEQ S.A.S. es el encargado del suministro de inventarios e insumos.

Se evidenció que el sistema de información Patcore Web dejó de utilizarse desde junio de 2024, siendo reemplazado por la plataforma CAYMA.QHORTE.COM, situación que hace necesaria la actualización del procedimiento institucional "Entrega de resultados del Servicio de Patología – Código 02GAD22-V1".



Oportunidad en la entrega de resultados

Según lo informado, los tiempos de entrega establecidos son:

- Biopsias generales: 5 a 8 días hábiles.
- Muestras oncológicas o de mayor complejidad: 10 a 12 días hábiles, debido al proceso de fijación.

Se indicó que el mayor cuello de botella del proceso se presenta en la etapa diagnóstica realizada por los patólogos, particularmente en dermatopatología, donde se requiere segunda opinión especializada.

Comunicación frente a demoras

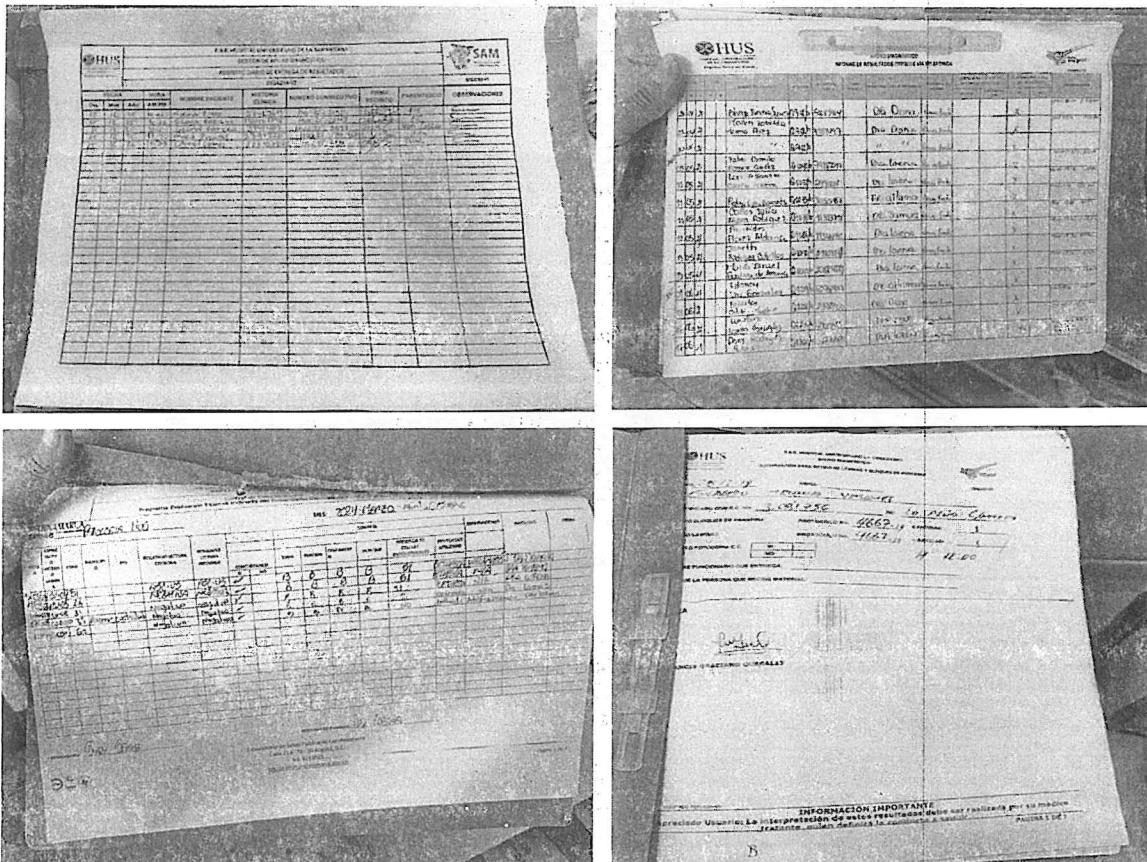
Se identificó que no existe un protocolo formal para informar anticipadamente a los servicios asistenciales o a los usuarios cuando se presentan demoras en los resultados. La información se brinda principalmente cuando el usuario se acerca a reclamar el resultado, lo que limita la gestión anticipada de expectativas de usuarios y servicios asistenciales.

Aplicación de procedimientos institucionales

El personal asistencial manifestó no conocer directamente el procedimiento institucional "Entrega de resultados del Servicio de Patología – Código 02GAD22-V1". Sin embargo, se evidenció físicamente el uso del formato "Registro diario de entrega de resultados", diligenciado de manera manual y utilizado tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados.

Frente a las actividades relacionadas con reportes urgentes y prioritarios, se indicó que los casos críticos son informados a Trabajo Social, Infectología y la líder del servicio, y que para el retiro de láminas y bloques de parafina se utilizan formatos físicos debidamente diligenciados, los cuales fueron verificados durante la visita.

Según lo manifestado por el personal entrevistado no se evidenció conocimiento ni aplicación del formato "planilla de seguimiento – Código 05GAD57" donde se debe realizar seguimiento y autocontrol a la entrega de resultados formato.



Manipulación de muestras y recurso humano

De acuerdo con la información suministrada durante la visita, el personal autorizado para la manipulación de muestras se encuentra relacionado en el formato de supervisión e interventoría del contrato. De manera general, esta actividad es realizada por los patólogos, el camillero encargado del transporte de las muestras y la funcionaria responsable de la recepción.

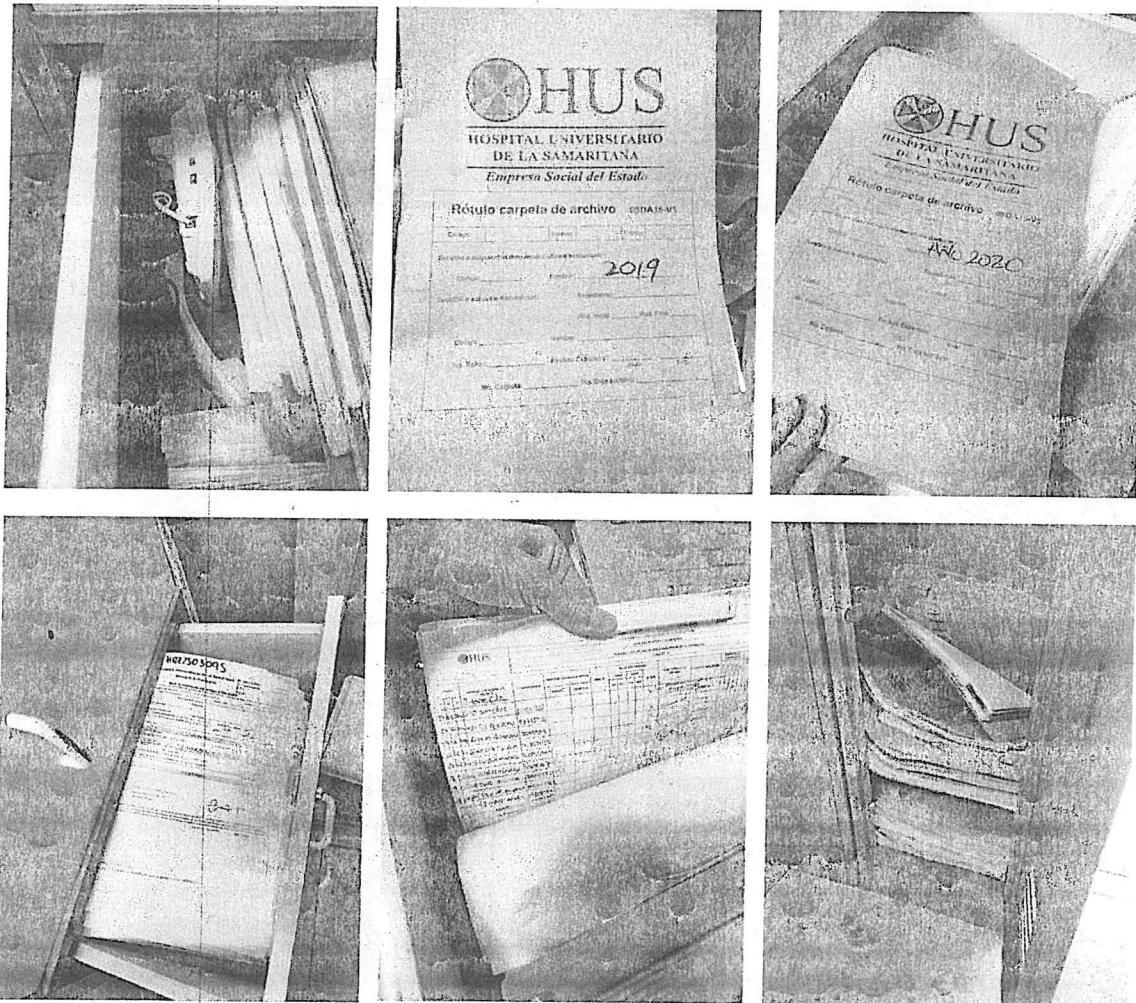
Se informó que las muestras son analizadas por los patólogos de acuerdo con su especialidad. Así mismo, se indicó que la atención presencial de patología se realiza los días martes, jueves y viernes, con dos (2) patólogos en sitio, mientras que otros análisis se desarrollan de manera externa, conforme a la organización operativa del servicio.

Quejas e inconformidades

De acuerdo con lo informado por el personal entrevistado, se han presentado quejas por parte de pacientes asociadas principalmente a la demora en la entrega de resultados del Servicio de Patología. Aunque no se reportaron inconformidades formales por parte de médicos tratantes relacionadas con la calidad diagnóstica de los resultados, se identificó una percepción de disminución en la credibilidad y confianza de los médicos frente a los resultados emitidos por el servicio de Patología, asociada a la ausencia de registros formales y verificables sobre el control de calidad del procesamiento de las muestras.

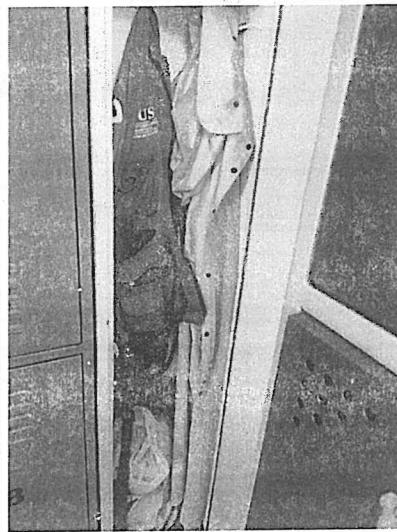
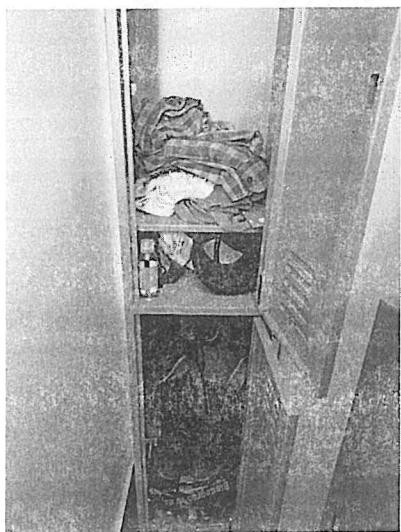
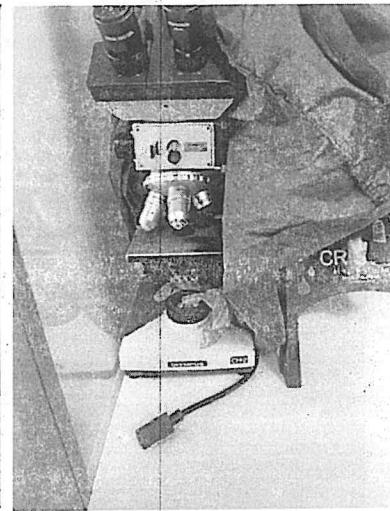
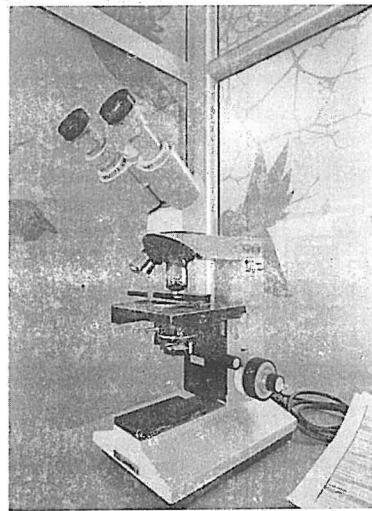
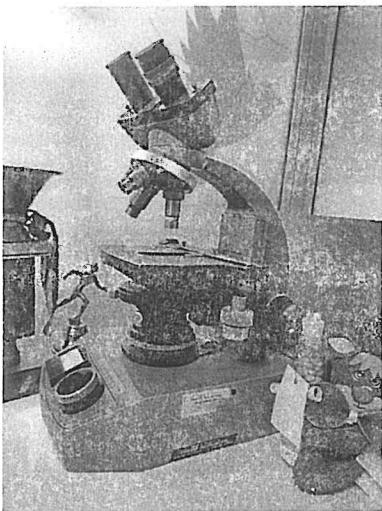
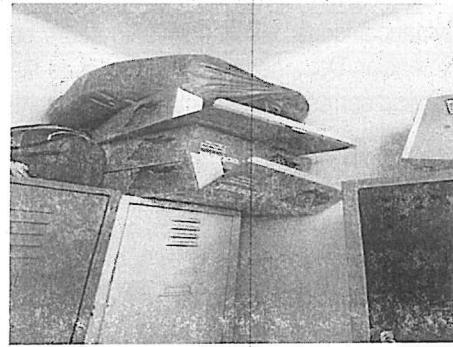
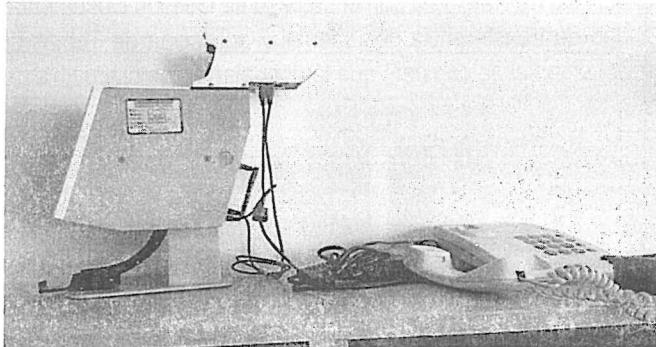
Gestión documental y archivo

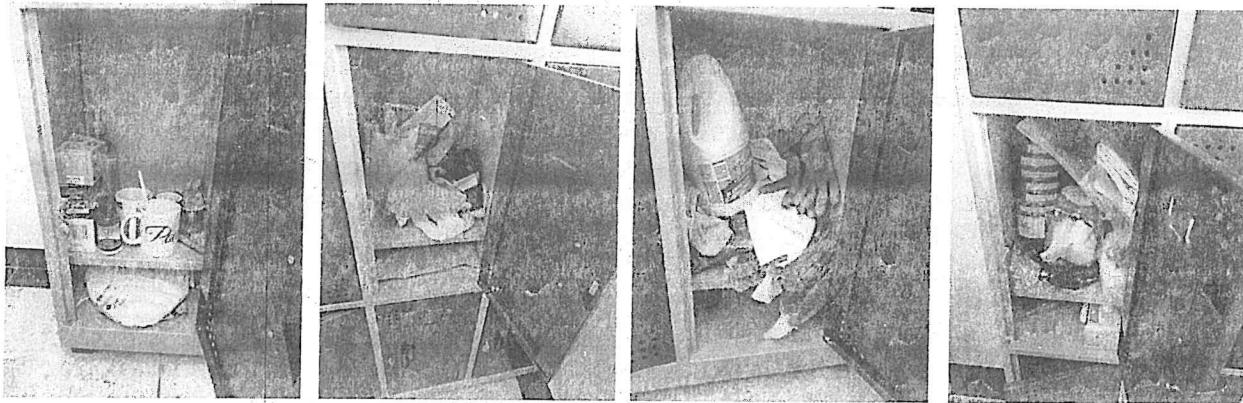
Se identificaron debilidades en la articulación del servicio de Patología con el proceso de Gestión Documental, evidenciándose desconocimiento sobre periodicidad de transferencia documental y aplicación de Tablas de Retención Documental. En la oficina de Gestión Documental se constató que la documentación disponible del servicio corresponde principalmente a contratos.



Condiciones locativas y equipos

Durante el recorrido se evidenciaron cuatro (4) equipos del hospital fuera de servicio dentro del laboratorio de Patología. Adicionalmente, se identificaron situaciones puntuales relacionadas con el uso inadecuado de lockers ubicados en el área del servicio, evidenciándose almacenamiento de elementos ajenos a la operación del proceso, lo cual puede generar riesgos locativos y sanitarios.





Apreciación general de la visita

Desde la percepción del personal entrevistado, se identificó como principal oportunidad de mejora la publicación oportuna de los resultados por parte de los patólogos, así como la necesidad de mayor presencia de especialistas, mejora en equipos de apoyo administrativo y fortalecimiento de la comunicación del proceso.

1.15. Análisis de PQRSDF asociadas al Servicio de Patología

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de noviembre de 2025, se identificaron seis (6) PQRSDF directamente relacionadas con el Servicio de Patología, correspondientes a los códigos: 202518782, 202518849, 202518904, 202517315, 202517583 y 202517070. El análisis de los registros en la plataforma Almera permitió identificar los siguientes patrones:

Temática recurrente: La totalidad de los casos se asocia a demoras en la entrega de resultados de biopsias y exámenes de patología, con afectación directa a la oportunidad de la atención, generación de reprocesos, desplazamientos innecesarios, insatisfacción de los usuarios y escalamiento de solicitudes ante entes de control y medios de comunicación.

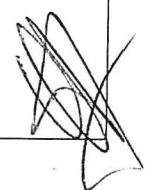
Impacto institucional identificado: asociados principalmente a la oportunidad en la entrega de resultados, tales como:

- Potencial impacto asistencial, por retrasos en la toma de decisiones clínicas oportunas.
- Potencial impacto reputacional, derivado de la visibilidad externa de las inconformidades presentadas por los usuarios y entes de control.
- Potencial impacto jurídico, especialmente en casos relacionados con patologías de alta complejidad, como oncológicas.

Estos hallazgos se alinean con el riesgo institucional AD24082, relacionado con la oportunidad, la adherencia a protocolos y la posible afectación económica y reputacional.

Cumplimiento de tiempos de respuesta: Las seis (6) PQRSDF fueron respondidas dentro de los términos legales establecidos, según la trazabilidad registrada en Almera. No obstante, se identifica que la causa estructural de las inconformidades no radica en la gestión de la respuesta al usuario, sino en la demora en la entrega de los resultados del Servicio de Patología.

CONCLUSIÓN: Las PQRSDF analizadas evidencian un patrón consistente de insatisfacción asociado a la oportunidad en la entrega de resultados del Servicio de Patología, consistente con lo identificado en la



encuesta diagnóstica, las percepciones de los procesos asistenciales, los hallazgos de auditorías previas y los hallazgos de la visita de campo, así como con la materialización del riesgo institucional AD24082. Este análisis confirma que la causa estructural de las inconformidades no se relaciona con la gestión de las respuestas al usuario, sino con debilidades en el proceso operativo y diagnóstico del servicio. En este sentido, los aspectos identificados en el presente capítulo se desarrollan de manera integral en las recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la oportunidad diagnóstica y a la formalización de mecanismos de comunicación oportuna con los usuarios y los procesos asistenciales.

1.16. Estándares de acreditación asociados a la auditoría

De acuerdo con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia Versión 3.1, se revisaron los estándares aplicables al proceso evaluado, con el fin de identificar los lineamientos relacionados con la calidad, seguridad del paciente, trazabilidad diagnóstica y oportunidad en la prestación del Servicio de Patología.

En esta revisión se identificó que los estándares 37 (AsPL15) y 38 (AsPL16) son los que establecen criterios específicos asociados directamente con el manejo de muestras, la información clínica requerida y los mecanismos de entrega de resultados diagnósticos, por lo cual resultan pertinentes para el análisis de esta auditoría.

1.16.1. Estándar 37. Código: (AsPL15)

La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para:

- Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación.
- Marcación de elementos.
- Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes.
- Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.
- Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.
- Control de tiempos de traslado de muestras.
- Medición de la oportunidad de los reportes.
- Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas; el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye:
 - Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen.
 - Información al usuario para la retoma de la muestra o imagen.
- Esta información debe formar parte del programa de Seguridad del Paciente.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Justificación de aplicabilidad al Servicio de Patología: Este estándar es directamente aplicable, ya que regula aspectos esenciales del proceso anatomiopatológico como marcación de muestras, requisitos mínimos

| | | |
|---|--|--|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Ingeniería Social del Estándar</p> | <p>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</p> | |
| | <p>CONTROL INTERNO</p> | |
| | <p>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE</p> | |
| | <p>05CIN01-V2</p> |  <p>SAM Humanizando la salud Transformando vidas</p> |

de información clínica, control pre analítico, tiempos de traslado y criterios de aceptación o rechazo. Durante la auditoría se observaron brechas en la trazabilidad de muestras y ausencia de lineamientos contractuales explícitos sobre estos aspectos, lo cual guarda relación con los requisitos del estándar.

1.16.2. Estándar 38. Código: (AsPL16)

La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye:

- Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.
- Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.
- La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.
- Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes.
- Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros.
- Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.).
- Un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados.
- La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.
- Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía. • El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
- Esta información debe formar parte del programa de seguridad del paciente.

Justificación de aplicabilidad al Servicio de Patología: Este estándar aplica de manera directa porque exige tiempos definidos de entrega, sistemas para comunicar demoras, criterios de priorización, auditoría de consistencia entre registros y mecanismos de manejo de errores diagnósticos. En la auditoría se evidenció que los contratos no establecen tiempos máximos de entrega ni mecanismos de priorización, y que no se regula la gestión de demoras ni la trazabilidad diagnóstica, lo que constituye brechas frente al estándar 38.

CONCLUSIÓN: En síntesis, los estándares 37 y 38 del Manual de Acreditación representan los lineamientos más relevantes para el análisis del Servicio de Patología, debido a que regulan el manejo de muestras, la información clínica mínima, la trazabilidad pre analítica, los tiempos de entrega, la consistencia de los registros y la gestión de errores diagnósticos.

Las brechas identificadas en los contratos revisados y en algunos componentes operativos del servicio reflejan la necesidad de fortalecer los procesos y mecanismos de control para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, seguridad del paciente y confiabilidad diagnóstica establecidos en el Manual de Acreditación.

1.17. Componentes y Elementos del MECI

El Modelo Estándar de Control Interno MECI, integrado en la Dimensión 7 del MIPG; Control Interno, orienta la implementación de prácticas de autocontrol, gestión del riesgo y evaluación continua en los procesos institucionales.

En el contexto del Servicio de Patología, su aplicación permite verificar que las operaciones se desarrolle bajo criterios de control interno que garanticen:

- La disponibilidad de información diagnóstica precisa, oportuna y verificable.
- La adecuada protección, custodia y trazabilidad de las muestras.
- La gestión de los riesgos asistenciales y contractuales asociados al procesamiento y reporte de resultados.
- El cumplimiento normativo en los procedimientos, registros y flujos de información con los servicios solicitantes.
- La existencia de mecanismos de seguimiento, auditoría y acciones correctivas para la mejora continua.

En este sentido, la auditoría al Servicio de Patología se enmarca en los siguientes elementos del MECI:

Gestión del Riesgo: Permite identificar, evaluar y analizar riesgos propios del proceso anatomo-patológico (marcación, traslado, trazabilidad, tiempos de entrega, errores diagnósticos, riesgos contractuales y operativos).

Actividades de Control: Incluye los controles orientados a asegurar la calidad de las muestras, la oportunidad de los resultados, la confiabilidad de los registros y el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Información y Comunicación: Valora la claridad, disponibilidad y consistencia de la información diagnóstica, así como los mecanismos de reporte al personal clínico y los canales de comunicación con los servicios solicitantes.

Evaluación y Seguimiento: Comprende la supervisión, auditoría interna, revisión de indicadores, control de desviaciones y aplicación de medidas correctivas para garantizar la seguridad del paciente y la mejora continua.

De esta forma, el MECI proporciona la estructura de control que soporta el análisis realizado en la presente auditoría al Servicio de Patología, asegurando que la evaluación se oriente al fortalecimiento institucional y a la calidad del proceso diagnóstico.

| | | |
|---|--|------------|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Impulsa Salud del Estado</p> | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | |
| | CONTROL INTERNO | |
| | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE | |
| | 05CIN01-V2 | 05GIC92-V1 |



2. Seguimiento a planes de mejora

En cumplimiento de los lineamientos institucionales y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se realizó la verificación de los planes de mejora registrados en la plataforma Almera correspondientes al proceso Gestión de Apoyo Diagnóstico. El propósito de esta revisión fue identificar los hallazgos vigentes relacionados con el Servicio de Patología, analizar el estado de avance de las acciones definidas y determinar si se han implementado medidas efectivas para mitigar los riesgos asociados al manejo de muestras, la seguridad del paciente y la trazabilidad del proceso.

La revisión incluyó el análisis del origen del hallazgo, su clasificación, los riesgos reportados, las acciones propuestas y el estado del plan de atención, así como la validación de la existencia de actividades, responsables y cronogramas en la plataforma. Como resultado, se identificaron tres planes de mejora directamente asociados con el Servicio de Patología, los cuales se detallan y analizan a continuación.

| | |
|-------------------------------|--|
| ID | 3186 |
| Unidad Responsable | Gestión Apoyo Diagnóstico. |
| Fuente del hallazgo | Auditoría de Control Interno |
| Fecha del hallazgo | 15/10/2024 |
| Tipo de acción | Corrección |
| Atributo de calidad vulnerado | Eficiencia |
| Hallazgo | Recomendación N° 11 OFICIO MANUAL DE FUNCIONES (OFICIO 2024110002351-1) Condición: El Director Científico debe revisar el servicio de patología, dado que ha sido señalado por el área de facturación como uno de los principales responsables de las anulaciones de facturas. |
| Causa identificada | Fallas en los procesos del servicio de patología que afectan la facturación y generan anulaciones de facturas, lo que impacta negativamente la gestión financiera de la entidad. |
| Consecuencia | La ineficiencia en el servicio de patología provoca errores en la facturación, lo que puede derivar en pérdidas financieras, retrasos en el cobro y deterioro de la calidad del servicio. |
| Meta del plan de mejora | Disminuir la falla en los procesos de facturación derivados del servicio de patología. |
| Acciones definidas | 1) Reunión con Facturación (100%) 2) Socialización a Dirección Científica (30%) 3) Seguimiento mensual (20%) |
| Avance ponderado | 50% |
| Priorización | Medio (45) |
| Responsable | Líder del Servicio de Patología |

Punto de atención - Almería

sgialmeralm.com/sgi/secciones/sigrpa/mod_estrategico/mejoramiento/atender_recomendacion.php?atencionid=3186

Informe: PUMH HUS 2024 (2024-01-01) Evaluador: Planeación y Garantía de la Calidad

Planes de Mejoramiento vigencia 2024 Hospital Universitario de la Samaritana

Unidad: Gestión Apoyo Diagnóstico

Hallazgo: Recomendación N° 11

OFICIO MANUAL DE FUNCIONES (OFICIO 2024110002351-1)

Condición: El Director Científico debe revisar el servicio de patología, dado que ha sido señalado por el área de facturación como uno de los principales responsables de las anulaciones de facturas.

Criterio: Ley 14/2011.

Causas: Fallas en los procesos del servicio de patología que afectan la facturación y generan anulaciones de facturas, lo que impacta negativamente la gestión financiera de la entidad.

Consecuencia: La ineficiencia en el servicio de patología provoca errores en la facturación, lo que puede derivar en pérdidas financieras, retrasos en el cobro y deterioro de la calidad del servicio.

Fuente: AUDITORÍA CONTROL INTERNO

Fecha: 2024-10-15

PUMH ✓ Calificación: 1

Acciones de mejoramiento propuestas (3)

| Inicio | Terminación | Seguimiento |
|------------|-------------|--------------|
| 2024-11-12 | 2024-12-18 | 100,00% [0%] |
| 2024-11-26 | 2024-12-05 | 33,00% [0%] |
| 2024-12-02 | 2025-02-28 | 20,00% [0%] |

Avance ponderado: 50,00% []

https://sgialmeralm.com/sgi/funciones/sigrpa/mod_estrategico/mejoramiento/atender_recomendacion.php?atencionid=3186#tabPA

Buscar 3:12 p.m. 03/12/2025

Fuente: Aplicativo Almera 2025

ANÁLISIS: El hallazgo emitido por la Auditoría de Control Interno ID 3186 evidencia fallas en el proceso de Patología que han generado anulaciones de facturas, afectando la eficiencia y los resultados financieros institucionales. El plan de mejora cuenta con tres acciones definidas, de las cuales solo la primera registra un avance del 100%, mientras que las otras dos presentan progresos parciales (30% y 20%), lo que se refleja en un avance ponderado del 50%. Esta situación indica la necesidad de reforzar el seguimiento, especialmente en las actividades relacionadas con la socialización a la Dirección Científica y la realización de los seguimientos mensuales, para garantizar que las medidas implementadas contribuyan efectivamente a disminuir las anulaciones en facturación.

Dado el impacto financiero y operativo del hallazgo, y considerando que la priorización del plan corresponde a un riesgo medio con plazo máximo de nueve meses, se recomienda fortalecer el monitoreo periódico, validar la trazabilidad de las acciones ejecutadas y asegurar el cierre oportuno del plan con resultados verificables.

| | |
|------------------------------------|---|
| ID | 3444 |
| Unidad Responsable | Gestión Apoyo Diagnóstico |
| Informe | Plan de mejora – Gestión Apoyo Diagnóstico (2025) – Novedades de Seguridad |
| Oportunidad de mejoramiento | Cumplimiento de los tiempos de entrega de resultados de patología e inmunohistoquímica |
| Tipo de acción | Correctiva |
| Atributo de calidad vulnerado | Oportunidad |
| Meta a cumplir | Cumplir con al menos el 95 % de los resultados dentro del tiempo definido institucionalmente durante los próximos tres meses. |
| Descripción de la acción de mejora | Implementar estrategias de control y seguimiento del flujo de muestras y reportes del servicio de patología, con el fin de garantizar la entrega oportuna de resultados dentro de los tiempos establecidos en los protocolos institucionales y contractuales. |

| | |
|--------------------|--|
| Causa identificada | El análisis de la inoportunidad en la entrega de resultados del servicio de patología permitió identificar como causa raíz la ausencia de un sistema de control y seguimiento trazable de los tiempos en cada fase del proceso (recepción, procesamiento, lectura, validación y entrega). Esta situación se agrava por la falta de redistribución del volumen de trabajo frente a la capacidad instalada y la no aplicación sistemática del indicador de oportunidad, lo que ha impedido la detección temprana de retrasos y la implementación oportuna de acciones correctivas. En consecuencia, se generan incumplimientos en los tiempos establecidos institucional y contractualmente, con impacto potencial en la oportunidad diagnóstica y en la satisfacción del usuario institucional. |
| Riesgos asociados | Asistenciales, administrativos/contractuales, y de calidad del sistema. |
| Indicador asociado | 2009. Porcentaje de cumplimiento en entrega oportuna de resultados de patología |
| Acciones definidas | <ul style="list-style-type: none"> 1) Implementar un sistema de trazabilidad y control de tiempos (0%) 2) Fortalecer el seguimiento del indicador de oportunidad (0%) 3) Optimizar la distribución de la carga de trabajo y la comunicación entre áreas (0%) |
| Avance ponderado | 0% |
| Responsable | Líder del Servicio de Patología |

Punto de atención - Almería

sgialmeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_estrategico/mejoramiento/atender_recomendacion.php?atencionid=3444

Gestión Apoyo Diagnóstico

Buscar

Informe Plan de mejora - Gestión Apoyo Diagnóstico (2025) (Novedades de Seguridad) (2025-01-01)

Evaluador: Seguridad del paciente ID 3444

Informe que agrupa los planes de mejoramiento de Gestión Apoyo Diagnóstico para el año 2025 (Novedades de Seguridad)

Unidad: Gestión Apoyo Diagnóstico

Oportunidad de Cumplimiento de los tiempos de entrega de resultados de patología e inmunohistoquímica mejoramiento

Descripción: Mejorar la oportunidad en la entrega de resultados de patología garantizando el cumplimiento de los tiempos establecidos en el protocolo institucional

SP

Calificación: 1

Acciones de mejoramiento propuestas (3)

| | Inicio | Terminación | Seguimiento |
|---|------------|-------------|-----------------|
| 1. Implementar un sistema de trazabilidad y control de tiempos | 2025-10-10 | 2025-10-31 | 100% 0,00% [0%] |
| 2. Fortalecer el seguimiento del indicador de oportunidad | 2025-10-10 | 2025-11-10 | 100% 0,00% [0%] |
| 3. Optimizar la distribución de la carga de trabajo y la comunicación entre áreas | 2025-10-10 | 2025-10-24 | 100% 0,00% [0%] |

Avance ponderado: 0,00% []

sgialmeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_estrategico/mejoramiento/atender_recomendacion.php?atencionid=3444

Hospital Universitario de la Samaritana
Almería - Sistema de Gestión Integral

Buscar 312 p.m. 03/12/2025

Fuente: Aplicativo Almería 2025

ANÁLISIS: El plan de mejora 2025 de Seguridad del Paciente ID 3444 evidencia una oportunidad crítica relacionada con la entrega oportuna de resultados de Patología e Inmunohistoquímica, afectando la seguridad del paciente y el cumplimiento contractual. La causa raíz identificada es la ausencia de un sistema de control y seguimiento trazable en todas las fases del proceso, lo que ha generado incumplimientos en los tiempos institucionales y contractuales.

Aunque el plan contempla tres acciones asignadas al líder del Servicio de Patología, todas presentan 0 % de avance y fechas vencidas, lo que representa un riesgo alto de incumplimiento de la meta (95 % de entregas

oportunas en los próximos tres meses). Esto puede generar eventos adversos por demoras diagnósticas, glosas y no conformidades externas. El indicador institucional de referencia se mantiene en 69,8 %, por debajo de la meta del 70 %. Por lo anterior se recomienda revisar las causas de la no ejecución, reprogramar fechas, asignar apoyos operativos y activar un mecanismo de trazabilidad diaria. Realizar seguimiento semanal para evidenciar avances y garantizar acciones correctivas dentro de los plazos institucionales.

| | |
|--|---|
| ID | 3447 |
| Unidad Responsable | Gestión Apoyo Diagnóstico |
| Informe | Plan de mejora – Gestión Apoyo Diagnóstico (2025) – Novedades de Seguridad |
| Oportunidad de mejoramiento | Fortalecimiento del proceso de manejo y envío de muestras de patología desde hospitalización |
| Tipo de acción | Acción correctiva |
| Atributo de calidad vulnerado | Seguridad |
| Meta a cumplir | Asegurar que el 100 % de las muestras de patología remitidas desde hospitalización cumplan con el procedimiento institucional de rotulado, identificación y orden médica adjunta durante los próximos tres meses. |
| Descripción de la acción de mejora | Fortalecer el conocimiento y cumplimiento del procedimiento institucional para el manejo y envío de muestras de patología desde hospitalización, con el fin de asegurar su correcta identificación, trazabilidad y evitar incidentes por errores en rotulado o ausencia de orden médica |
| Causa identificada | Desconocimiento y falta de adherencia al procedimiento institucional para el manejo, rotulado y envío de muestras de patología por parte del personal asistencial del servicio de hospitalización, debido a debilidades en la capacitación y en los mecanismos de verificación antes del envío de las muestras. |
| El riesgo de no intervenir la oportunidad de mejora. | Si no se interviene esta oportunidad de mejora, persiste el riesgo de pérdida de trazabilidad e identificación incorrecta de las muestras, lo que podría generar errores diagnósticos, demoras en la entrega de resultados, reprocesos y posibles implicaciones en la atención clínica y en el ámbito médico-legal. |
| Indicador asociado | 1624. Porcentaje de patologías dañadas o perdidas en el servicio de patología |
| Acciones definidas | No registra actividades definidas |
| Avance ponderado | 0% |

Punto de atención - Almería

sgialmeriam.com/sgi/secciones/sigspa/mod_estrategico/mejoramiento/atender_recomendacion.php?atencion_id=3447

Gestión Apoya Diagnóstico

Buscar

Información: Plan de mejora - Gestión Apoya Diagnóstico (2025) (Novedades de Seguridad) (2025-01-01)

Evaluador: Seguridad del paciente

ID: 3447

Informe que agrupa los planes de mejoramiento de Gestión Apoya Diagnóstico para el año 2025 (Novedades de Seguridad)

Unidad: Gestión Apoya Diagnóstico

Oportunidad de mejoramiento: Fortalecimiento del proceso de manejo y envío de muestras de patología desde hospitalización

Descripción: Fortalecer el conocimiento y cumplimiento del procedimiento institucional para el manejo y envío de muestras de patología desde hospitalización, con el fin de asegurar su correcta identificación, trazabilidad y evitar incidentes por errores en rotulado o ausencia de orden médica.

SP

Calificación: 3

| Alertas | Plan de acción | Seguimiento | Historial |
|-----------------|--|-------------|-----------|
| 25 Advertencias | No se han definido actividades para responder el punto de atención | | |

Hospital Universitario de la Santísima Almería - Sistema de Gestión Integral
2025 - Eje3, Colombia

Buscar

Fuente: Aplicativo Almera 2025

ANÁLISIS: El plan de mejora 2025 de Seguridad del Paciente ID3447 busca asegurar el adecuado manejo y envío de muestras de patología desde hospitalización. Aunque la meta está claramente definida (100 % de cumplimiento del procedimiento), el plan no cuenta con actividades formuladas, por lo que el avance es del 0 % y la causa identificada desconocimiento y baja adherencia al procedimiento institucional no ha sido abordada.

Esta falta de acciones mantiene vigente el riesgo de errores en identificación, pérdida de trazabilidad, reprocesos y afectación en la atención clínica, además de posibles implicaciones médico-legales. El indicador asociado (0,0 %) no refleja gestión sino ausencia de intervención, lo que exige fortalecer controles para evitar subregistro. Por lo anterior se recomienda definir actividades inmediatas (capacitación, verificación previa al envío, control de rotulado y trazabilidad), asignar responsables y establecer seguimiento periódico para garantizar el cumplimiento de la meta.

CONCLUSIÓN: Del seguimiento a los planes de mejora del proceso Gestión de Apoyo Diagnóstico se identificaron tres hallazgos asociados al Servicio de Patología. Uno presenta avance parcial (50 %), mientras que los otros dos registran 0 % de ejecución, incluyendo un plan sin actividades definidas.

Esta situación mantiene riesgos vigentes relacionados con facturación, trazabilidad de muestras, oportunidad diagnóstica y cumplimiento institucional. Se recomienda definir y ejecutar las acciones pendientes, reprogramar actividades vencidas y fortalecer el seguimiento periódico para asegurar resultados verificables y mitigar los riesgos identificados.

3. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar

En el marco del cierre de la Auditoría al Servicio de Patología, el informe preliminar fue remitido mediante correo electrónico y oficio con consecutivo CI2025500001847, fechado el 16 de diciembre de 2025, a los responsables del proceso auditado.

En dicha comunicación se socializaron los resultados preliminares de la auditoría y se solicitó de manera formal el envío de observaciones, aclaraciones o soportes documentales relacionados con los hallazgos identificados, otorgando como plazo máximo para su remisión el jueves 18 de diciembre de 2025, con el fin de ser evaluados y, de ser pertinente, incorporados al informe final.

Como resultado de este proceso, se recibió una (1) respuesta por parte de la Dirección Científica, la cual fue analizada por el equipo auditor, tal como se detalla a continuación.

3.2. Respuesta de la Dirección Científica

La Dirección Científica, mediante correo electrónico, manifestó que parte de la información incluida en el informe preliminar no correspondía al Servicio de Patología, señalando de manera específica los siguientes aspectos:

a) Documentos que no corresponden al Servicio de Patología

Se indicó que los siguientes documentos corresponden al Laboratorio Clínico y no al Servicio de Patología:

- Manual de Gestión de la Calidad en el Laboratorio Clínico (01GAD11-V1)
- Referencia y contrarreferencia de muestras de eventos de interés en salud pública (01GAD08-V2)
- Bioseguridad en el Laboratorio Clínico y evaluación del riesgo (01GAD09-V2)
- Manual de contingencia en el Laboratorio Clínico (01GAD10-V1)

b) Indicadores que no corresponden al Servicio de Patología

Se señaló que los siguientes indicadores corresponden al Laboratorio Clínico, por lo cual no serían aplicables al Servicio de Patología:

- Porcentaje de muestras rechazadas para procesamiento en el Laboratorio Clínico (52)
- Oportunidad de toma de muestra de Laboratorio Clínico en paciente ambulatorio (1287)
- Total de muestras de Laboratorio Clínico rechazadas (1321)
- Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de Laboratorio Clínico – Urgencias (1546)
- Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de Laboratorio Clínico – Hospitalización (1547)
- Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de Laboratorio Clínico – UCI (1548)
- Oportunidad del ciclo completo de Laboratorio Clínico en Hospitalización (2141)
- Oportunidad del ciclo completo de Laboratorio Clínico en Urgencias (2142)
- Porcentaje de novedades de seguridad generadas en el Laboratorio Clínico (2225)

c) Observación sobre el indicador 1625 (Página 22)

| | | |
|---|---|--|
| <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Esquina Social del Estado</p> | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | |
| | CONTROL INTERNO | |
| | INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE | |
| | 05CIN01-V2 | <p>SAM Transformando la salud transformando vidas</p> |

Respecto al indicador "Número total de muestras de Patología recibidas" (1625), se indicó que la información registrada corresponde a datos que hacen parte del indicador y que, por tal motivo, no cuenta con un análisis formal asociado.

Ánalisis de Auditoría: Una vez analizada la respuesta remitida por la Dirección Científica, el equipo auditor verificó la pertinencia de las observaciones realizadas y procedió a ajustar el informe final, retirando del alcance del Servicio de Patología:

- Los documentos normativos que corresponden exclusivamente al Laboratorio Clínico.
- Los indicadores que no guardan relación directa con el proceso de Patología.

Así mismo, se tuvo en cuenta la aclaración relacionada con el indicador 1625, manteniendo su análisis conforme a la información disponible y a los criterios definidos para la evaluación de indicadores en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

En consecuencia, las observaciones realizadas por la Dirección Científica fueron acogidas, y los ajustes correspondientes fueron incorporados en el informe final de auditoría, garantizando la coherencia, precisión y pertinencia del contenido evaluado frente al alcance definido para el Servicio de Patología.

4. Recomendaciones

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|--|
| 1 | <p>Ajuste y actualización de riesgos institucionales del Servicio de Patología</p> <p>Condición: Durante la revisión se evidenció que varios riesgos propios del Servicio de Patología no se encuentran reflejados en la Matriz Institucional de Riesgos 2025, o solo están cubiertos parcialmente, lo que limita la precisión y trazabilidad de la gestión del riesgo en este proceso.</p> <p>Criterio: Conforme a la Guía para Auditoría Interna Basada en Riesgos Versión 4 del DAFF y a los lineamientos del MIPG y el MECI, los riesgos institucionales deben formularse de manera clara, actualizada, suficiente y alineada con la operación real del proceso, garantizando trazabilidad para su gestión.</p> <p>Causa: La matriz institucional mantiene riesgos formulados a un nivel general para el proceso Apoyo Diagnóstico, lo que ha impedido la inclusión explícita de riesgos técnicos, asistenciales y contractuales propios del Servicio de Patología.</p> <p>Efecto: La ausencia de riesgos específicos limita la capacidad institucional para anticipar desviaciones críticas, afecta la oportunidad diagnóstica, dificulta la supervisión contractual y reduce la efectividad de los controles implementados.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD24082 – Pérdida o daño de muestras por fallas de registro, digitación y adherencia a protocolos.</p> <p>Recomendación: Actualizar la matriz institucional de riesgos del proceso Apoyo Diagnóstico, incorporando los riesgos específicos del Servicio de Patología (fuga o uso indebido de reactivos, personal no autorizado, fallas en la supervisión técnica, acceso no autorizado a muestras o resultados y glosas atribuibles al contratista), y ajustar la redacción de los riesgos existentes para asegurar que reflejen de manera precisa las condiciones operativas reales del servicio.</p> <p>Responsable: Dirección Científica y Dirección Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad.</p> |

| No. | Descripción de la recomendación | Pág: 7-10 |
|-----|---|------------|
| 2 | <p>Actualización de análisis y trazabilidad de indicadores en Almera</p> <p>Condición: Durante la revisión de diecisiete (17) indicadores asociados al Servicio de Patología, se evidenció que ninguno cuenta con análisis actualizado en el aplicativo Almera conforme a la periodicidad definida en su ficha técnica (códigos: 61, 62, 64, 1280, 1611, 1612, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1622, 1623, 1624, 1625, 2009 y 2173), lo que limita la trazabilidad y la evaluación del desempeño del proceso, e impide evidenciar la gestión y análisis periódico exigido por el MIPG.</p> <p>Criterio: Los indicadores institucionales deben contar con análisis registrado y actualizado según la periodicidad definida en su ficha técnica, de acuerdo con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y del Modelo Estándar de Control Interno MECI, que exigen información oportuna, trazable y suficiente para la evaluación del desempeño institucional.</p> <p>Causa: Retrasos en el registro del análisis en la plataforma Almera.</p> <p>Efecto: La ausencia de actualización oportuna limita la detección de desviaciones, afecta la interpretación de resultados y reduce la capacidad de gestión y mejora del proceso.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD22051 – Reporte inoportuno o erróneo de apoyo diagnóstico.</p> <p>Recomendación: Actualizar los análisis de los indicadores mencionados conforme a la periodicidad definida en su ficha técnica, garantizando información oportuna, completa y confiable para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo del Servicio de Patología.</p> <p>Responsable: Dirección Científica.</p> | Pág: 17-24 |
| 3 | <p>Encuesta diagnóstica</p> <p>Condición: La percepción de los encuestados muestra fortalezas en la competencia técnica del servicio, la trazabilidad de las muestras, la estandarización de procesos y la buena disposición del personal. No obstante, se evidencian dificultades recurrentes en la oportunidad de entrega de resultados, la comunicación con los procesos asistenciales y el desconocimiento parcial o total de procedimientos, tiempos, mecanismos de retroalimentación y resultados de indicadores. Adicionalmente, se identificó que solo una proporción limitada de los líderes reconoce la existencia de mecanismos formales y periódicos de retroalimentación entre el Servicio de Patología y los procesos asistenciales.</p> <p>Criterio: Los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los estándares de acreditación en salud exigen oportunidad en los procesos, comunicación efectiva, gestión del conocimiento, retroalimentación sistemática y seguimiento a la información para la toma de decisiones, así como el conocimiento institucional de los procedimientos por parte de todos los actores involucrados.</p> <p>Causa: Limitada socialización de procedimientos, actualizaciones y resultados de indicadores; ausencia de canales formales documentados de retroalimentación entre el Servicio de Patología y los procesos asistenciales; y variabilidad operativa y carga laboral que afectan los tiempos de entrega y la articulación interprocesos.</p> <p>Efecto: Las debilidades percibidas pueden generar demoras en la atención clínica, dificultades en la toma de decisiones asistenciales, pérdida de confiabilidad en algunos reportes, baja articulación entre los procesos que dependen de los resultados de Patología y la generación de PQRSDF repetitivas relacionadas con la oportunidad en la entrega de resultados y las fallas de comunicación del servicio.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD24082 – Pérdida o daño de muestras por fallas de registro, digitación y adherencia a protocolos.</p> <p>Recomendación: Fortalecer la comunicación y articulación interprocesos mediante la socialización periódica de los tiempos, procedimientos e indicadores del Servicio de Patología, así como la formalización e implementación de mecanismos de retroalimentación bidireccional con los procesos asistenciales, que permitan identificar oportunidades de mejora, corregir desviaciones y contribuir a</p> | |

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|---|
| | <p>mejorar la oportunidad en la entrega de resultados y reducir la recurrencia de PQRSDF asociadas a demoras y fallas de comunicación. Responsable: Dirección Científica.</p> <p style="text-align: right;">Pág: 10-17</p> |
| 4 | <p>Debilidades en la trazabilidad y registro de resultados en la historia clínica</p> <p>Condición: El 44 % de los líderes de proceso reporta inconsistencias o ausencia de registro de resultados del Servicio de Patología en la historia clínica institucional, y un 33 % manifiesta no conocer cómo se realiza dicho registro. Adicionalmente, la auditoría de habilitación evidenció el uso de aplicaciones externas no integradas al sistema de información institucional para la gestión de resultados diagnósticos.</p> <p>Criterio: Resolución 1995 de 1999 (Historia Clínica), Lineamientos de gestión documental institucional. MECI – componente de información y comunicación.</p> <p>Causa: Fallas en la integración de los sistemas de información utilizados por el Servicio de Patología, controles insuficientes sobre el cague oportuno y completo de los resultados en la historia clínica institucional, y debilidades en la supervisión técnica del proceso de registro y publicación de resultados.</p> <p>Efecto: Riesgo de pérdida o fragmentación de la información clínica, afectación de la trazabilidad del proceso diagnóstico, incremento del riesgo legal y dificultades para garantizar la continuidad, seguridad y oportunidad en la atención del paciente.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD22051 – Posibilidad que en la atención del laboratorio clínico se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacten la calidad del servicio y el bienestar de los usuarios.</p> <p>Recomendación: Fortalecer la trazabilidad y el registro de los resultados del Servicio de Patología en la historia clínica institucional, mediante la estandarización del proceso de cague de resultados, la integración efectiva de los sistemas de información utilizados, la definición de controles y responsables para la verificación del registro oportuno y completo, y la socialización del procedimiento al personal involucrado, con el fin de garantizar la integridad de la información clínica y la continuidad asistencial.</p> <p>Responsable: Dirección Científica, en articulación con el Servicio de Patología y el área de Sistemas de Información.</p> <p style="text-align: right;">Pág: 10-17</p> |
| 5 | <p>Garantías contractuales</p> <p>Condición: Durante la revisión contractual se evidenció que el contrato 204-2025 no exige póliza de cumplimiento ni pólizas clave como responsabilidad civil extracontractual (RCE), a diferencia del contrato 097-2025, lo que genera un nivel de exposición patrimonial y legal mayor para el Hospital.</p> <p>Criterio: Las prácticas de gestión contractual y los principios de control interno exigen que los contratos cuenten con garantías suficientes y proporcionales al riesgo, con el fin de proteger el patrimonio público y asegurar la correcta ejecución del objeto contractual.</p> <p>Causa: Diferencias en los lineamientos aplicados para la definición de garantías entre las sedes Bogotá y Zipaquirá.</p> <p>Efecto: Mayor vulnerabilidad patrimonial y limitada capacidad institucional para exigir responsabilidades o aplicar correctivos ante posibles incumplimientos contractuales.</p> <p>Riesgo institucional asociado: No aplica de manera directa; relacionado con riesgos administrativos y contractuales del proceso.</p> <p>Recomendación: Estandarizar para futuras contrataciones los requisitos mínimos de garantías, asegurando que los contratos del Servicio de Patología cuenten con pólizas completas y homogéneas que respalden el cumplimiento, la responsabilidad y la calidad del servicio.</p> <p>Responsable: Dirección Oficina Jurídica y Dirección Oficina de Contratación.</p> |

| No. | Descripción de la recomendación | Pág: |
|-----|--|-------|
| 6 | <p>Oportunidad diagnóstica - Tiempos de entrega</p> <p>Condición: Se evidenció que ninguno de los contratos revisados (097-2025 y 204-2025) establece tiempos máximos de entrega, metas de oportunidad ni penalidades por demoras, lo que limita la capacidad de exigir el cumplimiento del desempeño y dificulta asegurar la oportunidad diagnóstica requerida.</p> <p>Criterio: La oportunidad diagnóstica es un principio esencial de la atención en salud y, conforme con las prácticas de gestión contractual y los lineamientos de control interno, debe estar formalmente definida para garantizar continuidad asistencial, calidad y supervisión efectiva del servicio.</p> <p>Causa: Ausencia de criterios técnicos estandarizados para la redacción de las cláusulas de oportunidad en los contratos revisados.</p> <p>Efecto: Riesgo de retrasos asistenciales, disminución en la capacidad de supervisión y limitaciones para exigir correctivos ante incumplimientos.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD22051 – Reporte inoportuno.</p> <p>Recomendación: Incluir en futuros procesos contractuales la definición de tiempos máximos de entrega de resultados, metas de oportunidad, mecanismos de seguimiento y lineamientos para su verificación, asegurando criterios claros y medibles para evaluar el desempeño del contratista.</p> <p>Responsable: Dirección Oficina Jurídica y Dirección Oficina de Contratación.</p> | 27-28 |
| 7 | <p>Trazabilidad y custodia de muestras</p> <p>Condición: Se identificó que ninguno de los contratos revisados (097-2025 y 204-2025) regula aspectos relacionados con la trazabilidad, cadena de custodia, conservación, manejo de especímenes críticos ni controles para eventos preanalíticos, lo que afecta la integridad del proceso anatomicopatológico.</p> <p>Criterio: La integridad de la muestra es un requisito esencial para la seguridad del paciente y, conforme con la normativa de habilitación vigente y los principios del control interno, debe estar protegida mediante lineamientos contractuales claros, verificables y suficientes.</p> <p>Causa: Falta de incorporación de requisitos técnicos específicos del proceso anatomicopatológico en la estructuración contractual.</p> <p>Efecto: Riesgo de pérdida, daño o manejo inadecuado de muestras, con impacto potencial en la calidad diagnóstica y limitaciones para exigir responsabilidades al contratista.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD24082 – Pérdida o daño de muestras en Patología.</p> <p>Recomendación: Incorporar en futuros contratos cláusulas específicas sobre trazabilidad y custodia de muestras, definiendo responsabilidades, procesos, controles y los tipos de evidencia que el contratista deberá garantizar.</p> <p>Responsable: Dirección Oficina Jurídica y Dirección Oficina de Contratación.</p> | 27-29 |
| 8 | <p>Protección de datos clínicos</p> <p>Condición: Se evidenció que los contratos 097-2025 y 204-2025 no incluyen referencias específicas a la Ley 1581 de 2012, la Resolución 1995 de 1999, la Ley 23 de 1981 ni a los lineamientos institucionales sobre acceso, confidencialidad y manejo de historia clínica, limitándose únicamente a una mención general a la confidencialidad.</p> <p>Criterio: La normativa de protección de datos personales y la regulación de historia clínica exigen que los contratos que involucren información clínica definan reglas claras, suficientes y verificables sobre manejo, acceso, custodia y confidencialidad.</p> <p>Causa: Omisión de referencias normativas específicas en la redacción contractual.</p> <p>Efecto: Riesgo de vulneración de datos sensibles, incumplimiento normativo y afectación legal para el</p> | 27-29 |

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|---|
| | <p>Hospital.</p> <p>Riesgo institucional asociado: No aplica directamente; riesgo legal-ético transversal.</p> <p>Recomendación: Incluir en futuros contratos cláusulas explícitas sobre protección de datos personales y clínicos, definidas en coherencia con la normativa vigente.</p> <p>Responsable: Dirección Oficina Jurídica y Dirección Oficina de Contratación.</p> <p style="text-align: right;">Pág: 27-29</p> |
| 9 | <p>Esquema de pago e indicadores verificables</p> <p>Condición: Durante la revisión contractual se identificó que ambos contratos definen esquemas de pago basados en porcentajes variables sin lineamientos estandarizados, y que exigen el cumplimiento de indicadores sin especificar metas, periodicidad ni fichas técnicas, lo que dificulta la supervisión y la verificación objetiva del desempeño.</p> <p>Criterio: La gestión contractual efectiva exige esquemas de pago verificables y la definición explícita de indicadores con metas, periodicidad y mecanismos de verificación, a fin de asegurar transparencia, trazabilidad y supervisión técnica adecuada.</p> <p>Causa: Redacción contractual sin parámetros técnicos definidos para la liquidación ni lineamientos estandarizados de seguimiento.</p> <p>Efecto: Dificultad para ejercer control técnico y administrativo, riesgo de variabilidad en la supervisión del servicio y disminución en la capacidad institucional para verificar el desempeño real del contratista.</p> <p>Riesgo institucional asociado: No aplica directamente; corresponde a un riesgo administrativo y fiscal transversal derivado de fallas en la supervisión contractual.</p> <p>Recomendación: Incorporar criterios claros para la liquidación de pagos y definir de manera explícita los indicadores, metas y periodicidades exigidas al contratista.</p> <p>Responsable: Dirección Oficina Jurídica y Dirección Oficina de Contratación.</p> <p style="text-align: right;">Pág: 27-29</p> |
| 10 | <p>Fortalecimiento del control de calidad del procesamiento de muestras</p> <p>Condición: Durante la visita de campo se identificó la ausencia de registros formales, sistemáticos y verificables que evidencien el control de calidad del procesamiento de las muestras en el Servicio de Patología.</p> <p>Criterio: Las buenas prácticas de gestión de la calidad en servicios diagnósticos exigen la implementación de controles documentados que permitan asegurar la confiabilidad, trazabilidad y reproducibilidad de los resultados emitidos.</p> <p>Causa: No se cuenta con un esquema formal definido de control de calidad documentado ni con formatos institucionales estandarizados que permitan registrar y evidenciar las actividades de verificación del procesamiento de las muestras.</p> <p>Efecto: Disminución de la credibilidad y confianza de los médicos tratantes frente a los resultados emitidos por el Servicio de Patología, lo que puede afectar la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD24082 – Pérdida o daño de muestras en Patología.</p> <p>Recomendación: Implementar y documentar un sistema de control de calidad del procesamiento de las muestras del Servicio de Patología, que incluya la definición de controles, responsables, periodicidad y registros verificables, con el fin de fortalecer la trazabilidad, confiabilidad de los resultados y recuperar la confianza de los médicos tratantes.</p> <p>Responsable: Dirección científica Servicio de Patología, con apoyo del Proceso de Gestión de la Calidad.</p> <p style="text-align: right;">Pág: 29-35</p> |
| 11 | <p>Actualización y socialización del procedimiento institucional de entrega de resultados</p> <p>Condición: Se evidenció que el procedimiento institucional "Entrega de resultados del Servicio de</p> |

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|---|
| 12 | <p>Patología Código 02GAD22-V1" no se encuentra actualizado frente al sistema de información actualmente utilizado por el servicio y no es conocido por el personal. Así mismo, se identificó que algunos formatos asociados al procedimiento presentan códigos desactualizados frente a la plataforma institucional Almera (ej. formato código 05GAD99-V1).</p> <p>Criterio: Los procedimientos y formatos institucionales deben mantenerse actualizados, vigentes, socializados y alineados a la operación real del proceso y a las plataformas institucionales, con el fin de garantizar su correcta aplicación y trazabilidad.</p> <p>Causa: Cambios en el sistema de información del servicio, ausencia de revisión periódica de procedimientos y formatos, y debilidades en los procesos de actualización y socialización documental.</p> <p>Efecto: Aplicación parcial del procedimiento institucional, uso de formatos con codificación no vigente y desarrollo de prácticas operativas no formalizadas documentalmente.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD22051 – Reporte de apoyo diagnóstico inoportuno</p> <p>Recomendación: Actualizar el procedimiento institucional "Entrega de resultados del Servicio de Patología Código 02GAD22-V1", incorporando el sistema de información vigente y revisando la codificación y vigencia de los formatos asociados en la plataforma Almera. Así mismo, socializar el procedimiento y los formatos actualizados al personal del servicio, asegurando su aplicación uniforme.</p> <p>Responsable: Dirección científica Servicio de Patología, con apoyo del Proceso de Gestión de la Calidad.</p> <p style="text-align: right;">Pág: 29-35</p> |
| 12 | <p>Mejora de la oportunidad en la entrega de resultados diagnósticos</p> <p>Condición: Se identificaron demoras en la entrega de resultados, principalmente asociadas a la etapa diagnóstica realizada por los patólogos y a la necesidad de segundas opiniones especializadas.</p> <p>Criterio: Los servicios diagnósticos deben garantizar tiempos de respuesta oportunos que soporten adecuadamente la atención clínica del paciente.</p> <p>Causa: Limitación en la disponibilidad de patólogos especialistas y dependencia de evaluaciones externas para ciertos diagnósticos.</p> <p>Efecto: Incremento de quejas por parte de los pacientes, incluyendo PQRSDF repetitivas asociadas a la demora en la entrega de resultados, y posible afectación en la continuidad de la atención asistencial.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD22051 – Reporte de apoyo diagnóstico inoportuno</p> <p>Recomendación: Realizar un análisis del flujo del proceso diagnóstico y de la capacidad instalada del servicio, con el fin de identificar acciones que permitan mejorar la oportunidad en la entrega de resultados, especialmente en casos de alta complejidad, priorizando aquellas causas que generan mayor recurrencia de PQRSDF por demoras diagnósticas.</p> <p>Responsable: Dirección científica, Servicio de Patología</p> <p style="text-align: right;">Pág: 29-35</p> |
| 13 | <p>Formalización del protocolo de comunicación frente a demoras en resultados</p> <p>Condición: No se evidenció la existencia de un protocolo formal para informar de manera anticipada a los servicios asistenciales y usuarios sobre demoras en la entrega de resultados.</p> <p>Criterio: La comunicación oportuna es un componente clave para la gestión de expectativas y la satisfacción del usuario en los servicios de salud.</p> <p>Causa: Ausencia de lineamientos institucionales específicos para la comunicación de retrasos en el proceso diagnóstico.</p> <p>Efecto: Incremento de inconformidades por parte de los usuarios y percepción negativa del servicio.</p> <p>Riesgo institucional asociado: AD22051 – Fallas administrativas y de comunicación / reporte inoportuno.</p> <p>Recomendación: Definir e implementar un protocolo de comunicación que permita informar</p> |

| No. | Descripción de la recomendación | |
|-----|--|------------|
| | <p>oportunamente a los servicios asistenciales y a los usuarios sobre demoras en la entrega de resultados, indicando causas y tiempos estimados de respuesta.</p> <p>Responsable: Dirección científica Servicio de Patología</p> | Pág: 29-35 |
| 14 | <p>Fortalecimiento de la gestión documental del Servicio de Patología</p> <p>Condición: Se identificaron debilidades en la articulación del Servicio de Patología con el proceso de Gestión Documental, así como desconocimiento en la aplicación de Tablas de Retención Documental.</p> <p>Criterio: La gestión documental debe garantizar la adecuada organización, conservación y disposición final de los documentos generados por los procesos institucionales.</p> <p>Causa: Falta de acompañamiento y socialización de lineamientos documentales al personal del servicio.</p> <p>Efecto: Riesgo de pérdida de información y deficiencias en la trazabilidad documental del proceso.</p> <p>Riesgo institucional asociado: No aplica directamente.</p> <p>Recomendación: Fortalecer la articulación del Servicio de Patología con el proceso de Gestión Documental, mediante capacitación y acompañamiento en la aplicación de las Tablas de Retención Documental y transferencia de documentos.</p> <p>Responsable: Servicio de Patología y Proceso de Gestión Documental.</p> | Pág: 29-35 |
| 15 | <p>Mejora de las condiciones locativas y orden del área del servicio</p> <p>Condición: Durante la visita se evidenciaron equipos fuera de servicio y uso inadecuado de lockers con almacenamiento de elementos ajenos a la operación del proceso.</p> <p>Criterio: Las condiciones locativas deben garantizar seguridad, orden y condiciones sanitarias adecuadas para la operación de los servicios de salud.</p> <p>Causa: Falta de control y lineamientos claros sobre el uso de espacios y almacenamiento dentro del servicio.</p> <p>Efecto: Incremento de riesgos locativos y sanitarios dentro del área del laboratorio.</p> <p>Riesgo institucional asociado: No aplica directamente</p> <p>Recomendación: Implementar acciones de control y ordenamiento de las áreas del Servicio de Patología, incluyendo la revisión del estado de los equipos fuera de servicio y la regulación del uso de lockers.</p> <p>Responsable: Servicio de Patología y Proceso de Gestión Documental, Líder de arquitectura y manteniendo.</p> | Pág: 29-35 |
| 16 | <p>Fortalecer la gestión de los planes de mejora del Servicio de Patología</p> <p>Condición: El análisis de los tres planes de mejora asociados al Servicio de Patología (ID 3186, 3444 y 3447) evidencia que uno registra un avance parcial del 50 %, mientras que los otros dos permanecen en 0 %, incluyendo un plan sin actividades formuladas en Almería. Esto refleja debilidades en la gestión, el seguimiento y la trazabilidad de los planes.</p> <p>Criterio: Según el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, las entidades deben garantizar acciones formuladas de manera completa, responsables definidos, cronogramas viables y mecanismos de seguimiento que respalden la mejora continua y la reducción de riesgos en la prestación de servicios.</p> <p>Causa: Las causas se asocian a actividades incompletas o no formuladas, dificultades en la ejecución oportuna, ausencia de seguimiento sistemático y oportunidades para reforzar la aplicación del procedimiento institucional en procesos críticos como el manejo de muestras y los tiempos diagnósticos.</p> <p>Efecto: La falta de avance oportuno mantiene riesgos como anulaciones y reprocesos en facturación, demoras en resultados de patología e inmunohistoquímica, pérdida de trazabilidad de muestras, posibles implicaciones médico-legales, afectaciones en la atención clínica y no conformidades en auditorías.</p> | Pág: 29-35 |

| No. | Descripción de la recomendación |
|-----|--|
| | <p>Riesgo institucional asociado: AD24082 – Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida o daño de muestras de Patología debido a registros inadecuados, digitación incorrecta o falta de adherencia a protocolos institucionales.</p> <p>Recomendación: fortalecer la gestión de los planes de mejora mediante la formulación completa de actividades en Almera con responsables, cronogramas y evidencias; la reprogramación de acciones vencidas; la activación inmediata de las pendientes; el aseguramiento de apoyos operativos; la implementación de mecanismos de trazabilidad diaria para muestras y resultados; y el seguimiento periódico con evidencia documentada, acompañado de socialización y capacitación al personal para asegurar adherencia a los procedimientos.</p> <p>Responsable: Gestión de Apoyo Diagnóstico – Líder del Servicio de Patología, articulado con Dirección Científica</p> |

Pág: 39-43

SOLICITUD: Las recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian. NO deben ser modificados de una manera total ni parcial.

El Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 el cual se encuentra vigente a la fecha del presente informe de Auditoría, **Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario, Ley 2094 de 2021 –** “Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones”, establece que se debe dar aplicabilidad a lo que se registra en las solicitudes realizadas y a las cuales se les debe dar respuesta por cada uno de los Responsables de Proceso y cuyo texto es el siguiente; **“No dar respuesta a los requerimientos que se realicen constituye una falta disciplinaria”.**

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoria son de carácter Institucional.


YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JHON ANDRES MENESSES OROZCO
Profesional I Apoyo Control Interno

Bogotá, D.C. Diciembre 23 de 2025