UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, GESTIÓN EMPRESARIAL E INFORMÁTICA

CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

FORMA: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

"AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024"

AUTORAS:

ALLAUCA TIPANTASI ADRIANA LIZBETH

COFRE VASQUEZ JENIFER ANDREA

DIRECTOR:
DR. VLADIMIR RIVERA

GUARANDA – ECUADOR
2025

TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH” EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y la Virgen del Rosario de Agua Santa, por permitirme culminar con mis estudios de manera satisfactoria; siempre serán mis guías y mis compañeros en mis momentos de soledad y alegría.

A mis padres, gracias por su amor, sacrificio, esfuerzo y apoyo incondicional aún en momentos difíciles; gracias por sostenerme y creer en mí. Sin su ayuda no hubiese sido posible este logro. A mi hermano, abuelitos, familia y amigos, gracias por sus buenos deseos y oraciones.

Agradezco a mi director Dr. Vladimir Rivera y pares académicos, por su guía, consejos y apoyo para culminar este proyecto.

Agradezco a la universidad Estatal de Bolívar y sus docentes, por sus enseñanzas, charlas y experiencias compartidas; gracias a ellos he podido adquirir bases fundamentales para mi carrera y culminar con éxito esta etapa.

Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi

Al culminar el presente trabajo investigativo expreso mi agradecimiento a Dios por darme salud y vida para culminar esta importante etapa de mi formación profesional.

Expreso mi más profundo agradecimiento a mis padres, quienes con su amor, esfuerzo y generosidad han hecho posible que hoy pueda alcanzar este logro tan significativo en mi vida. De manera especial, agradezco a mi hermana, pareja, amigos y familia, por su apoyo constante y motivación a seguir adelante sin desistir.

Agradezco también a mi director de tesis, Dr. Vladimir Rivera y pares académicos quienes con su conocimiento, orientación y guía académica fueron un pilar fundamental para la culminación exitosa de este proyecto de investigación.

A mis docentes de la Universidad Estatal de Bolívar, quienes nutrieron nuestras mentes de conocimiento, y a la Dra. Paulina Garcés del Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH” por brindarnos la oportunidad de realizar nuestro proyecto de titulación en su institución.

Jenifer Andrea Cofre Vásquez

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen del Rosario por ser mi luz, fortaleza y compañía en mi vida.

A mis padres, Carlos Allauca y Catalina Tipantasi, quienes con su amor, sacrificio y esfuerzo constante han sido el pilar fundamental de mi vida. Su ejemplo de trabajo y su apoyo incondicional han sido la fuerza que me impulsó a seguir adelante incluso cuando el camino parecía difícil. Este logro es suyo, porque todo lo que soy es gracias a ustedes.

A mi hermano Leonardo y a mis abuelitos Gerardo, María Rosa y Rosa María, por sus oraciones y buenos deseos, a mis mascotas coco y china que siempre me hicieron sentir acompañada a un a la distancia. A mi pareja y familia por su amor y apoyo. Y a André y Mimi por hacer del camino universitario una aventura inolvidable, donde las risas y el apoyo siempre estuvieron presentes.

Y a mi niña interior, por no dejar de soñar. Hoy, ese sueño lejano es realidad. Todo esfuerzo valió la pena, porque los sueños que se persiguen con fe y constancia siempre se cumplen

"Lo que siembres con lágrimas, lo cosecharás con gritos de alegría."
Salmos 126:5

Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi

Dedico este proyecto de investigación, en primer lugar, a Dios, por brindarme vida sabiduría y fortaleza para alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

A mis padres, Marlene Vásquez y Jorge Cofre, por ser el pilar de mi formación gracias por su cariño, comprensión y sacrificio, que han hecho posible la culminación de esta etapa tan significativa de mi vida. Hoy retribuyo parte de su esfuerzo con este logro que no es mío, sino también de ustedes.

A mi hermanita Leila por esperar cada fin de semana mi regreso y motivarme a ser siempre un buen ejemplo a seguir.

A mi pareja por brindarme su apoyo incondicional, gracias por compartir este camino conmigo. Y a mis amigas Adri y Mimi quienes, con su amistad, ánimo y palabras de aliento hicieron de esta etapa universitaria aún más especial e inolvidable.

Finalmente, dedico este ogro a todas las personas que de una u otra manera formaron parte de este proceso y me brindaron su apoyo. También lo dedico a mí misma, por la constancia, el esfuerzo y la determinación para no rendirme y culminar esta etapa tan importante de mi vida.

Jenifer Andrea Cofre Vásquez

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, GESTIÓN EMPRESARIAL E INFORMÁTICA

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Ing. Kevin Hernan Sisalema Toapanta, Msc, Ing. Mauricio Fernando Ortiz Chávez y Dr. Vladimir Rivera Piñaloza en su orden Director y Pares Académicos del Trabajo de Integración Curricular "AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024", desarrollado por la señorita/s Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi, Jenifer Andrea Cofre Vasquez.

CERTIFICAN

Que, luego de revisado el Trabajo de Integración Curricular en su totalidad, cumple con las exigencias académicas de la carrera CONTABILIDAD Y AUDITORIA, por lo tanto, han acogido las sugerencias y recomendaciones dadas en el acto de defensa.

Guaranda, 16 de marzo de 2026

Dr. Vladimir Rivera Piñaloza
Director

Ing. Kevin Hernan Sisalema Toapanta, Msc
Par Académico

Ing. Mauricio Fernando Ortiz Chávez
Par Académico

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

DERECHOS DE AUTOR

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

BIBLIOTECA GENERAL

DERECHOS DE AUTOR

Yo/nosotros **Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi**, y **Jenifer Andrea Cofre Vásquez** portador/res de la Cédula de Identidad No. **0605542588** y **0503237414** en calidad de autor/res y titular / es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación:
Auditoria Administrativa como Herramienta de Mejora en los Procesos Organizativos Contables y Documentales del Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH" en la Ciudad de Guaranda año 2024, modalidad proyecto de investigación, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi

Jenifer Andrea Cofre Vásquez

INDICE DE CONTENIDOS

TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II

AGRADECIMIENTO III

DEDICATORIA IV

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN V

DERECHOS DE AUTOR VI

INDICE DE CONTENIDOS VII

ÍNDICE DE TABLAS X

ÍNDICE DE FIGURAS XV

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN XVII

INTRODUCCIÓN 1

RESUMEN 3

ABSTRACT 4

CAPITULO I 5

FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 5

1.1. Descripción del problema 5

1.2. Formulación del Problema 6

1.3. Preguntas de Investigación 6

1.4. Justificación 6

1.5. Objetivos 8

1.6. Idea a defender 8

1.7. Variables 8

CAPÍTULO II. 11

MARCO TEÓRICO 11

2.1. Antecedentes 11

2.2. Marco científico 13

CAPÍTULO III 44

METODOLOGÍA 44

3.1. Tipo de Investigación 44

3.2. Enfoque de la investigación 44

3.3. Método de la Investigación 45

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos 46

3.5. Universo, Población, Muestra 47

3.6. Procesamiento de la Información 47

CAPITULO IV 48

RESULTADOS Y DISCUSIÓN 48

4.1. Análisis e Interpretación de la entrevista aplicada al director general del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH” 48

4.2. Análisis e interpretación de encuestas dirigidas al personal que labora dentro del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH” 49

4.3. Análisis e interpretación de encuestas dirigidas a los clientes que frecuentan el laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH” 74

CAPÍTULO V 89

PROPUESTA 89

Título de le propuesta 89

5.1. Datos informativos 90

5.2. Componentes de la Propuesta 90

5.3. FASE I. PLANIFICACIÓN PRELIMINAR 91

5.4. FASE II. PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA 110

5.5. FASE III. EJCUCION DE LA AUDITORÍA 130

5.6. FASE VI COMUNICACIÓN DE RESULTADOS 164

5.6.1. CAPÍTULO I..... 168

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA..... 168

5.6.2. CAPITULO II 172

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA..... 172

5.7. MONITOREO Y SEGUMIENTO..... 192

CONCLUSIONES 201

RECOMENDACIONES..... 202

BIBLIOGRAFIA 203

ANEXOS 210

Anexo 1. CRONOGRAMA TENTATIVO 211

Anexo 2. PRESUPUESTO 213

Anexo 3. Carta de aceptación de la organización donde se aplicó l trabajo de integración curricular. 214

Anexo 4. Instrumentos de recopilación de datos. 215

Anexo 5. Proceso de Auditoría Revisión de información..... 222

Anexo 6. Presentación de la Herramienta en Excel 223

Anexo 7. Reporte del Antiplagio 225

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable Independiente: Auditoría Administrativa 9

Tabla 2. Variable dependiente: Mejora en los procesos organizativos, contables y documentales 10

Tabla 3. Instrumentos de recolección de Datos 46

Tabla 4. Socialización periódica de la planificación..... 49

Tabla 5. Funciones del personal definidas 50

Tabla 6. Ambiente laboral y cumplimiento normativo 51

Tabla 7. Políticas y prácticas de talento humano dentro del laboratorio..... 52

Tabla 8. Código de ética o manual de conducta en el laboratorio 53

Tabla 9. Identificación y análisis de riesgos administrativos, contables y clínicos 54

Tabla 10. Medidas preventivas y correctivas para riesgos operativos 55

Tabla 11. Protocolos y planes de contingencia en la gestión de emergencia y riesgos críticos 56

Tabla 12. Evaluación de riesgos..... 57

Tabla 13. Monitoreo preventivo en el entorno regulatorio y operacional..... 58

Tabla 14. Procesos contables y financieros..... 59

Tabla 15. Cumplimiento legal tributario y sanitario 60

Tabla 16. Sistemas informáticos 61

Tabla 17. Capacitación en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos y medidas de bioseguridad 62

Tabla 18. Control de acceso a áreas restringidas del laboratorio 63

Tabla 19. Gestión de la información administrativa 64

Tabla 20. Control documentado de la conservación de documentos físicos o digitales 65

Tabla 21. Medidas de seguridad de la información 66

Tabla 22. Sistemas digitales para la seguridad institucional..... 67

Tabla 23. Canales de comunicación..... 68

Tabla 24. Revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio 69

Tabla 25. Frecuencia de supervisiones..... 70

Tabla 26. Indicadores de desempeño y riesgo..... 71

Tabla 27. Comunicación oportuna de los resultados de supervisiones, auditorías y monitoreos a la dirección 72

Tabla 28. Evaluación formal de la eficiencia del sistema del control interno 73

Tabla 29. Atención a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"..... 74

Tabla 30. Instalaciones del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH". 75

Tabla 31. Orientación y disponibilidad del servicio 76

Tabla 32. Proceso de recepción y registro..... 77

Tabla 33. Tiempo de espera para la toma de muestras..... 78

Tabla 34. Resultados dentro del tiempo informado 79

Tabla 35. Resultados emitidos por el laboratorio..... 80

Tabla 36. Proceso de pago y facturación 81

Tabla 37. Precio del servicio..... 82

Tabla 38. Indicaciones al paciente de forma clara y precisa, el motivo y el propósito del examen 83

Tabla 39. Entrega de resultados 84

Tabla 40. Comunicación oportuna 85

Tabla 41. Identificación y verificación de datos de los pacientes..... 86

Tabla 42 Respuestas claras y oportunas a los pacientes..... 87

Tabla 43 Recomendación del laboratorio..... 88

Tabla 44. Datos informativos 91

Tabla 45. Diagnóstico General 92

Tabla 46. Código de Marcas 99

Tabla 47. Hoja de Índice 100

Tabla 48. Planificación Preliminar 101

Tabla 49. Visita Preliminar 102

Tabla 50. Orden de Trabajo 104

Tabla 51. Notificación del Inicio de la Auditoría 105

Tabla 52. Petición de información 107

Tabla 53. Informe de Planificación Preliminar. 108

Tabla 54. Planificación Específica. 110

Tabla 55. Cuestionario de Control Interno 111

Tabla 56. Nivel de confianza y el nivel de riesgo 122

Tabla 57. Evaluación al Control Interno 125

Tabla 58. Programa de Auditoría 130

Tabla 59. Análisis de la estructura organizativa y documental 131

Tabla 60. Evaluación de los procesos contables, financieros y de gestión de inventarios 132

Tabla 61. Evaluación del cumplimiento normativo, legal y de calidad año 2024 133

Tabla 62. Verificación de la seguridad de la información y protección de datos 134

Tabla 63. Revisión de los procesos organizativos 135

Tabla 64. Revisión de los procesos contables 136

Tabla 65. Revisión de los procesos documentales 137

Tabla 66. Cedula Narrativa 138

Tabla 67. Hoja de Hallazgo 01 139

Tabla 68. Hoja de hallazgo 02 140

Tabla 69. Hoja de Hallazgo 03 141

Tabla 70. Hoja de hallazgo 04 142

Tabla 71 Hoja de hallazgo 05 143

Tabla 72 Hoja de hallazgo 06 145

Tabla 73. Hoja de hallazgo 07 146

Tabla 74. Hoja de hallazgo 08 148

Tabla 75. Hoja de hallazgo 09 149

Tabla 76. Hoja de hallazgo 10 150

Tabla 77*. Hoja de hallazgo 11* 151

Tabla 78. Hoja de hallazgo 12 152

Tabla 79. Hoja de hallazgo 13 153

Tabla 80. Hoja de hallazgo 14 154

Tabla 81. Hoja de hallazgo15 155

Tabla 82. Hoja de hallazgo 16 156

Tabla 83. Hoja de hallazgo 17 157

Tabla 84. Hoja de Hallazgo 18 158

Tabla 85. Hoja de Hallazgo 19 160

Tabla 86. Hoja de Hallazgo 20 162

Tabla 87. Comunicación de Resultados 164

Tabla 88. Informe Final de Auditoría 165

Tabla 89. Equipo de Auditores. 165

Tabla 90. Siglas 166

Tabla 91. Monitoreo y Seguimiento 192

Tabla 92. Matriz de recomendaciones..... 193

Tabla 93. Propuesta del diseño de un modelo de registro en Excel..... 196

Tabla 94. Cronograma de seguimiento 198

Tabla 95. Constancia de lo realizado 200

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Socialización periódica de la planificación 49

Gráfico 2. Funciones del personal definidas 50

Gráfico 3. Ambiente laboral y cumplimiento normativo 51

Gráfico 4. Políticas y prácticas de talento humano dentro del laboratorio 52

Gráfico 5. Código de ética o manual de conducta en el laboratorio 53

Gráfico 6. Identificación y análisis de riesgos administrativos, contables y clínicos 54

Gráfico 7. Medidas preventivas y correctivas para riesgos operativos 55

Gráfico 8. Protocolos y planes de contingencia en la gestión de emergencia y riesgos críticos 56

Gráfico 9. Evaluación de riesgos 57

Gráfico 10. Monitoreo preventivo en el entorno regulatorio y operacional 58

Gráfico 11. Procesos contables y financieros 59

Gráfico 12. Cumplimiento legal tributario y sanitario 60

Gráfico 13. Sistemas informáticos 61

Gráfico 14. Capacitación en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos y medidas de bioseguridad 62

Gráfico 15. Control de acceso a áreas restringidas del laboratorio 63

Gráfico 16. Gestión de la información administrativa 64

Gráfico 17. Control documentado de la conservación de documentos físicos o digitales 65

Gráfico 18. Medidas de seguridad de la información 66

Gráfico 19. Sistemas digitales para la seguridad institucional 67

Gráfico 20. Canales de comunicación 68

Gráfico 21. Revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio 69

Gráfico 22. Frecuencia de supervisiones..... 70

Gráfico 23. Indicadores de desempeño y riesgo 71

Gráfico 24. Comunicación oportuna de los resultados de supervisiones, auditorías y monitoreos a la dirección 72

Gráfico 25. Evaluación formal de la eficiencia del sistema del control interno .. 73

Gráfico 26. Atención a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"..... 74

Gráfico 27. Instalaciones del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH" 75

Gráfico 28. Orientación y disponibilidad del servicio 77

Gráfico 29. Proceso de recepción y registro 78

Gráfico 30. Tiempo de espera para la toma de muestras 79

Gráfico 31. Resultados dentro del tiempo informado 80

Gráfico 32. Resultados emitidos por el laboratorio..... 81

Gráfico 33. Proceso de pago y facturación 82

Gráfico 34. Precio del servicio..... 83

Gráfico 35. Indicaciones al paciente de forma clara y precisa, el motivo y el propósito del examen 84

Gráfico 36. Entrega de resultados 85

Gráfico 37. Comunicación oportuna 86

Gráfico 38. Identificación y verificación de datos del paciente..... 87

Gráfico 39. Respuestas claras y oportunas a los pacientes 88

Gráfico 40. Recomendación del laboratorio 89

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1. Localización del lugar del Proyecto. 43

INTRODUCCIÓN

La Auditoría Administrativa constituye una herramienta fundamental en la gestión de las organizaciones modernas, permitiendo evaluar de manera sistemática e integral el funcionamiento de los procesos internos para identificar áreas de mejora y proponer acciones correctivas que optimicen el desempeño institucional. En el ámbito de los laboratorios clínicos, esta disciplina adquiere una relevancia particular, pues su aplicación trasciende lo administrativo para convertirse en un mecanismo que garantiza la calidad, la seguridad de los pacientes y la confiabilidad de los resultados, aspectos directamente vinculados a la salud pública.

La Clínica y Patología "GATROPATH", con ubicación en Guaranda, Bolívar, tiene dificultades en su gestión interna. En visitas preliminares a la entidad, se constató que el área de Patología y Citología trabaja con registros totalmente manuales, y esto también conlleva a la atención y la consiguiente pérdida de información clínica. En adición se logró observar una estructura organizativa funcional, donde los empleados del laboratorio presentan sobrecarga laboral por ausencia de definición de cada una de las responsabilidades, esto genera una brecha operativa entre las diferentes áreas y esto debilita el sistema de control interno.

El presente estudio responde a la necesidad de poner en práctica los saberes de la Carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Estatal de Bolívar y, además, de ampliar los conocimientos en el área de auditoría administrativa, en el ámbito de la salud. Nos motiva el pensamiento que tal disciplina es trascendental para apoyar y robustecer la micro y la pequeña empresa, más aún, en los contextos donde la prestación de servicios incide directamente en la calidad de vida de la población.

La investigación adopta un enfoque metodológico mixto, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas para lograr una comprensión integral de la realidad del laboratorio. Se aplico una entrevista semiestructurada a la directora del laboratorio para profundizar en aspectos cualitativos como la visión estratégica y las dificultades administrativas percibidas desde la dirección. Paralelamente, se realizaron encuestas basadas en la escala de Likert dirigidas al personal del laboratorio (3 trabajadores) y una muestra de 50 pacientes, con el fin de medir percepciones sobre eficiencia administrativa, claridad de funciones y calidad del

servicio. Adicionalmente, se aplicó un cuestionario de control interno fundamentado en el modelo COSO I para evaluar los niveles de riesgo y confianza en las áreas organizativa, contable y documental.

Los resultados de la investigación muestran hallazgos significativos. El área de documentación, que se correlaciona con Patología y Citología, tiene un alto nivel de riesgo (66.7%) y un bajo nivel de confianza (333.33%) porque todos sus registros vienen con manuales y no tienen un respaldo digital, poniendo en riesgo la información del paciente de ser perdida. El área de contabilidad, aunque con un mejor desempeño (67.50%) de confianza, tiene deficiencias en la segregación de funciones y tiene documentación incompleta. Basado en estos hallazgos, se sugieren acciones correctivas y preventivas, incluyendo el diseño de un modelo de registro en Excel como una herramienta para el control diario para el área de Patología y Citología, con el fin de reducir el riesgo documental identificado y establecer una base para una gestión más moderna y confiable.

Esta investigación está estructurada en cinco capítulos, organizados de la siguiente manera:

Capítulo I Formulación General del Proyecto, se aborda la formulación general de proyecto, incluyendo la problemática preguntas de investigación, objetivos y operacionalización de variables.

Capítulo II Marco teórico, se sustenta conceptualmente la auditoría administrativa y el marco legal aplicable.

Capítulo III Metodología, se da a conocer los tipos, enfoque y métodos utilizados en esta investigación, técnicas de recolección de datos y técnicas de procesamiento, población y muestra de este trabajo.

Capítulo IV Resultados y Discusión, se encuentra el análisis e interpretación de resultados.

Capítulo V Propuesta, se elabora el informe final de auditoría y fase de seguimiento de las conclusiones y recomendaciones, en base a los resultados obtenidos de la investigación efectuada.

RESUMEN

El presente trabajo de integración curricular tuvo como objetivo realizar una auditoría administrativa para mejorar los procesos organizativos, contables y documentales del Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH” en Guaranda durante el año 2024. La investigación surge de la necesidad de abordar deficiencias identificadas en una visita preliminar, como los registros manuales sin respaldo digital en Patología, la duplicidad de funciones y ausencia de procedimientos estandarizados.

Metodológicamente, se adoptó un enfoque mixto, de tipo descriptivo y de campo. Se aplico una entrevista a la directora, encuestas en la escala de Likert al personal (3 trabajadores) y 50 pacientes. Adicionalmente, se ejecutó un cuestionario de control interno basado en el modelo COSO I para evaluar riesgo y niveles de confianza. Los resultados evidenciaron que, si bien la atención al paciente es altamente valorada, existen debilidades significativas. El área documental presento un nivel de confianza bajo (33.33%) y un riesgo alto (66.67%) debido a la gestión de registros manuales sin respaldo digital. El área contable mostro un nivel de confianza medio (67.50%) con deficiencias en la segregación de funciones y documentación incompleta.

Como conclusión, se elaboró un informe final con 20 hallazgos y una matriz de recomendaciones. En consecuencia, se propuso el diseño de un modelo de registro en Excel como herramienta de control diario para patología y citología, con el fin de mitigar riesgos documentales y sentar las bases para una gestión más confiable y alineada a la normativa legal vigente.

Palabras clave: Auditoría Administrativa, control interno, procesos documentales, gestión de riesgos, laboratorio clínico.

ABSTRACT

This curricular integration project aimed to conduct an administrative audit to improve the organizational, accounting, and documentary processes of the "GASTROPATH" Clinical and Pathological Laboratory in Guaranda during 2024. The research arose from the need to address deficiencies identified during a preliminary visit, such as manual records without digital backups in Pathology, duplication of functions, and the absence of standardized procedures. Methodologically, a mixed-methods approach was adopted, combining descriptive and field research. An interview was conducted with the director, and Likert-scale surveys were administered to staff (3 employees) and 50 patients. Additionally, an internal control questionnaire based on the COSO I model was used to assess risk and confidence levels. The results showed that, while patient care is highly valued, significant weaknesses exist. The documentation area presented a low confidence level (33.33%) and a high risk (66.67%) due to the management of manual records without digital backups. The accounting area showed a medium level of confidence (67.50%) with deficiencies in the segregation of duties and incomplete documentation.

In conclusion, a final report was prepared with 20 findings and a recommendations matrix. Consequently, the design of an Excel-based record template was proposed as a daily control tool for pathology and cytology, in order to mitigate documentary risks and lay the foundation for more reliable management aligned with current legal regulations.

Keywords: Administrative Audit, internal control, document processes, risk management, clinical laboratory.

CAPITULO I

FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1.Descripción del problema

A nivel global, los laboratorios clínicos están sujetos a estándares internacionales como la ISO 15189:2012, que exigen calidad, trazabilidad y auditorías continuas (Organización Internacional de Normalización, 2022). La digitalización es clave para reducir errores y optimizar recursos (OMS, 2019). En Ecuador, el MSP y la ACESS exigen procesos estandarizados y control internos efectivo (ACESS, 2022), pero muchos laboratorios aún siguen operando de forma manual, lo que genera riesgos operativos y legales.

En cuanto al estándar nacional de MSP y ACESS, aunque se solicitan procesos estandarizados y con control interno efectivo, los informes de supervisión de ACESS, de forma reiterativa, evidencian deficiencias en la gestión documental y en la digitalización en los laboratorios de menores escalas. Esta brecha se acentúa en el ámbito regional. En la provincia de Bolívar, en el cantón Guaranda, los laboratorios clínicos se replican estos problemas y limitaciones tecnológicas, la ausencia de sistemas contables, y el deficiente nivel de capacitación del personal. Esta situación obstaculiza la planificación financiera, el control interno y la gestión de auditorías, manteniendo una gestión precaria y expuesta a riesgos (Piguave Toala, 2022).

A nivel organizacional, el Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH” es el ejemplo de estas deficiencias, gracias a las visitas realizadas a dicha entidad se identificó que el área de Patología y Citología, el 100% de los registros son realizados de forma manual y sin respaldo digital, lo que causa duplicidad de datos, demoras en la atención y riesgo constante de pérdida de información. Además, el laboratorio cuenta con dos empleados que no tienen una función definida, generando sobrecarga laboral, ausencia de control internos y una brecha operativa entre áreas. Por ello, la aplicación de una auditoría administrativa es fundamental, ya que aporta información clave para decidir y mejorar. Según (Rodríguez &

Jaramillo , LA AUDITORÍA: DISCIPLINA FUNDAMENTAL EN EL PROCESO PARA EVALUAR LA EVIDENCIA EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO, 2023), esta herramienta permite investigar y analizar el funcionamiento administrativo de áreas específicas o de toda la organización. La auditoría administrativa será desarrollada desde el 01 de enero al 31 de diciembre 2024, con el objetivo de identificar las causas fundamentales y los efectos derivados de la problemática existente, y formular propuestas de mejoramiento que contribuyan a optimizar la eficiencia y eficacia en la gestión administrativa del laboratorio.

1.2.Formulación del Problema

¿De qué manera la ejecución de una auditoría administrativa permite diagnosticar las debilidades y contribuir a la mejora de la eficiencia y eficacia de los procesos organizativos, contables, documentales en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH" en la ciudad de Guaranda año 2024?

1.3.Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el estado actual de los procesos organizativos, contables y documentales del Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH"?
- ¿Qué áreas o procesos presentan las mayores debilidades y oportunidades de mejora?
- ¿Qué técnicas y herramientas de auditoría administrativa son las más adecuadas para evaluar esta organización?
- ¿Qué hallazgos se obtiene a partir de la aplicación de una auditoría administrativa?
- ¿Qué propuestas de herramienta de control puede optimizar el registro de actividades en el área de Patología y Citología?

1.4.Justificación

El **motivo** para realizar este trabajo de investigación surge del interés en aplicar de manera práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera de Contabilidad y Auditoría en la Universidad Estatal de Bolívar. Además, buscamos contribuir desde

nuestra formación a mejorar una organización de salud local y que este estudio sirva como referencia para futuras investigación en auditoría aplicada al sector sanitario.

Porque durante las visitas al Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH” se evidencio que los procesos en áreas como Patología y Citología son manuales, sin respaldo digital ni control adecuado. Hasta ahora, no se ha realizado una auditoría que revise a fondo estas fallas, lo que pone en riesgo tanto la calidad del servicio como el cumplimiento de las normas. Corregir esto no solo evitará problemas futuros, sino que también aliviará la carga del personal y hará que la atención a los pacientes sea más fluida.

El presente trabajo se elabora **para** poder identificar las deficiencias que presentan en la gestión administrativa, contable y documental del laboratorio, a través de la auditoría que establecerá la situación real de la institución, cuyo producto será el diseño de un modelo de registro en Excel, el cual servirá como una herramienta para el control diario de las actividades del área de Patología y Citología. Esto con el fin de poder reestructurar los procesos internos, regular el cumplimiento y optimizar la gestión de manera permanente.

La **importancia** de realizar esta auditoría administrativa está en que permitirá organizar mejor el trabajo, proteger la información de los pacientes, cumplir con la ley, normativa, y dar el primer paso para una gestión más moderna y confiable.

Es **viabl**e porque el laboratorio ha mostrado interés en mejorar y está dispuesto a colaborar con la información necesaria. Además, contamos con el conocimiento y las herramientas para llevarla a cabo de manera práctica y útil esta investigación.

Como **beneficiarios** directos del servicio obtendrán claridad diagnóstica y definiciones para avanzar, el laboratorio y sus responsables. A los trabajadores, en el sentido de una mejor delimitación de funciones y menor carga, así como a los pacientes, en relación con un servicio más ágil y seguro, serán beneficiados de manera indirecta.

Finalmente, nuestro trabajo se establece en la **Línea** de investigación de tendencias y tensiones del desarrollo empresarial, con una **Sublínea** de Auditoría Administrativa y control interno para mejorar continua organizacional.

1.5.Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Realizar una auditoría administrativa como herramienta de mejora en los procesos organizativos, contables y documentales del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH" en la ciudad de Guaranda año 2024

1.5.2. Objetivo específico

- » Diagnosticar la situación actual de los procesos organizativos, contables y documentales periodo 2024.
- » Ejecutar el procedimiento de auditoría en el área de Patología y Citología del laboratorio "GASTROPATH"
- » Elaborar el informe final de auditoría y la fase de seguimiento
- » Proponer el diseño de un modelo de registro en Excel como herramienta de control diario de las actividades del área de Patología y Citología

1.6.Idea a defender

- » La ejecución de la Auditoría Administrativa permitirá identificar de manera precisa las deficiencias y sentará las bases para la mejora de los procesos organizativos, contables y documentales en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH"

1.7.Variables

Variable Independiente: Auditoría Administrativa

Variable dependiente: Mejora en los procesos organizativos, contables y documentales

1.7.1. Operacionalización de las Variables

Variable Independiente: Auditoría Administrativa

Tabla 1. Variable Independiente: Auditoría Administrativa

Conceptualización	Categoría	Indicadores	Ítems básicos	Técnica e instrumentos
Proceso sistemático de evaluación que examina la estructura, funcionamiento y resultados administrativos para identificar áreas de mejora y proponer correctivos.	**Diagnóstico Preliminar**	-Grado de completitud del diagnóstico inicial. -Nivel de identificación de debilidades críticas.	¿Se recopiló información preliminar? ¿Se definió el alcance de la auditoría?	Revisión documental Entrevista inicial
	Ejecución	-Grado de aplicación de técnicas de auditoría. -Nivel de suficiencia y competencia de la evidencia recolectada.	¿Se utilizaron listas de verificación (checklists)? ¿Se realizaron observaciones in situ?	Observación directa, Muestreo documental
	Informe y propuestas	-Calidad del informe de hallazgos y recomendaciones. -Pertinencia y aplicabilidad de la herramienta de control propuesta.	¿El informe incluye causas, efectos y recomendaciones? ¿La herramienta propuesta (Excel) es aplicable y sencilla?	Informe de auditoría, Matriz de propuestas, Prototipo en Excel

Nota. *Elaborada por las autoras, sobre la variable independiente: Auditoría Administrativa, detallando su conceptualización, categorías, indicadores, ítems básicos y técnicas e instrumentos.*

Variable dependiente: Mejora en los procesos organizativos, contables y documentales

Tabla 2. Variable dependiente: Mejora en los procesos organizativos, contables y documentales

Conceptualización	Dimensión	Indicadores	Ítems básicos	Técnica e instrumentos
Procesos organizativos, contables y documentales que, al ser optimizados, incrementan la eficiencia operativa, el control interno y el cumplimiento normativo del laboratorio, garantizando un servicio de calidad y confiable.	**Organizativos**	1. Nivel de definición de funciones. 2. Grado de sobrecarga laboral percibida. 3. Nivel de conocimiento de la estructura organizativa.	¿Considera que sus funciones están claramente definidas por escrito? ¿Existe sobrecarga de tareas debido a funciones no delimitadas? ¿Conoce el organigrama y la estructura formal del laboratorio?	-Encuesta (escala Likert) al personal. -Entrevista semiestructurada.
	Contables	1. Porcentaje de registros contables con respaldo digital. 2. Existencia de un manual o procedimiento formal de control interno contable. 3. Frecuencia de cumplimiento de obligaciones tributarias (SRI).	¿Los comprobantes de egreso/ingreso tienen respaldo físico y digital? ¿Existe un documento que formalice los procesos de control de gastos e ingresos? ¿Se presentan las declaraciones tributarias dentro de los plazos establecidos?	-Revisión documental (muestreo de comprobantes). - Lista de verificación de cumplimiento.
	Documentales	1. Porcentaje de registros clínicos en Patología/Citología con respaldo digital. 2. Frecuencia de duplicidad de datos de pacientes. 3. Grado de utilidad percibida de una herramienta de registro digital.	¿Los informes de resultados tienen archivo digital (PDF, imagen)? ¿Se han identificado casos de pacientes con datos repetidos en diferentes formatos? ¿Considera que una plantilla en Excel mejoraría el registro diario?	-Observación directa de los registros. - Muestreo de historias/registros. - Entrevista al personal del área.

Nota. *Elaborada por las autoras, sobre la variable dependiente: Mejora en los procesos organizativos, contables y documentales, detallando su conceptualización, categorías, indicadores, ítems básicos y técnicas e instrumentos.*

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1.Antecedentes

El marco teórico del presente proyecto de investigación se sustenta científicamente en investigaciones realizadas que hacen referencia a nuestro tema. Estos estudios demuestran que las dificultades identificadas no son aisladas, sino recurrentes en el sector de laboratorios clínicos en Ecuador

2.1.1. Global y Normativo

Los laboratorios clínicos establecen sus operaciones basados en estándares de calidad internacionales. La norma ISO 15189:2022 establece que estos laboratorios deben de tener un sistema de gestión de calidad, personal calificado, y procesos de trazabilidad y auditoría interna. Todo esto, se hace con la finalidad de estandarizar la confiabilidad en la obtención de resultados de los análisis (Organización Internacional de Normalización, 2022). Por otra parte, en informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), se menciona que la digitalización de los procesos en los laboratorios es importante y fundamental. La digitalización es importante para la disminución de errores, la optimización de recursos y la protección de la información de los pacientes. La normativa ISO 15189:2022 establece modelos de gestión modernos, que son auditados y digitalizados y que sirven de referencia para las comunidades que están en evaluación.

2.1.2. Evidencia e Investigaciones Nacional en Ecuador

En Ecuador, el trabajo académico ha validado la existencia de una evidente brecha entre los estándares internacionales y la práctica operativa en un número considerable de laboratorios. Varios trabajos de tesis universitaria han registrado este problema en diferentes provincias de Ecuador, formando precedentes directos para este trabajo de investigación.

Palma Mendoza (2012), en su tesis presentada a la Universidad Estatal del Sur de Manabí, realizó una auditoría administrativa en el área de recursos humanos del

laboratorio “Interlab S.A.” en Portoviejo. La investigadora señaló que la ausencia de procesos estandarizados, la limitada supervisión y la falta de capacitación impactaron negativamente en la productividad y la calidad del servicio. Concluyó que la auditoría administrativa permite elaborar planes de reestructuración y, de manera sistemática, evaluar el desempeño del personal.

Por su parte, Guanuche Espinoza y Toaquiza Vega (2022) desarrollaron una investigación orientada a evaluar el cumplimiento de la norma ISO 15189 en laboratorios clínicos del centro del Ecuador. La investigación fue realizada mediante un enfoque cualitativo y listas de cotejo, gracias a esto determinaron que más de 70% de los laboratorios no cumplen adecuadamente con los estándares de gestión documental y control interno. El hallazgo principal detectada por los autores fue que la falta auditorías administrativas periódicas limita la mejora continua y afecta la confiabilidad de los resultados clínicos.

Uno de los estudios más recientes de particular interés es el de Quintana Ponce (2024), quien en la Universidad de las Américas, elaboró una tesis que analizó los sistemas de gerenciamento documental en pequeños laboratorios clínicos. A través de la investigación de campo, la autora identificó que la falta de digitalización, la mala constitución de los archivos y la falta de protocolos generaban pérdidas de información y retrasos en la entrega de resultados. La autora indica que la optimización del control institucional se logra por la conjugación de las auditorías administrativas y la aplicación de algunas herramientas digitales.

Por último, Barcos Gonzales (2024), en la Universidad Estatal del Sur de Manabí, elaboró una tesis en la cual diagnosticó, a través de una auditoría, el sistema de control de inventarios en el laboratorio “Cedilab”. El investigador señala que la ausencia de un sistema informático generaba desabastecimiento y la paralización de la prestación de servicios, por lo que propuso como alternativa la implementación de un software contable.

2.1.3. Caso de Estudio: "GASTROPATH"

El laboratorio "GASTROPATH" en Guaranda ejemplifica las problemáticas descritas a nivel nacional. Su operación en el área de Patología y Citología es

completamente manual, sin respaldo digital, lo que causa duplicidad de información y riesgo de pérdida de datos. Además, presenta una delimitación deficiente de funciones del personal y carece de procedimientos estandarizados de control interno.

El caso que se presenta es ideal para el estudio por varias particularidades, primero, colección de todos los documentos, debilidades organizacionales y de las deficiencias de control que se han evidenciado en la literatura y, segundo, por su tamaño y disposición al cambio, permite la implementación de soluciones documentales simples, que podrían ser, por ejemplo, una hoja de cálculo en Excel, y que se podrían repetir en laboratorios de la misma provincia.

2.2.Marco científico

La presente investigación, para garantizar un desarrollo teórico exhaustivo y metodológicamente sólido, se ha organizado siguiendo el esquema estructural propuesto por Reidl-Martínez, (2012). La autora plantea que la construcción del marco científico debe articularse mediante secciones diferenciadas que aborden, por un lado, la literatura concerniente a las variables de estudio y sus interrelaciones, y por otro, una revisión de los procedimientos metodológicos más relevantes para el tipo de investigación.

2.2.1. Evolución Histórica del Concepto de Auditoría

Al inicio la auditoría empezó como una activad enfocada únicamente en revisar los registros contables, es decir, se encargaba de comprobar si los datos anotados coincidían o no coincidían con la realidad y sobre todo si eran correctos. Con el pasar del tiempo, su campo de acción se amplió, y hoy en día la auditoría ya no solo se trata de revisar números, ahora de encarga de evaluar todo el funcionamiento de una organización encargada de asegurar que se trabaje correctamente y con trasparencia.

A medida que pasa el tiempo y las organizaciones van ganando en complejidad, el objetivo de la auditoría ha ido evolucionando. Esta disciplina ha ido dejando atrás la simple verificación de cifras, para convertirse en una herramienta que permite

llevar a cabo una evaluación compleja de la gestión institucional. Este enfoque fue el resultado de la obra de aportes académicos, como por ejemplo el de Madariaga, J.M. (1986), quien extiende su campo de estudio hacia el examen de los documentos y registros administrativos. En el libro Auditoría Básica, el autor propone la auditoría como "el examen de los registros y documentos administrativos, para verificar su exactitud, integridad y autenticidad" (p. 29).

Esta definición constituye un punto de quiebre pues desplaza el foco desde la corrección numérica hacia la integridad de la información y la autenticidad de los documentos que la respaldan. Prácticamente, la auditoría se convirtió en un mecanismo que permite establecer la confiabilidad de la información generada por una institución y, por ende, la calidad de los soportes que sustentan la toma de decisiones.

Hoy en día, la auditoría se consolida como un proceso riguroso, sistemático e independiente, cuya finalidad es obtener y valorar evidencias de manera objetiva para determinar el grado en que una organización cumple con criterios preestablecidos, sean estos normativos, financieros, operativos o de calidad Manrique Plácido, (2019). Este recorrido evolutivo (desde la comprobación aritmética hasta la evaluación integral de la gestión) ha posicionado a la auditoría como una herramienta indispensable para la mejora continua. Su valor radica en su capacidad para diagnosticar la realidad organizacional y fundamentar propuestas de correctivos que fortalezcan el desempeño institucional en su conjunto (Peña Gutiérrez, (2014).

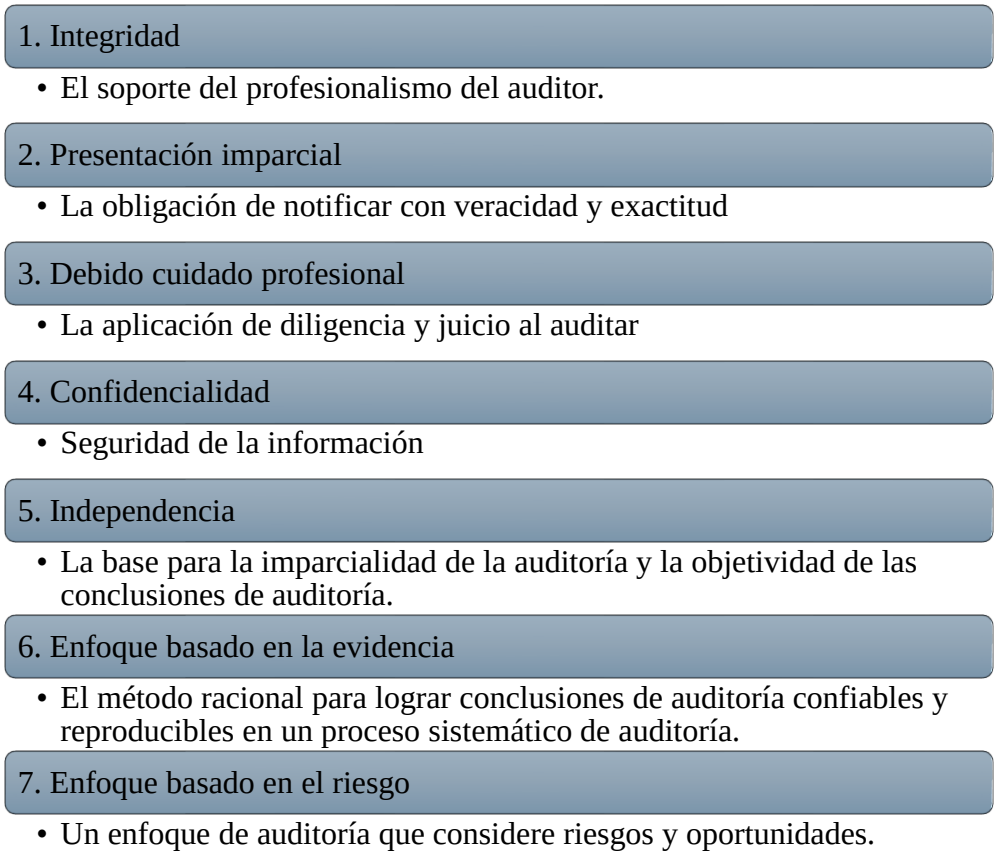
2.2.2. Objetivo de la Auditoría

Como lo indican Chavarria y Paniagua (2016), la auditoría tiene como propósito primordial evaluar y mejorar la eficacia y eficiencia de los controles internos, tanto financieros como operativos de una organización, así como también otorgar seguridad y confiabilidad respecto de la información financiera y de los procesos de la organización.

2.2.3. Principios Básicos de la Auditoría

La norma (ISO 19011:2018) establece los siete principios fundamentales que rigen la ejecución de cualquier auditoría para garantizar su validez y utilidad.

Figura 1. *Principios de Auditoría*



Fuente. *Norma ISO 19011:2018, Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión, pg.15. Recuperado de: https://www.cctumaco.org/wp-content/uploads/2023/12/ISO-19011-2018-DIRECTRICE-PARA-AUDITOÍAS.pdf*

2.2.4. Clasificación de la Auditoría

La auditoría se puede clasificar desde diferentes perspectivas para entender su alcance y finalidad. Para la presente investigación, lo dividimos en dos partes: por la procedencia del auditor y su área de aplicación.

2.2.4.1.Por la procedencia del Auditor

Auditoría Externa

Se trata de un proceso autónomo que llevan a cabo profesionales externos a la organización. Como Rojas Ruíz, (2021) menciona, su propósito primordial es evaluar y certificar la veracidad y la integridad de los estados financieros, con la finalidad de ofrecer un dictamen imparcial que genere confianza a los terceros, como inversionistas, acreedores y entes reguladores. La auditoría externa es regulada por leyes estrictas y, por lo general, es de carácter mandatorio por razones de orden legal o de certificación.

Auditoría Interna

Rojas Ruíz, (2021), menciona que la auditoría interna es llevada a cabo por profesionales que forman parte de la misma organización, los auditores internos tienen una función evaluadores y consultiva permanente sobre los controles operativos y transacciones. Su enfoque está en la mejora continua, sugiriendo mejoras a los procedimientos para aumentar la eficiencia, la eficacia y la gestión de riesgos, al servicio directo de la dirección de la empresa.

2.2.4.2.Por su área de aplicación

Auditoría Financiera

Para esta auditoría, el desafío más importante es evaluar el balance y el estado de resultados de la organización, para proporcionar el soporte de una opinión que asegure del informe, que, no en todos los aspectos, pero, en todos los casos, se cumplen los hechos y la realidad económica y financiera de la entidad Elizalde Marín, (2018). Esta actividad descansa en la comprobación de las operaciones y saldos de la contabilidad, de forma que se responda el ajuste contable a las normas de información financiera y a los principios de contabilidad que se aceptan generalmente. Su valor se basa, en mayores términos, en la confianza y en la certeza que se da a los usuarios externos, inversores, acreedores, reguladores, etc.

Auditoría Operacional

Trasciende el ámbito puramente contable para adentrarse en el corazón operativo de la organización. Su foco se desplaza desde "qué dicen los números" hacia "cómo

se hacen las cosas". Evalúa procesos críticos como la cadena de suministro, la producción, la logística o la atención al cliente, con el objetivo de diagnosticar cuellos de botella, desperdicios de recursos, duplicidad de esfuerzos o fallas en los controles Zambelli., R., (2023) .El informe de una auditoría operacional no juzga la razonabilidad de las cifras, sino la eficacia y eficiencia de los métodos de trabajo, proponiendo recomendaciones concretas para optimizar el uso de los recursos (humanos, materiales, tiempo) y mejorar la productividad.

Auditoría de Gestión o Administrativa

Se ha elegido esta modalidad porque tiene un enfoque más holístico. La financiera se limita a los resultados y la operacional se centra en procesos concretos, la auditoría de gestión mira el sistema total que los genera. Francisco, J. (2020) considera que se trata de analizar de manera integral la estructura organizativa, la definición de funciones, la adecuación de los procedimientos administrativos, la efectividad del sistema de control interno, la dirección y su capacidad para el logro de las finalidades estratégicas. La más importante de estas finalidades es ofrecer una perspectiva integradora del desempeño gerencial, en la que se consideren fortalezas y debilidades sistémicas, para la elaboración de planes de acción que, en el caso de la organización, controlen su vulnerabilidad y aseguren su sostenibilidad.

Auditoría Gubernamental

Implica una especialización que utiliza los principios de auditoría en el ámbito público y en las entidades que administran recursos del Estado. Su meta no se limita a la comprobación contable, sino que se convierte en un instrumento de control social y de buena gobernabilidad. Busca que los recursos económicos del Estado se empleen de manera económica, eficiente y eficaz, para los fines que la ley lo determine. También fomenta la gestión transparente, la rendición de cuentas a la sociedad, y se convierte en un mecanismo de prevención y disuasión de actos de corrupción o de mala gestión (Rodríguez, Gonzále, & José, 2023). No se limita a la auditoría del cumplimiento de las normas, sino que evalúa el efecto o impacto social y económico de las acciones, programas y políticas públicas.

Examen Especial

es un trabajo de alcance limitado y objetivo muy específico. No se realiza de manera periódica, sino que se activa ante indicios, denuncias o riesgos particulares que requieren una indagación inmediata y profunda. Combina técnicas de la auditoría financiera como el rastreo de transacciones y de gestión como el análisis de controles y procedimientos para investigar un hecho concreto, como un presunto fraude, un desvío de recursos, un conflicto de interés o una irregularidad administrativa grave Figueroa Hurtado, (2019). Su producto es un informe detallado que presenta evidencias sobre lo ocurrido, sus causas y los responsables, sirviendo frecuentemente como soporte para decisiones legales o disciplinarias.

2.2.5. Auditoría Administrativa

La administración de auditorías es uno de los pilares teóricos y prácticos que sustentan esta investigación. Es fundamentalmente más que una técnica de control; es un enfoque sistemático de diagnóstico que, a partir de los avances en la evolución del concepto de auditoría, busca examinar y perfeccionar la gestión global de una organización.

2.2.5.1.Definición

Chiavenato, (2011), define la auditoría administrativa como un examen sistemático y evaluativo de políticas, planes, procedimientos y controles para determinar su adecuación y eficiencia en la ejecución de una organización. Koontz, Weihrich y Cannice Koontz, Harold; Weihrich, Heinz; Cannice, Mark, (2012), quienes enfatizan que su fin último es medir con qué eficiencia, eficacia y economía se emplean los recursos institucionales, con el objetivo claro de señalar áreas críticas y plantear correctivos que fortalezcan la gestión.

Los aportes de Enrique Benjamín Franklin son muy relevantes para esta disciplina. Franklin en su libro “Auditoría Administrativa: Gestión estratégica del cambio” se refiere a la auditoría como un proceso “riguroso, integral y objetivo” que escudriña la administración de todos los recursos (humanos, financieros y materiales) para identificar debilidades y oportunidades de mejora. Franklin (2007). En un concepto

posterior, la define como “examen objetivo y profesional” que se utiliza para “valorizar resultados y evidenciar oportunidades” Franklin F, (2013). En esta última, se aprecia un cambio de una simple perspectiva funcional a uno profundamente estructural que relaciona la auditoría con los procesos de optimización y de cambio estratégico en la organización.

La importancia de la auditoría administrativa en los laboratorios clínicos es vital. Destacan Carboni y Sáenz (2019), que deja de ser un control y pasa a ser un mecanismo que garantiza la calidad analítica, la seguridad de los pacientes y la confianza en los resultados. Evaluar la eficiencia de los procesos administrativos, en este caso, es directamente proporcional a garantizar la trazabilidad y la competencia técnica del personal, así como a la salud pública.

2.2.5.2.Objetivo

Para Franklin F, (2013) la auditoría administrativa tiene por objeto examinar de manera integral la eficiencia y eficacia de la gestión de recursos en una organización, identificar sus áreas críticas y proponer correctivos que optimicen la gestión y fortalezcan el control interno.

Para una mejor comprensión, agrupamos estos objetivos en tres ejes estratégicos principales:

1) **Eje de Eficiencia y Estructura Interna:**

Los objetivos que se encuentran en este eje están dirigidos a la organización en su optimización operacional.

» **Control y Productividad:** Se centran en la evaluación del desempeño, en comparación con estándares, y en la mejora del uso de los recursos (humanos, financieros y materiales).

» **Organización:** Se busca comprobar que la estructura y la delimitación de funciones y procedimientos sean claras y apoyen la mecánica de trabajo en equipo.

2) **Eje de Calidad y Orientación Externa:**

En este eje se agrupan los objetivos que relacionan a la organización con su entorno y la calidad de toda su labor.

» **Servicio y Calidad:** Se analizan los procesos internos y su impacto en la satisfacción del cliente y la competitividad de los productos o servicios.

» **Interacción y Vinculación:** Se analiza la relación estratégica de la organización con sus proveedores, clientes y en la globalización.

3) Eje de Aprendizaje y Adaptación:

Este eje incluye los objetivos que garantizan que la auditoría sea un instrumento activo para el mejoramiento continuo.

» **Aprendizaje y Toma de Decisiones:** Convertir hallazgos en conocimiento institucional y una base sólida para futuras orientaciones.

» **Cambio:** Fomentar una cultura organizacional que apoye la innovación y la mejora.

2.2.5.3.Importancia

Debido a las evaluaciones meticulosas y metódicas de los procesos de gestión de una organización, la auditoría administrativa es una función principal de las organizaciones modernas. En palabras de Melo Iscala, (2017), una práctica de esta naturaleza ilustra un diagnóstico objetivo, uno que no solo destaca debilidades sino que también identifica fortalezas institucionales, ayudando así al diseño de medidas correctivas y de mejora para una administración efectiva.

Según Zambrano Rodríguez, (2021), esta función proporciona la confiabilidad de los procesos organizacionales y presenta a la dirección datos reales con el propósito de optimizar la eficiencia y eficacia de los recursos. Como consecuencia directa, las actividades operativas se agilizan, especialmente aquellas con los niveles más altos de riesgo o vulnerabilidad dentro de la estructura de una organización.

2.2.5.4.Campo de aplicación

De acuerdo con Chavarría Paniagua, (2016), la auditoría administrativa es una herramienta de aplicación universal. Esto quiere decir que puede implementarse en cualquier clase de organización, independientemente de su modelo de gestión, sus procedimientos internos o sus directrices operativas, ya que todos estos aspectos son susceptibles de ser evaluados. Su uso es pertinente tanto en el ámbito de las instituciones públicas como en el de las empresas privadas, y su propósito fundamental en todos los casos es el mismo: identificar y corregir las fallas en los procesos de las áreas que sean sometidas a examen.

2.2.5.5.Ventajas

Según el análisis de Azogue y Pérez, (2024), la auditoría administrativa ofrece ventajas fundamentales para las organizaciones:

- **Identificación de áreas de mejora:** Permite detectar de manera sistemática aspectos específicos en la gestión y la estructura organizativa que presentan oportunidades para optimizar el desempeño institucional.
- **Mejora de la eficiencia y eficacia:** Al identificar errores y oportunidades, sienta las bases para formular acciones que mejoren la productividad (eficiencia) y el logro de objetivos (efectividad) en procesos y procedimientos.
- **Evaluación de riesgos:** Ayuda a revisar proactivamente las posibles amenazas operativas, administrativas o de control para prevenir que se conviertan en problemas de alta relevancia.
- **Evaluación de cumplimiento:** Funciona como un mecanismo de control para determinar que las actividades que realiza la organización se encuentren en congruencia con las políticas internas, los parámetros de calidad y la normativa vigente.

2.2.5.6.Desventajas

La aplicación de una auditoría administrativa también conlleva ciertos desafíos que es necesario gestionar Azogue y Pérez, (2024):

- **Requerimientos de recursos:** Puede suponer una carga operativa y financiera temporal para la organización, ya que, en términos de tiempo y costos, puede representar una inversión importante.
- **Resistencia organizacional:** Identificar áreas críticas puede causar que algunos empleados y gerentes se resistan al cambio, lo que dificultaría la implementación de la mejora propuesta.
- **Riesgo de subjetividad:** La persona auditora puede tener algún sesgo que podría influir en los hallazgos y conclusiones, lo que podría llevar a aberraciones en los resultados.
- **Impacto en el clima laboral:** La falta de explicación y de empatía en el proceso puede generar inseguridad y ansiedad en los colaboradores, quienes pueden percibir que la situación es objeto de una evaluación crítica, lo que puede provocar una disminución de la motivación y la moral.

2.2.5.7.Alcance

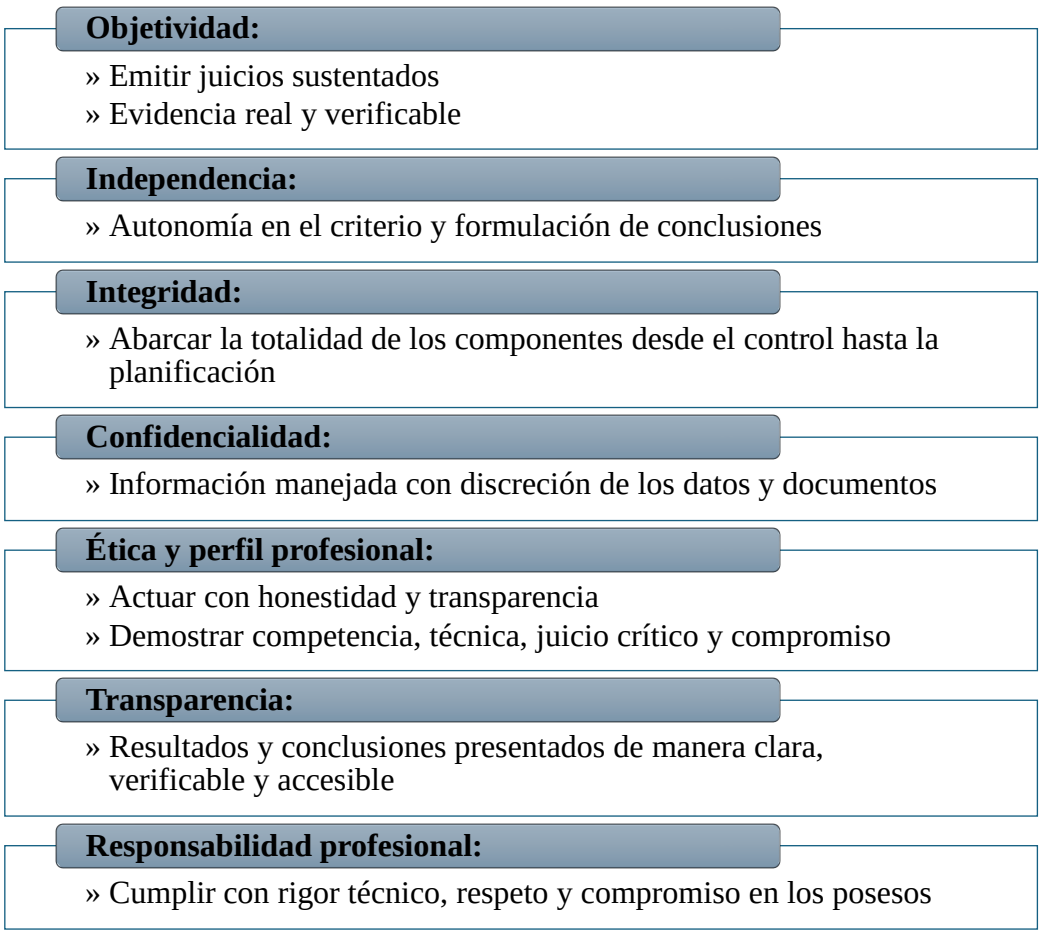
El costo de implementar una auditoría administrativa puede constituir una carga para la organización. Algunas de las dificultades que se pueden presentar son la escasez de recursos, la apatía o resistencia de los colaboradores y gerentes de las áreas que se están auditando (lo que puede obstaculizar la puesta en marcha de las sugerencias mejoradoras), y la tendencia a la subjetividad del auditor, que puede dejar de ser imparcial y añadir juicio personal en alguna de las conclusiones. En última instancia, la falta de un manejo claro y amigable del proceso, puede generar confusiones que incidan en la moral del personal, especialmente si se considera una evaluación punitiva (Azogue Azogue & Pérez Yancha, 2024).

2.2.5.8.Principios

La auditoría administrativa según Franklin F, (2013) se apoya en una serie de principios fundamentales que garantizan su transparencia, objetividad y

confiabilidad. Estos valores orientan la conducta profesional del auditor y aseguran que el proceso se desarrolle de manera ética y responsable.

Figura 2. *Principios de la Auditoría Administrativa*

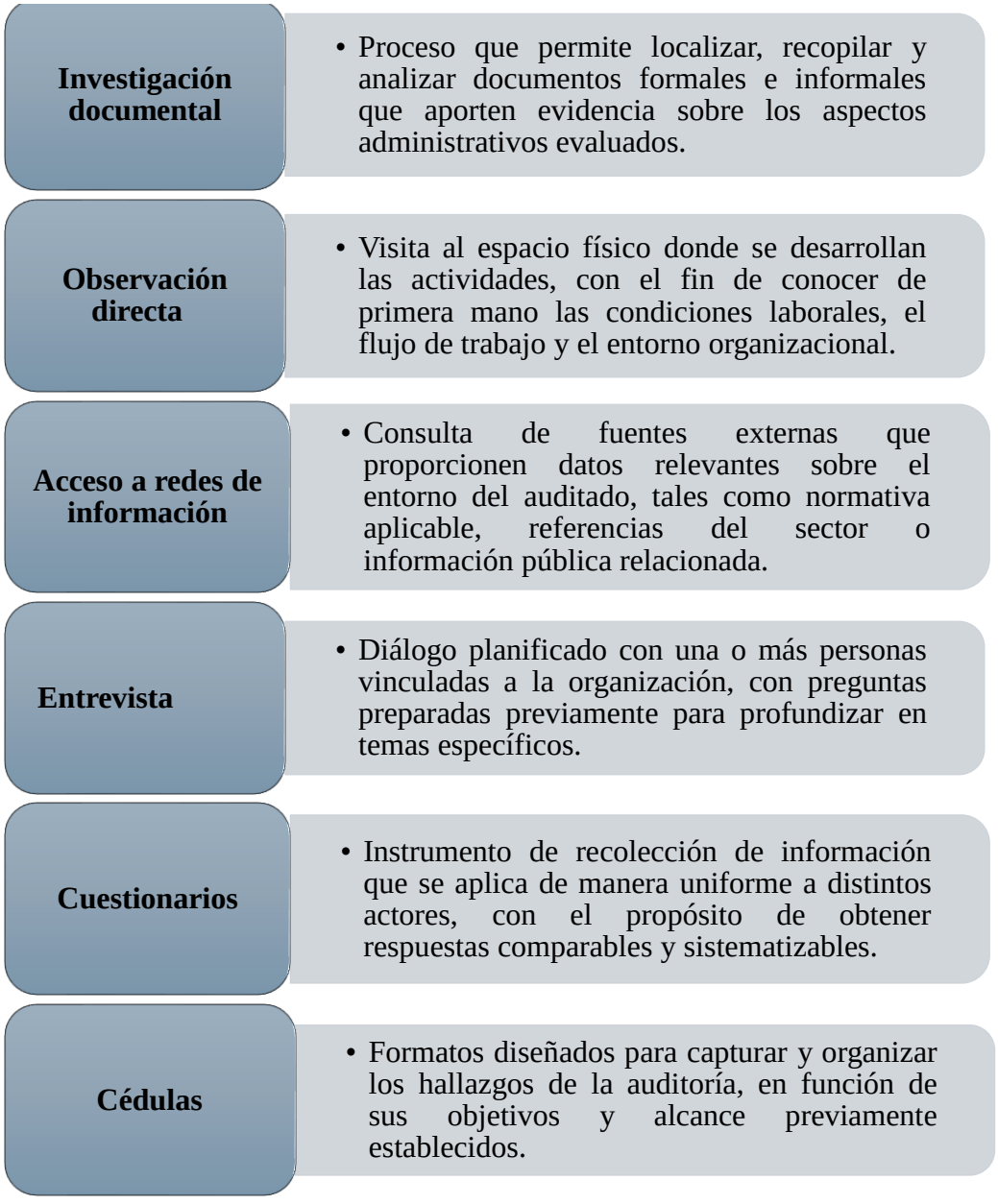


Nota. *Fuente: FRANKLIN F, Enrique B, Auditoría Administrativa*

2.2.5.9.Técnicas

La ejecución de una auditoría administrativa requiere la aplicación sistemática de diversas técnicas que permitan recopilar información relevante de manera organizada, objetiva y eficiente.

Figura 3. *Técnicas de Auditoría Administrativa*



Fuente. *Elaborado por las autoras, con base en las técnicas de aplicación empleadas en la auditoría administrativa.*

2.2.5.10. Papeles de Trabajo

Los papeles de trabajo representan una herramienta de apoyo fundamental para el auditor, ya que facilitan la organización, sistematización y coherencia del proceso de auditoría. De acuerdo con Franklin (2013), estos documentos (también denominados registros) constituyen la base material donde se consignan las técnicas empleadas, los procedimientos ejecutados, las evidencias revisadas, los datos recopilados y los juicios profesionales emitidos durante el desarrollo de la auditoría.

Los papeles de trabajo, como mencionamos anteriormente, son la principal documentación sobre la cual se apoya el auditor para realizar su trabajo. Su objetivo principal es la recopilación y la sistematización de la información obtenida durante la revisión, la cual sustentará la elaboración del informe final y, las conclusiones y recomendaciones que se deriven del trabajo analítico.

2.2.5.11. Evidencia

En la auditoria la evidencia es la materia prima que sostiene los hallazgos que se encuentran al realizar la auditoría, es fundamental ya que se considera la base de las conclusiones y recomendaciones del auditor (Franklin F. 2007).

La evidencia se puede obtener de diferentes maneras:

- **Observación directa:** El auditor observa las actividades, instalaciones, o procesos en el lugar.
- **Documental:** Se obtiene de la revisión de papeles, registros, facturas, contratos, informes, y cualquier documento que produzca la organización.
- **Testimonial:** Es ubicada en las declaraciones de las personas que son entrevistadas durante la auditoría.
- **Analítica:** Se obtiene de la elaboración de cálculos, comparaciones, agregación de datos o la elaboración de análisis con la información que fue recopilada.

Para que la evidencia sea útil en la auditoría, debe cumplir con ciertas características según Franklin F. (2013):

» **Suficiente:** Debe haber evidencia suficiente para respaldar lo que el auditor afirma.

» **Confiable:** Debe ser sólido y creíble, para poder respaldar de manera segura las conclusiones.

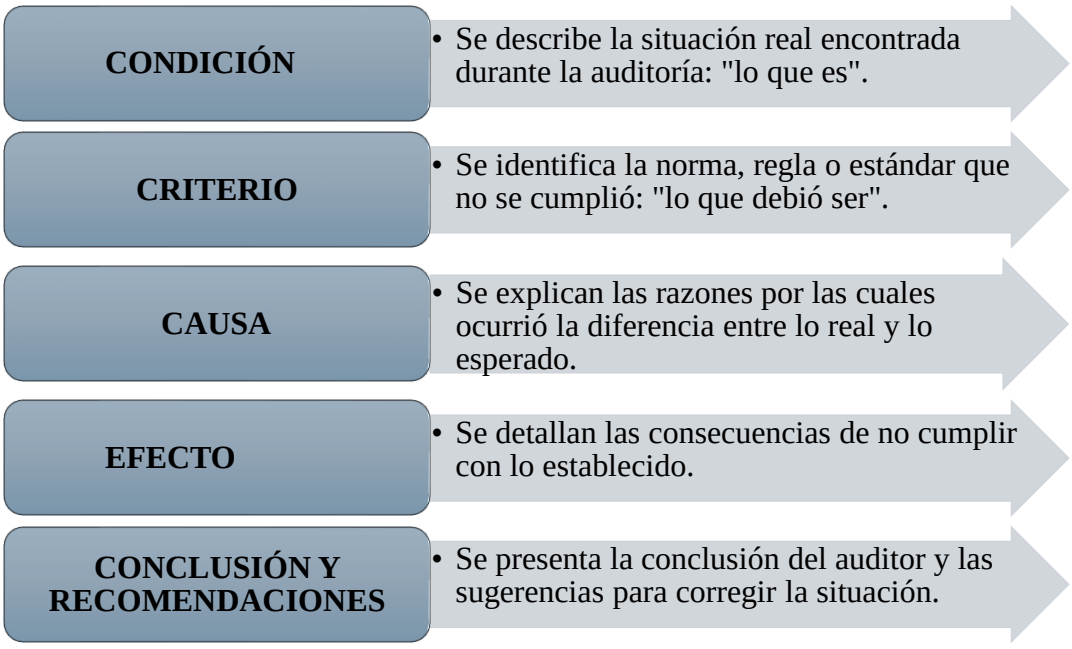
» **Relevante:** Debe estar directamente relacionado con lo que se está revisando y contribuir a la claridad del análisis.

» **Pertinente:** Debe corresponder al período de tiempo y los temas específicos que abarca la auditoría.

2.2.5.12. Hallazgo

Según Marulanda (2016), un hallazgo se entiende como la descripción ordenada de las situaciones que se encuentran durante la revisión. Estas situaciones pueden ser la falta de fortaleza, la existencia de irregularidades, errores o debilidades, pero también pueden ser la existencia de situaciones que sean consideradas positivas o donde se detecten oportunidades de mejora.

Figura 4. *Hallazgo: Criterios*



Fuente. *Elaboración propia por las autoras, en base a (Marulanda Tobón, 2016).*

2.2.5.13. Control Interno

De acuerdo con el modelo COSO I (2013), el control interno es un sistema de procesos diseñado para asegurar la confiabilidad de la información, la eficacia operativa y el cumplimiento normativo. En el contexto de un laboratorio clínico, un control interno sólido ayuda a prevenir errores en la contabilidad, protege la integridad de los registros y apoya la toma de decisiones basada en datos verificables.

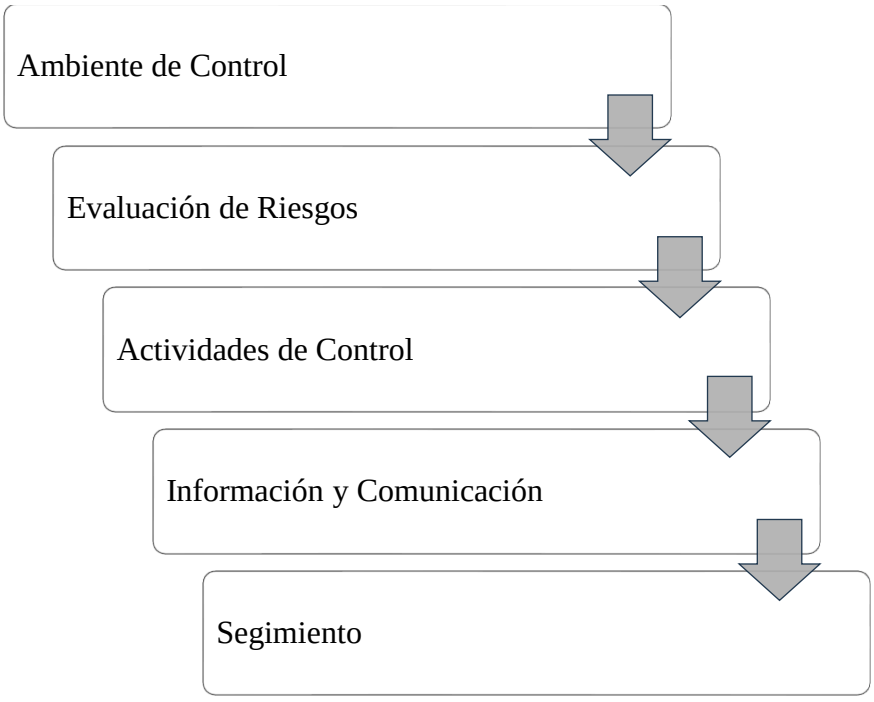
Según Bertani (2014), es el conjunto de mecanismos y actitudes que regulan el funcionamiento de una organización, abordando tres aspectos básicos:

» La efectividad y eficiencia de las operaciones.

» La confiabilidad de la información financiera.

» El cumplimiento de leyes y normativas vigentes.

Figura 5. *Componentes del Coso I*



Fuente. *Elaboración propia de las autoras con base a la información del autor (Bertani, 2014) sobre los componentes del modelo COSO I.*

Bertani (2014) describe los cinco componentes que conforman el modelo COSO I de control interno:

» **Ambiente de control**

Es la base de todo el sistema de control interno y gestión de riesgos. Define la cultura organizacional, establece normas de conducta y afecta la manera en que se establecen estrategias y objetivos.

» **Evaluación de riesgos**

Evaluación de los riesgos potenciales que podrían obstruir el logro de los objetivos. Ayuda a priorizar las acciones necesarias para gestionar los riesgos de manera adecuada.

» **Actividades de control**

Asegura que la dirección tenga información oportuna y relevante para apoyar la toma de decisiones y que la información relevante se comunique de manera efectiva dentro de la organización.

» **Información y comunicación**

Asegura que la dirección tenga información oportuna y relevante para apoyar la toma de decisiones y que la información relevante se comunique claramente dentro de la organización.

» **Supervisión y Seguimiento**

Evaluación continua de la efectividad del control interno, para evaluar e identificar áreas que necesitan mejoras y para asegurar que el sistema siga siendo relevante y funcional.

2.2.5.14. Informe de Auditoría

El informe de auditoría es el documento final en el que se registran los resultados obtenidos durante el proceso de auditoría. Debe identificar de manera precisa el área, sistema, programa o proyecto auditado, así como el objetivo de la revisión, su duración, alcance, recursos utilizados y metodologías aplicadas.

Franklin F. (2013), menciona algunos aspectos que se pueden tomar en cuenta en una auditoría para hacerla más efectiva.

» **Objetividad:** Presentar hechos sin influencias negativas y sin prejuicios.

» **Oportunidad:** En el lugar y en el momento adecuado para usar.

» **Claridad:** Redacción comprensible y simple para que los destinatarios puedan entender el contenido.

» **Utilidad:** Información que se puede aplicar para mejorar los procesos.

» **Calidad:** Ajustarse a los criterios y normas de los sistemas de gestión aplicables.

» **Lógica:** Ser coherente y estructurada de forma que logre los objetivos y metas de la auditoría.

2.2.5.15. Fases de la Auditoría Administrativa

El proceso de una auditoría administrativa se desarrolla de manera estructurada a través de varias etapas secuenciales. A continuación se presentan las cuatro fases principales que aseguran una revisión sistemática y bien fundamentada.

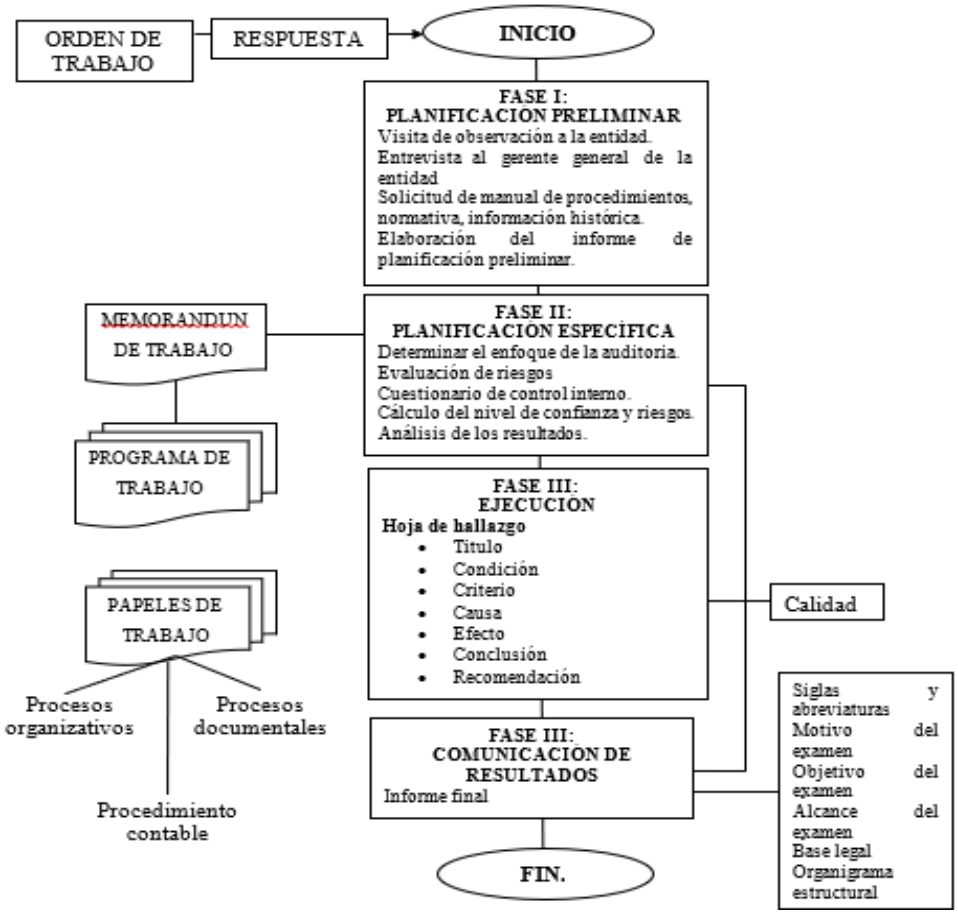
- **Fase 1:** Planificación Preliminar. Se realiza la recopilación de información general sobre la organización a auditar, visitas preliminares, cronograma de auditoría y se elabora una orden de trabajo. Luego, se verifica la documentación, se notifica el inicio de la auditoría y se elabora un informe.
- **Fase 2:** Planificación Específica. Se continúa con el diseño de la auditoría, determinando el tipo de examen a realizar, la evaluación de controles y la identificación de los niveles de riesgo y confianza. Se elabora un informe de Planificación Específica.

- **Fase 3: Ejecución de la Auditoría:** En esta fase se llevan a cabo las actividades contenidas en la planificación de la auditoría. Se recopila evidencia, se crean papeles de trabajo y se documenta todo para respaldar los hallazgos de la investigación.

- **Fase 4: Comunicación de Resultados:** Se lleva a cabo una reunión de cierre con la dirección o las personas a cargo de la entidad auditada, en la que se presentan los hallazgos, conclusiones y recomendaciones resultantes del proceso de auditoría.

2.2.5.16. Estructura de las fases de la Auditoría Administrativa

Figura 6. *Estructura de las Fases de la Auditoría Administrativa*



Fuente: *FRANKLIN F, Enrique B, Auditoría Administrativa, elaborado por las Autoras*

2.2.5.17. Gestión Documental

La gestión documental es fundamental para garantizar la trazabilidad, conservación y disponibilidad de la información generada en una organización. Una auditoría

administrativa examina el cumplimiento de las normativas aplicables, verificando la existencia, organización, protección y acceso adecuado a los registros institucionales. En este contexto, la norma ISO 15189:2012 establece requisitos específicos relacionados con la calidad y la competencia técnica en laboratorios clínicos, lo cual incluye también lineamientos para la gestión documental.

2.2.5.18. Cumplimiento Normativo

Robbins y Coulter (2010) argumentaron que el Cumplimiento Regulatorio es uno de los elementos que determinan la sostenibilidad de la institución, ya que esto asegura que las actividades/acciones legales de la institución se lleven a cabo. En este sentido, la auditoría administrativa tiene un papel preventivo y correctivo al identificar el incumplimiento y propone ajustes que orientan a la institución hacia el cumplimiento de las regulaciones aplicables.

2.2.5.19. Procesos Organizativos

Los procesos organizacionales denotan la totalidad de actividades, responsabilidades y estructuras que permiten a una institución funcionar de manera coordinada y efectiva. En palabras de Chiavenato (2011), estos procesos proporcionan los medios a través de los cuales se dividen las funciones, se delega la autoridad y se canaliza la comunicación en todos los niveles de la jerarquía. Una estructura organizacional óptima no solo ayuda en la asignación eficiente de recursos y el monitoreo del trabajo, sino que también contribuye a proporcionar un ambiente de trabajo ordenado en el que cada empleado es consciente de su papel y cómo se ajusta a los objetivos generales de la institución.

2.2.5.20. Procesos Contables

Los procesos contables engloban las actividades sistemáticas relacionadas con el registro, clasificación, análisis e interpretación de la información financiera de una organización. Horngren (2012), destaca que un sistema contable bien implementado debe cumplir con principios de exactitud, integridad y oportunidad, proporcionando datos confiables que reflejen la situación económica real de la entidad. Estos procesos incluyen desde la elaboración de estados financieros y el control de

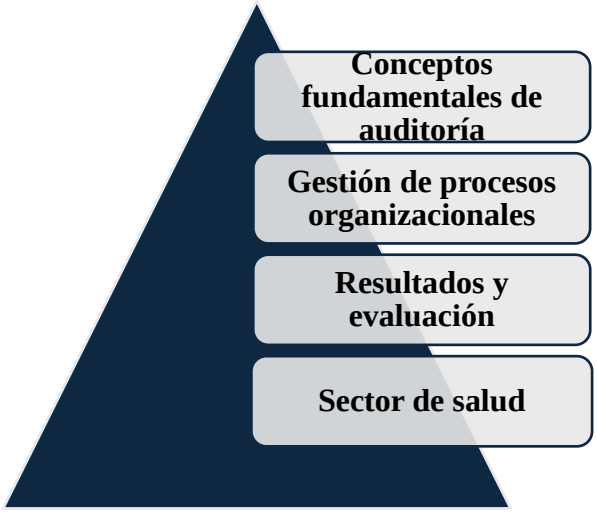
ingresos y gastos, hasta el cumplimiento de obligaciones tributarias y la gestión de inventarios.

2.2.5.21. Procesos Documentales

El ciclo documental abarca la generación, clasificación, almacenamiento, recuperación, protección y disposición final de los documentos de una institución. En el caso de los laboratorios clínicos, esta gestión cobra especial importancia porque, entre otros, se manejan datos sumamente sensibles como historias clínicas, resultados de análisis y consentimientos informados. La norma ISO 15189:2012 señala que los laboratorios deben implementar sistemas documentales que aseguren trazabilidad, confidencialidad, accesibilidad y conservación de los documentos, asegurando la calidad y confiabilidad de la prestación de servicios.

2.3.Marco conceptual

Figura 7. *Estructura del Marco Conceptual*



Nota. *Elaboración propia basada en el esquema estructura de Reidl Martínez*

A) Conceptos Fundamentales de Auditoría

Auditar: Revisión organizada y detallada de las actividades, registros y procedimientos de una entidad para valorar su funcionamiento y apego a normativas establecidas.

Auditor: Un profesional que examina los datos financieros, contables y operativos de una organización, para determinar la exactitud, fiabilidad y cumplimiento legal de los datos.

Auditoría Administrativa: Proceso analítico que considera el funcionamiento directivo dentro de una organización, con el fin de identificar áreas donde se pueda proponer mejoras y desarrollar planes de acción.

Alcance de Auditoría: Se refiere a los límites que tendrá una auditoría en relación a las actividades, áreas y procesos que se evaluarán, dando un marco y una finalidad a la revisión.

Evidencias: Materiales como archivos, documentos y testimonios que sirven para sustentar las conclusiones y hallazgos de una auditoría.

B) Gestión de Procesos Organizacionales

Control Interno: Un conjunto de mecanismos y actividades diseñadas dentro de una entidad para asegurar que las operaciones se realicen adecuadamente, se sigan las políticas internas y se minimicen los riesgos.

Eficacia: El desempeño de una organización para alcanzar sus objetivos y que los resultados se logren de manera satisfactoria.

Eficiencia: La capacidad de alcanzar objetivos deseados, con los menores gastos y esfuerzo, optimizando el uso de los recursos disponibles.

Mejora Continua: Un enfoque repetitivo y progresivo orientado a reconocer e implementar cambios y mejoras en las prácticas y procesos de una organización.

Procesos Contables: Se refiere a la cadena de acciones de manera metódica; asociada con el registro, clasificación, estudio y presentación de la información económica y financiera de la entidad.

Procesos Documentales: Se refiere al conjunto de operaciones relacionadas con la creación, organización, preservación, recuperación y custodia de los archivos y documentos de la institución.

Procesos Organizativos: Actividades y estructuras que determinan la distribución de tareas, delegación de funciones y comunicación dentro de la organización.

Sistema de Gestión: Es el marco constitutivo de integración de políticas, técnicas y prácticas interrelacionadas que se establecen para guiar y controlar la operatividad de la organización.

C) Resultados y Evaluación

Evaluación de Riesgos: Es el proceso que permite la identificación, análisis y valoración de los riesgos que pueden interferir con el cumplimiento de los objetivos en la organización.

Hallazgos de Auditoría: Son las conclusiones y la situación particular de las observaciones que el auditor ha encontrado durante la revisión de los sistemas, procesos o tareas de la entidad que se ha auditado.

Informe de Auditoría: Es el documento que expresa, de manera formal y técnica, los resultados, opiniones y recomendaciones que se derivan de una auditoría.

D) Sector de Salud

Cumplimiento Normativo: Es el respeto y la adecuación a leyes, reglamentos y normas que constituyen obligaciones para los procesos de trabajo de una organización.

Digitalización: Proceso de conversión de datos e información en formato físico o analógico a un formato digital con el propósito de facilitar el almacenamiento, recuperación y procesamiento de la información.

Gestión Documental: Consiste en la planificación del ciclo de vida de un documento y su elaboración, asegurando su creación, mantenimiento, y accesibilidad, y en su eventual disposición, su eliminación segura.

ISO 15189:2012: Este estándar internacional establece la calidad y competencia técnica que deben cumplir los laboratorios clínicos.

Laboratorio Clínico y Patológico: Es un componente de los sistemas de salud. Es un laboratorio dedicado a la evaluación de muestras biológicas de seres humanos, y que colabora en la identificación, prevención y control de enfermedades.

Planificación: Esto involucra un propósito y la elaboración de estrategias, así como la definición de acciones para que se logren los objetivos determinados.

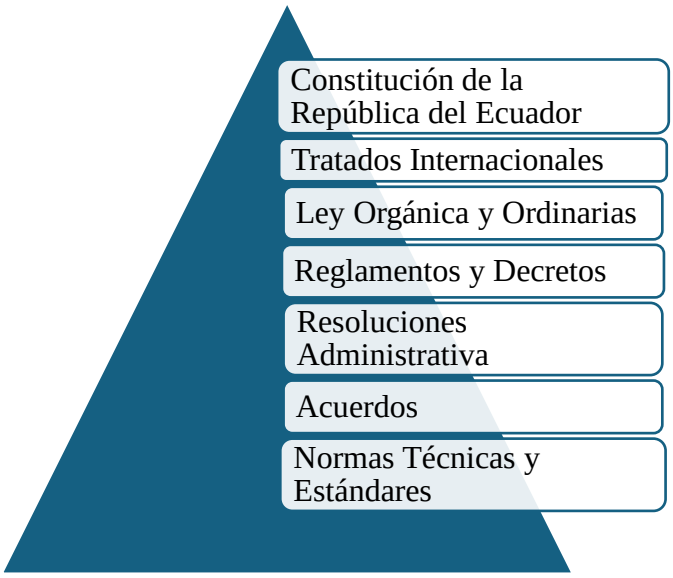
Seguimiento: Actividad de monitoreo continuo para evaluar el desempeño y el impacto de las acciones y procedimientos implementados.

Trazabilidad: Propiedad que permite reconstruir el recorrido completo de un elemento, producto o dato, a partir de registros debidamente identificados y conservados

2.4. Marco Legal

La auditoría administrativa se fundamenta en un marco normativo jerárquico que rige el funcionamiento de las instituciones del sector salud. De acuerdo con la teoría de (Kelsen, 2009), el ordenamiento jurídico ecuatoriano se organiza en niveles de validez que parten de la Constitución, seguida de leyes orgánicas, reglamentos y normas técnicas.

Figura 8. *Figura de la Jerarquía del Marco Legal.*



Nota. *Elaboración propia de las autoras basada en el modelo normativo de Hans Kelsen, clasificada según los tipos normativos establecidos en la guía metodológica de investigación.*

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

Es el estándar más alto del ordenamiento jurídico ecuatoriano. Garantiza el reconocimiento de derechos esenciales de las personas, tales como el derecho a la salud y la protección de datos, así como también establece la organización y los fundamentos de los poderes del Estado, la administración pública y la economía. El resto del ordenamiento jurídico y las actuaciones de las autoridades están supeditadas a sus disposiciones.

Art. 18. – Derecho a la información

La Constitución garantiza a todas las personas el derecho a buscar, recibir, intercambiar y difundir información veraz, de carácter público, por cualquier medio

o canal. Asimismo, protege el derecho de las personas a conocer de la existencia y acceder a los datos que sobre ellas obren en archivos públicos o privados, así como a solicitar su actualización, rectificación o eliminación si fuesen erróneos o afectaren sus derechos, (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.4.2. Tratados Internacionales Ratificados por Ecuador

Los acuerdos firmados por Ecuador con otros países u organizaciones internacionales, una vez ratificados, se incorporan al sistema jurídico interno y tienen jerarquía legal. Contienen acuerdos de derechos humanos, laborales, de salud y comerciales con los que el Estado está obligado a cumplir.

Convenio 155 de la OIT sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores (1981)

Este convenio de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por el Ecuador, establece la obligación de los empleadores de garantizar, en la medida de lo razonablemente posible, que los lugares de trabajo, la maquinaria y los procesos bajo su control sean seguros y no entrañen riesgos para la salud (OIT, 1981).

2.4.3. Ley Orgánica y Ordinarias

Las leyes orgánicas requieren de mayorías especiales en la Asamblea Nacional, en cambio, las leyes ordinarias requieren de un simple procedimiento en la aprobación.

2.4.3.1.Ley Orgánica de Salud (2006)

Es la ley marco que regula el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador. Establece los derechos y deberes en materia de salud, las funciones de las autoridades sanitarias, los requisitos para el funcionamiento de establecimientos de salud (públicos y privados), y las normas de vigilancia, control y calidad de los servicios.

Control Sanitario y Condiciones Operativas

Art. 130.- “Los establecimientos sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El permiso de funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario" (Ley Orgnánica de Salud, 2012).

Gestión de la Información y Documentación

Art. 61.- "Las instituciones públicas y privadas, los profesionales de salud y la población en general, reportarán en forma oportuna la existencia de casos […] Las instituciones y profesionales de salud, garantizarán la confidencialidad de la información entregada y recibida" (Ley Orgnánica de Salud, 2012).

2.4.3.2.Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (2021)

Esta ley regula el derecho constitucional que cada persona tiene sobre el control de sus datos personales y regula el tratamiento (la recolección, uso y almacenamiento) de datos personales de la ciudadanía por parte de las entidades tanto públicas como privadas, y establece principios, obligaciones y derechos de protección a la privacidad de las personas, sobre todo respecto de aquellos datos que por su naturaleza pueden considerarse sensibles como lo son los datos de salud.

Art. 37. - Seguridad de datos personales.

Dispone que la persona responsable y a cargo del tratamiento de datos personales tiene el deber de adoptar las medidas de seguridad de carácter técnico, organizativo y administrativo que le aseguren la confidencialidad, integridad, disponibilidad y, salvo en el caso de que exista una decisión que lo impida, la resiliencia permanente de los datos personales (Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, 2021).

2.4.3.3.Código de trabajo (2024)

Esta es la legislación principal que rige las relaciones laborales entre empleadores y empleados en Ecuador. Comprende la ley sobre contratos de trabajo, horarios laborales, salarios, beneficios sociales (decimotercer y decimocuarto sueldos, fondos de reserva), despidos, terminaciones y salud y seguridad ocupacional.

Art. 3.- Libertad de trabajo y contratación

Establece que el trabajador es libre de utilizar su energía para trabajar en una actividad que sea lícita. Especifica que, fuera de los casos de emergencia extraordinaria, nadie puede ser obligado a trabajar sin un contrato y la

correspondiente remuneración. Todo trabajo debe ser pagado (Código Laboral, 2023).

Art. 11.- Clasificación

Identifica las diferentes modalidades contractuales que la ley ofrece. Los contratos pueden ser: expresos o tácitos; asalariados, a destajo, de participación o mixtos; por tiempo indefinido, por temporada, por evento o como temporales; por una obra determinada, por una tarea o por piezas; e individuales, grupales o en equipo. Esta clasificación permite establecer derechos y obligaciones de manera exclusiva para cada tipo de relación laboral. (Código Laboral, 2023).

Art. 47.- De la jornada máxima

Establece que la duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho horas diarias y cuarenta horas a la semana. Solo en casos excepcionales, regulados por la ley, se podrá extender mediante horas suplementarias o extraordinarias, las cuales deben ser remuneradas con recargos establecidos (Código del Trabajo, 2023).

2.4.3.4.Ley de Régimen Tributario Interno (LRTI)

Es la ley específica que establece, define y regula los impuestos directos que se aplican dentro del Ecuador, como el Impuesto a la Renta para personas naturales y sociedades.

Art. 19.- Obligación de llevar contabilidad

Este artículo establece quiénes están obligados a llevar contabilidad formal en el Ecuador. Señala que todas las sociedades deben mantener registros contables, así como las personas naturales y sucesiones indivisas cuyos ingresos brutos del año anterior superen los trescientos mil dólares estadounidenses. También incluye a quienes realicen actividades agrícolas, pecuarias, forestales, profesionales, artesanales o de autónomos que alcancen ciertos montos de capital o gastos anuales definidos reglamentariamente. Quienes no alcancen esos montos deben llevar al

menos una cuenta de ingresos y egresos. (Ley de Régimen Tributario Interno, 2024).

Art. 103.- Emisión de comprobantes de venta

Se establece la obligación legal de emitir documentos de recibos de ventas autorizados por el Servicio de Impuestos Internos (IRS), para todas las operaciones realizadas. Se establece que estos documentos son los únicos que cuentan para efectos contables y fiscales para respaldar las transacciones, y que deben cumplir con los requisitos formales de la normativa aplicable (Ley del Régimen Tributario Interno, 2024).

2.4.4. Reglamentos y Decretos

Las regulaciones son normas de un orden inferior a la ley, emitidas por el Ejecutivo, que desarrollan y detallan cómo se aplica una ley.

2.4.4.1.1. Reglamento de buenas particas de laboratorio clínico

5. Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs)

Define los POEs como documentos que contienen instrucciones detalladas paso a paso para la realización de exámenes o procedimientos, asegurando uniformidad y calidad. Deben estar escritos en lenguaje claro, con formato estandarizado, ser aprobados por el director o coordinador de calidad, disponibles para el personal y actualizados periódicamente (Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, 2012).

7. Registros e Informes

Indica que el laboratorio debe conservar registros que evidencien los procesos organizativos y técnicos, asegurando la trazabilidad y reconstrucción de las actividades. los registros deben conservarse al menos cinco años, en condiciones de seguridad, con acceso restringido y respaldo digital. Asimismo, se prohíben cambios en los informes de resultados (Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, 2012).

11. Sistemas De Información (SIL)

Define el Sistema de Información del Laboratorio (SIL) como un conjunto de hardware, software y datos que facilita la gestión administrativa y analítica. Exige validación del software, control de acceso con claves únicas, registro de incidencias, respaldo de datos y seguridad informática (Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, 2012).

2.4.5. Resoluciones Administrativas

Las resoluciones administrativas son decisiones formales emitidas por autoridades públicas dentro de su competencia, que establecen normas, directrices o disposiciones específicas de carácter obligatorio.

2.4.5.1.Resolución del SRI

NAC-DGERCGC22-00000024: Obligatoriedad General de la Facturación Electrónica

La resolución dispone la transición definitiva del sistema de facturación física al electrónico, estableciendo los plazos, procedimientos y especificaciones técnicas que deben seguir los contribuyentes. Incluye disposiciones sobre la autorización, emisión, transmisión, almacenamiento y, en su caso, anulación de comprobantes electrónicos, con el objetivo de modernizar la administración tributaria, reducir la evasión fiscal y garantizar la trazabilidad de las operaciones económicas (SRI, 2022).

2.4.6. Acuerdos

ACESS. -Acuerdo No. 0002393: constituye el instrumento normativo que regula los estándares técnicos, administrativos y de infraestructura que deben observar estas unidades prestadoras de servicios. Esta resolución exige la implementación de un sistema de gestión documental que garantice la trazabilidad de los resultados, la seguridad del paciente y la calidad del servicio. (ACESS, 2022).

2.4.7. Normas Técnicas y Estándares

2.4.7.1.ISO 15189:2012

Requisitos para la calidad y competencia en laboratorios clínicos

Esta norma internacional establece los criterios específicos que deben cumplir los laboratorios clínicos para demostrar su competencia técnica y la calidad de sus resultados. Su enfoque principal recae en dos áreas fundamentales: la gestión de la calidad mediante un sistema documentado que abarca políticas, procedimientos y registros; y los aspectos técnicos que incluyen la cualificación del personal, validación de métodos, control de equipos, y los procesos preanalíticos, analítico y postanalítico.

2.4.7.2.Normas Internacionales de Auditoría

Las NIAs proporcionan un marco de referencia ético y metodológico que, si bien se orienta principalmente a la auditoría financiera, ofrece principios aplicables a la auditoría administrativa. (Normas Internacionales de Auditoría, 2009).

NIA 200: La responsabilidad fundamental del auditor es actuar con integridad, objetividad, independencia, competencia profesional, debido cuidado y confidencialidad a través de todos los pasos de la auditoría. (NIA, 2009.)

NIA 210: En esta norma se define la necesidad de establecer un entendimiento formal con la administración de la entidad, sobre los alcances, las metas y las responsabilidades de cada parte, antes de proceder a la realización de la auditoría. (NIA, 2009.)

NIA 230: El auditor debe documentar la auditoría de forma que permita reconstruir todo el trabajo, la evidencia, las conclusiones y los razonamientos, y por lo tanto, sustentar su opinión y demostrar que la auditoría fue realizada de acuerdo a las NIA. (NIA, 2009.)

NIA 250: El auditor debe tener en cuenta el marco legal y regulatorio de la entidad, para el posible incumplimiento que puedan ser de importancia para el funcionamiento o la confiabilidad de la información. (NIA, 2009.)

NIA 260: La responsabilidad de informar sin demoras sobre los temas sustantivos que se hayan encontrado en el desarrollo de la auditoría a los responsables del gobierno y la supervisión de la entidad. (NIA, 2009.)

NIA 315: Requiere que el auditor comprenda la entidad y su contexto operativo y sistema de control interno para identificar y evaluar los riesgos mencionados que pueden afectar el logro de los objetivos mencionados (Normas Internacionales de Auditoría, 2009).

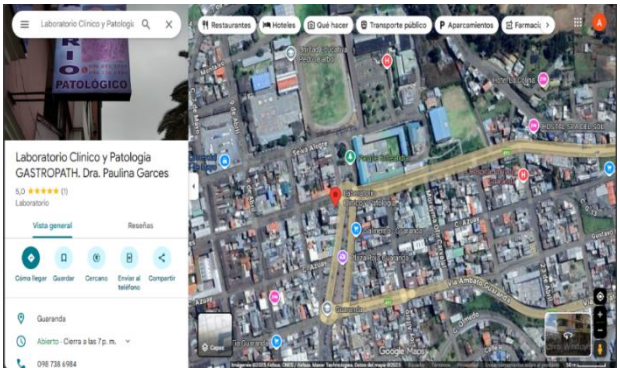
NIA 500: Especifica los requisitos que el auditor debe obtener de la evidencia que sea suficiente y adecuada para sustentar las conclusiones del auditor mediante el diseño e implementación de procedimientos de auditoría adecuados (Normas Internacionales de Auditoría, 2009).

NIA 700: Determina la estructura y contenido del informe de auditoría, en el cual el auditor da su opinión profesional basada en la evidencia obtenida en el transcurso de la auditoría (Normas Internacionales de Auditoría, 2009).

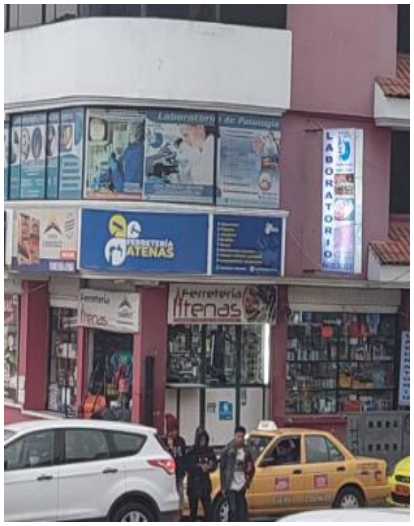
2.5.Georreferencial

Localización del lugar donde se realizará el proyecto de investigación: Avenida Cándido Rada y General Enríquez, segundo piso, diagonal a la Unidad Educativa "Verbo Divino".

Ilustración 1. *Localización del lugar del Proyecto.*



Nota: *Elaboración propia de las autoras, tomado de Google Maps.* *https://maps.app.goo.gl/ikqinGu86QZ1irBQA*



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente proyecto de investigación se utilizó la siguiente metodología

3.1.Tipo de Investigación

» **Investigación documental**

Para la recopilación y análisis de la información se usó fuentes de información secundarias, tales como libros, tesis, artículos científicos, normativa legal vigente y documentos técnicos relacionados con la auditoría administrativa y control interno que permitieron fundamentar el desarrollo del proyecto.

» **Investigación descriptiva**

A través de este tipo de investigación, se puede realizar un diagnóstico minucioso sin modificar las condiciones reales en las que opera la organización. La finalidad de este proyecto al usar una investigación descriptiva, es elaborar un informe de auditoría donde describa el estado actual de la gestión administrativa, contable y documental del laboratorio GASTROPATH.

» **Investigación de campo**

La información sobre los procesos contables, información administrativa y documental fue obtenida de manera directa en el laboratorio clínico y patológico GASTROPATH. Con la finalidad de interactuar con el personal y el responsable directivo, para esta interacción se hizo uso de encuestas y entrevistas para conocer la información relevante y real sobre los procesos contables, documentales y administrativos de la organización.

3.2.Enfoque de la investigación

» **Mixto**

Cualitativo: Permitió captar y analizar las percepciones, experiencias y valoraciones del personal del laboratorio y de su gerencia respecto a la organización administrativa, el manejo de la documentación y las dificultades presentes en los

procesos internos. Asimismo, recogió la opinión de los pacientes sobre la atención recibida.

Cuantitativo: Se incluyeron variables objetivamente medibles, como la eficiencia de los procedimientos administrativos, el grado de cumplimiento de las normas de control interno y el grado de satisfacción del usuario. Todo esto fue posible con la ayuda de herramientas que proporcionan datos numéricos.

3.3.Método de la Investigación

3.3.1. Método analítico

Esto permitió descomponer la gestión administrativa del laboratorio hasta el nivel de sus elementos constitutivos (organizacional, contable y documental) y analizar cada uno de estos en detalle para que se pudieran identificar deficiencias, vulnerabilidades y áreas potenciales de mejora.

3.3.2. Método inductivo

Esto comenzó con la observación de una situación específica y una práctica específica dentro del laboratorio (por ejemplo, manejo de registros manuales, duplicación de funciones y ausencia de copias de seguridad digitales) para sacar conclusiones generales respecto al estado de la gestión administrativa de la institución.

3.3.3. Método deductivo

Posibilitó contrastar los principios, normas y mejores prácticas establecidas en la teoría de la auditoría administrativa y el control interno (como el modelo COSO I o la norma ISO 15189) con la realidad operativa del laboratorio, evaluando así el grado de correspondencia o desviación.

3.3.4. Método descriptivo

Fue utilizado para sistematizar, organizar y presentar los datos obtenidos a través de las encuestas, empleando principalmente frecuencias, porcentajes y representaciones gráficas que facilitan la comprensión de los resultados, sin aplicar técnicas estadísticas inferenciales complejas.

3.4.Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos

3.4.1. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias, aplicando técnicas que permitieron captar datos directamente de la realidad del laboratorio.

3.4.2. Encuestas

Las encuestas utilizan preguntas cerradas dirigidas al personal del laboratorio y a los pacientes. Las respuestas se organizan en escalas definidas para medir las percepciones sobre la medición de la eficiencia administrativa, la claridad de los roles y la calidad del servicio.

3.4.3. Entrevistas

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con la gerente del laboratorio, basada en una guía de 16 preguntas abiertas. Esta técnica permitió profundizar en aspectos cualitativos como la visión estratégica, las dificultades administrativas percibidas desde la dirección y los métodos de trabajo empleados.

Los instrumentos utilizados son:

» Guía de preguntas semiestructuradas
» Cuestionario mediante la escala de Likert y escala politómica

Tabla 3. *Instrumentos de recolección de Datos*

Técnica	Instrumento	Población total	Tipo de muestreo	Tamaño muestral
Encuesta (personal)	Cuestionario estructurado (15 preguntas – escala Likert)	Personal del laboratorio	Muestreo por conveniencia	3
Encuesta (pacientes)	Cuestionario estructurado (20 preguntas – escala Likert y escala politómica)	Pacientes del laboratorio	Muestreo por conveniencia	50
Entrevista	Guía de preguntas semiestructuradas (16 preguntas)	Gerente del laboratorio	Muestreo por conveniencia	1

Nota. *Los instrumentos fueron diseñados en función de los componentes del modelo COSO I, lo que permitió recopilar información estructurada y contrastar las percepciones sobre la gestión administrativa y el control interno.*

3.4.3.1.Muestreo por conveniencia

Este método de selección de participantes se caracteriza por la accesibilidad y disponibilidad de los individuos durante el periodo de estudio. Como señala Melo Iscala (2017), es útil cuando el investigador busca captar información de grupos considerados típicos o representativos para los fines de la investigación.

3.5.Universo, Población, Muestra

3.5.1. Universo

Está constituido por la totalidad de individuos o elementos que podrían ser sujetos de estudio. En esta investigación, el universo lo conforman todos los pacientes que utilizan los servicios del laboratorio y todo el personal que labora en él.

3.5.2. Población

La población es el subconjunto del universo que reúne las características específicas de interés para la investigación (Mucha Hospinal, 2021).Para este estudio, la población estuvo integrada por el Personal del laboratorio y Pacientes.

3.5.3. Muestra

La muestra es una parte de la población que se selecciona para ser efectivamente estudiada. De acuerdo con (Condori Ojeda, 2020), la muestra debe ser representativa de la población, compartiendo sus características generales.

Dadas las características del laboratorio y los objetivos de la investigación, se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia:

Personal: 3 trabajadores

Pacientes: 50 usuarios, considerando su accesibilidad y disposición a participar durante las semanas de recolección de datos.

3.6.Procesamiento de la Información

Para la aplicación de ambos cuestionarios se realizó utilizando las plataformas Google Forms y Microsoft Forms, lo que agilizó la recolección y permitió un primer análisis automatizado de los datos. Finalmente se optó por utilizar Microsoft Word y Microsoft Exel para el manejo de la información, además de la utilización de tablas y graficas estadísticas para un mejor entendimiento de la información.

CAPITULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.Análisis e Interpretación de la entrevista aplicada al director general del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH”

Gracias a la entrevista con la directora del laboratorio Clínico y Patológicos “GASTROPATH”, se puede mencionar que la institución tiene una organización que le permite contar con una misión, visión, y unos valores, así como un organigrama. Dicho marco, busca desde la organización la prestación de los servicios de diagnóstico con calidad, seguridad, y bioseguridad.

Así mismo, se detectó que el laboratorio tiene riesgos administrativos, contables, y de documentación, derivados del manejo manual de los registros, la falta de un respaldo digital de forma sistemática, el manejo repetido de la documentación, y la falta de un manual de procedimientos. Estos riesgos pueden incidir en la efectividad operacional, confiabilidad de la información, y la continuidad del servicio.

El control de inventarios de los reactivos, insumos, y materiales médicos se hace de forma manual, a través de registros y supervisión directa. Si bien este sistema permite garantizar la continuidad del funcionamiento del laboratorio, se corre el riesgo de que ocurran errores y desabastecimientos, por lo que se propone que este sistema se complemente con un registro sistematizado.Finalmente, se identificó que el laboratorio emplea indicadores de gestión de manera empírica, tales como el tiempo de entrega de resultados y el nivel de satisfacción del paciente, sin embargo, el laboratorio cumple con la normativa legal y sanitaria vigente, cuenta con permiso de funcionamiento emitido por el ACESS y aplica protocolos de bioseguridad, manifestando además la apertura de la dirección para implementar mejoras organizacionales y fortalecer su sistema de control interno como resultado de la auditoría administrativa.

4.2.Análisis e interpretación de encuestas dirigidas al personal que labora dentro del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH”

1. **¿La dirección socializa periódicamente la planificación estratégica incluyendo los valores éticos, normas de conducta y objetivos institucionales?**

Tabla 4. *Socialización periódica de la planificación*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	33.3%
4= De acuerdo	1	33.3%
5= Totalmente en acuerdo	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 1. *Socialización periódica de la planificación*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados muestran que el 33% del personal se encuentra ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 33% está de acuerdo y el 33% está totalmente de acuerdo con la socialización periódica de la planificación. Esto demuestra que el 66% del personal tiene una percepción favorable y que no existen opiniones negativas respecto a este proceso.

Interpretación

Los resultados indican que la socialización periódica de la planificación se desarrolla de manera adecuada dentro de la institución, ya que predomina una valoración positiva por parte del personal, Sin embargo, la presencia de un porcentaje neutral sugiere que aún pueden fortalecer los mecanismos de comunicación y participación para lograr mayor claridad y compromiso.

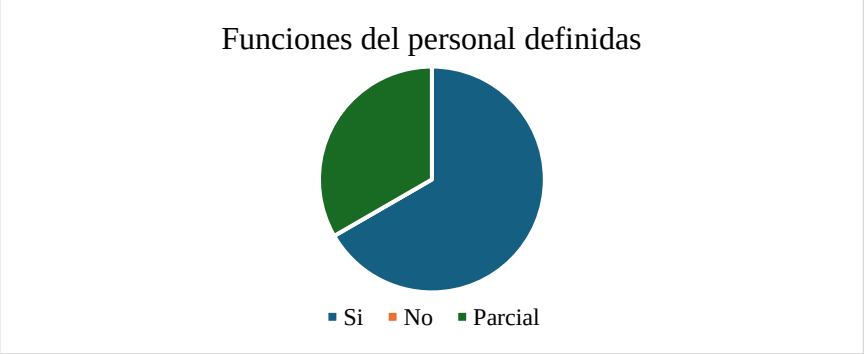
2. **¿Las funciones y responsabilidades del personal están definidas, documentadas y actualizadas?**

Tabla 5. *Funciones del personal definidas*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente 1: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 2. *Funciones del personal definidas*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66.7% del personal encuestado indico que las funciones y responsabilidades están definidas y documentadas, mientras que el 33,3% considerando que esto se cumple parcialmente. No se registran respuestas negativas.

Interpretación

Los resultados evidencian que el laboratorio cuenta con una adecuada definición de funciones, sin embargo, el porcentaje parcial sugiere la necesidad de fortalecer la actualización documental para garantizar claridad total en las responsabilidades.

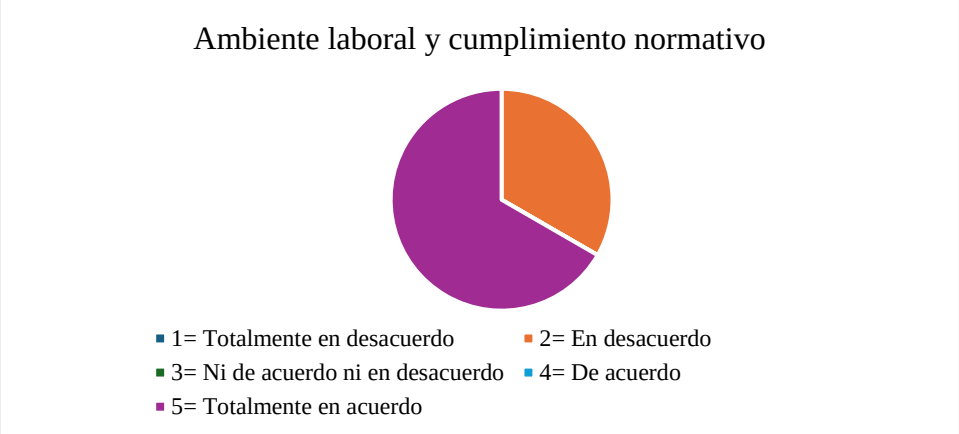
3. **¿El liderazgo promueve un ambiente laboral respetuoso, colaborativo y orientado al cumplimiento normativo incluyendo la habilitación sanitaria vigente, los protocolos de bioseguridad, los estándares de calidad ISO 15189 y la confidencialidad de datos?**

Tabla 6. *Ambiente laboral y cumplimiento normativo*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	1	33.3%%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
4= De acuerdo	0	0%
5= Totalmente en acuerdo	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 3*. Ambiente laboral y cumplimiento normativo*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados muestran que el 66.7% del personal está totalmente de acuerdo con que el liderazgo promueve un ambiente laboral adecuado y cumplimiento normativo, mientras el 33,3% está en desacuerdo.

Interpretación

Aun que predomina una percepción positiva del liderazgo, la existencia de desacuerdo indica posibles debilidades de cumplimiento normativo y clima laboral, lo que requiere revisión. La dirección debe asegurar la aplicación equitativa de políticas y un ambiente laboral sólido favorece la calidad del servicio.

4. **¿El laboratorio cuenta con políticas y prácticas de talento humano que garantizan la selección, capacitación, evaluación del desempeño y retención del personal conforme a las competencias requeridas para sus funciones?**

Tabla 7. *Políticas y prácticas de talento humano dentro del laboratorio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 4. *Políticas y prácticas de talento humano dentro del laboratorio*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% del personal respondió que reconoce la existencia de políticas de talento humano en el laboratorio y el 33,3% parcialmente sobre la existencia de políticas de talento humano, no existen respuestas negativas.

Interpretación

El laboratorio dispone de directrices en talento humano, aunque deben fortalecerse para que su aplicación sea integral y formalizada. Un personal capacitado reduce riesgos operativos, asimismo, fortalece la calidad del servicio clínico.

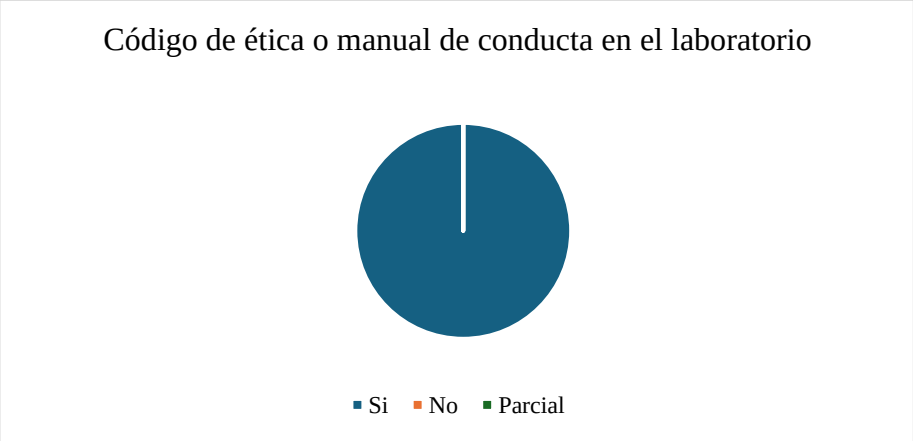
5. **¿Existe un código de ética o manual de conducta específico para el laboratorio que regule el marco confidencial de resultados, la integridad en los análisis y el adecuado uso de los recursos?**

Tabla 8. *Código de ética o manual de conducta en el laboratorio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	100%
No	0	0%
Parcial	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaboración: Por las autoras

Gráfico 5. *Código de ética o manual de conducta en el laboratorio*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 100% del personal confirmo la existencia de un código de ética o manual de conducta. No se registran respuestas parciales ni negativas. Esto indica que el documento es conocido por todos los colaboradores. Además, sugiere que ha sido socializado adecuadamente.

Interpretación

La presencia de un código de ética refuerza el compromiso institucional con la ética, confidencialidad e integridad profesional dentro del laboratorio. El cumplimiento ético reduce riesgos de fraude y mala praxis lo que mejora la imagen institucional del laboratorio.

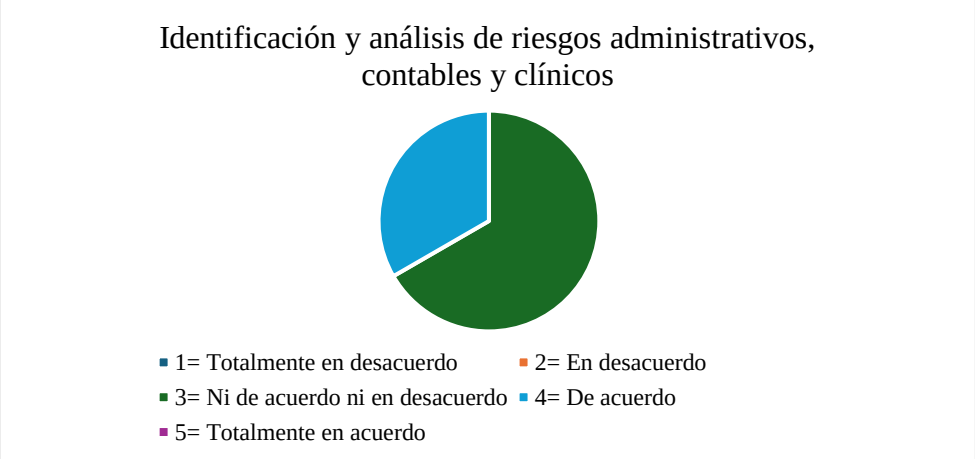
6. **¿Se identifica y analizan periódicamente los riesgos administrativos, contables y clínicos que podrían impedir el logro de los objetivos del laboratorio?**

Tabla 9. *Identificación y análisis de riesgos administrativos, contables y clínicos*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	66.7%
4= De acuerdo	1	33.3%
5= Totalmente en acuerdo	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 6. *Identificación y análisis de riesgos administrativos, contables y clínicos*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% del personal se mantiene en una posición neutral respecto a la identificación y análisis de riesgos. Solo el 33,3% del personal manifiesta estar de acuerdo con este proceso. No se evidencian respuestas negativas.

Interpretación

La neutralidad nos indica el posible desconocimiento o falta de formalización en la gestión de riesgo, lo que sugiere fortalecer su documentación y socialización. Un sistema de riesgos sólido reduce impactos operativos.

7. **¿Existen medidas preventivas y correctivas formalizadas y documentadas para minimizar riesgos operativos como fallas en reactivos, errores en la identificación y manejo de muestras o interrupción de servicios esenciales?**

Tabla 10. *Medidas preventivas y correctivas para riesgos operativos*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: *Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"*
Elaborado: *Por las autoras*

Gráfico 7. *Medidas preventivas y correctivas para riesgos operativos*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados evidencian que el 66,7% del personal reconoce la existencia de medidas preventivas y correctivas formalizadas, mientras que el 33,3% considera que estas se aplican solo parcialmente. No se registran respuestas negativas, lo que indica que el laboratorio cuenta con acciones orientadas a minimizar riesgos operativos.

Interpretación

Existen controles operativos, pero requieren mayor estructuración y evidencia documentada para consolidar su efectividad. Es necesario documentar y socializar los procedimientos operativos, la estandarización de acciones correctivas mejora la respuesta ante fallas.

8. ¿El laboratorio dispone de protocolos y planes de contingencia documental y probados en la gestión de emergencia y riesgos críticos de operación?

Tabla 11. *Protocolos y planes de contingencia en la gestión de emergencia y riesgos críticos*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	33.3%
No	0	0%
Parcial	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 8. *Protocolos y planes de contingencia en la gestión de emergencia y riesgos críticos*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% personal considera que los protocolos y planes de contingencia existen de manera parcial, mientras que el 33,3% afirma su existencia. Esto indica que el laboratorio dispone de ciertos lineamientos para enfrentar emergencias. Sin embargo, estos no están completamente desarrollados o probados.

Interpretación

Los planes de contingencia no están completamente formalizados o aprobados, representando un área critica de mejora. Es fundamental diseñar y documentar protocolos claros, la realización de pruebas periódicas fortalece su efectividad y una adecuada planificación reduce interrupciones del servicio.

9. ¿Los riesgos identificados son evaluados considerando su probabilidad de ocurrencia y su impacto potencial para priorizar e implementar las acciones de control necesarias?

Tabla 12. *Evaluación de riesgos*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 9. *Evaluación de riesgos*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados obtenidos reflejan que el 66,7% respondió afirmativamente y el 33,3% fue parcial. Según el personal indica que los riesgos identificados son evaluados considerando su probabilidad e impacto.

Interpretación

El laboratorio evalúa riesgo considerando el impacto y probabilidad, aunque puede reforzar la metodología para lograr uniformidad total. La evaluación parcial de riesgos limita la efectividad del sistema de control interno.

10. ¿Se monitorean preventivamente los cambios en el entorno regulatorio (sanitario, laboral, tributario) y operacional (tecnología, nuevos servicios) para identificar nuevos riesgos o ajustar los controles existentes?

Tabla 13. *Monitoreo preventivo en el entorno regulatorio y operacional*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	33.3%
No	0	0%
Parcial	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 10. *Monitoreo preventivo en el entorno regulatorio y operacional*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados muestran que el 66,7% del personal percibe el monitoreo como parcial y el 33,3% cumplimiento total. Esto indica que el laboratorio realiza seguimiento a cambios normativos y operativos.

Interpretación

El monitoreo parcial refleja una gestión reactiva, pero requiere mayor sistematización para anticipar riesgos emergentes. Es necesario implementar mecanismos formales de seguimiento normativo, la actualización permanente reduce riesgos legales. Además, un monitoreo efectivo fortalece el control interno y también mejora la competitividad institucional.

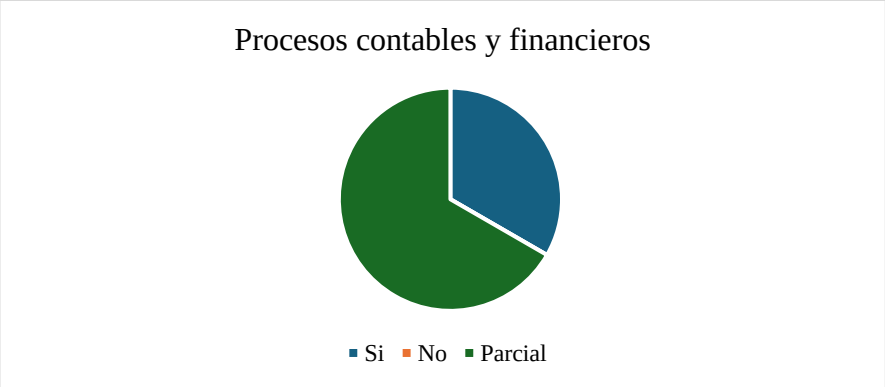
11. ¿Los procesos contables y financieros, como transacciones de ingresos, egresos, conciliaciones bancarias e inventarios se ejecutan con precisión, control y evidencia documental?

Tabla 14. *Procesos contables y financieros*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	33.3%
No	0	0%
Parcial	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 11. *Procesos contables y financieros*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% del personal del laboratorio considera que los procesos contables y financieros se ejecutan de manera parcial, mientras que solo el 33,3% afirma su correcta ejecución lo que evidencia la existencia de controles financieros básicos.

Interpretación

Los procesos financieros se ejecutan con control, pero aún deben fortalecerse en documentación y precisión integral. La ejecución parcial de procesos financieros afecta la calidad de la información contable. Es necesario fortalecer los registros y conciliaciones, la documentación adecuada respalda la toma de decisiones.

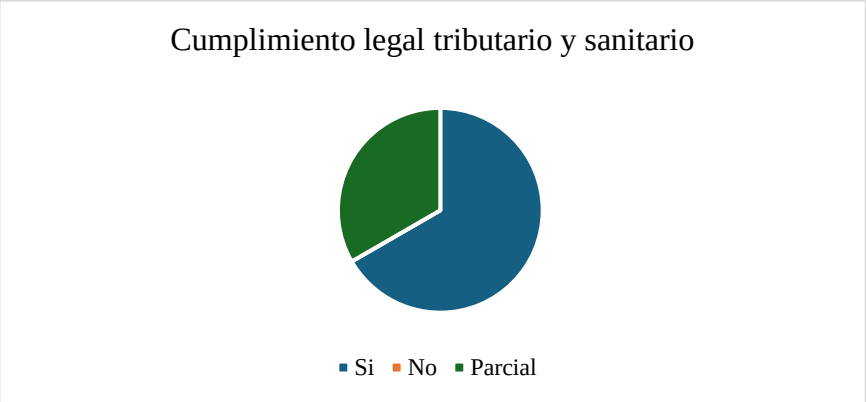
12. ¿El laboratorio cumple sus obligaciones legales, tributarias y sanitarias mediante controles internos establecidos y verificables?

Tabla 15. *Cumplimiento legal tributario y sanitario*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 12. *Cumplimiento legal tributario y sanitario*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66.7% del personal señala que el laboratorio cumple con sus obligaciones legales y sanitarias. No obstante, el 33,3% del personal percibe este cumplimiento como parcial. Esto indica que existen controles internos establecidos.

Interpretación

La legislación específica del laboratorio se respeta, aunque se dice que necesita ajustes en algunos controles internos que sustentan este cumplimiento. La

verificación periódica, además de salvaguardar el cumplimiento de la norma, protege la imagen institucional.

13. **¿Los sistemas informáticos Sistema de Información Hospitalaria (HIS), Sistema de Información de Laboratorio (LIS), contribuyen a reducir errores humanos, garantizan la trazabilidad de la información clínica y administrativa, ¿y limita el acceso a usuarios autorizados?**

Tabla 16. *Sistemas informáticos*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 13. *Sistemas informáticos*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% del personal respondió que reconoce que los sistemas informáticos contribuyen a la gestión del laboratorio, mientras que el 33,3% lo percibe de forma parcial lo que indica que existen herramientas tecnológicas implementadas, sin embargo, su uso no es completamente eficiente.

Interpretación

Los sistemas tecnológicos contribuyen al control y trazabilidad, pero pueden mejorar en seguridad y acceso restringido. Es necesario optimizar el uso de los

sistemas HIS y LIS, la capacitación del personal es clave, esto mejora la trazabilidad y seguridad de la información. Además, reduce errores humanos.

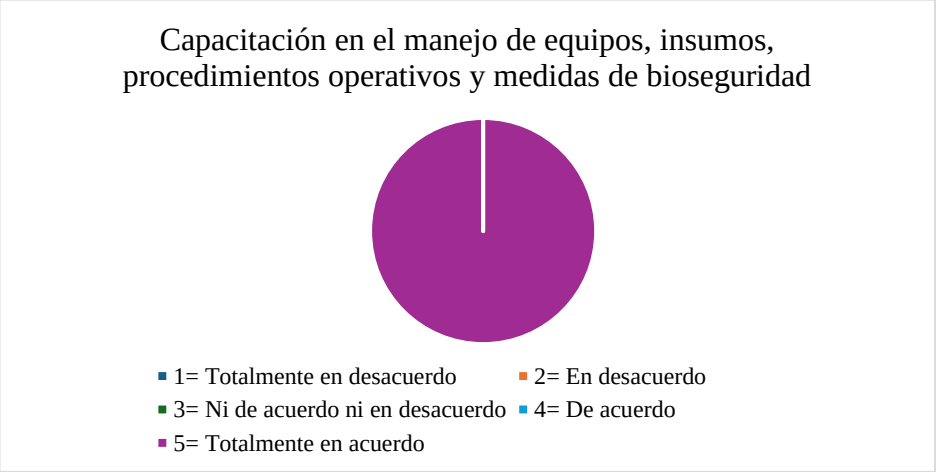
14. ¿El personal recibe capacitación continua y documental en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos estandarizados y medidas de bioseguridad pertinentes a su área de trabajo?

Tabla 17. *Capacitación en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos y medidas de bioseguridad*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
4= De acuerdo	0	0%
5= Totalmente en acuerdo	3	100%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 14. *Capacitación en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos y medidas de bioseguridad*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 100% del personal manifiesta estar totalmente de acuerdo en que recibe capacitación continua, esto evidencia un compromiso institucional con la formación.

Interpretación

Existe un alto compromiso institucional con la formación y actualización permanente del personal. La capacitación continua fortalece las actividades de control, un personal capacitado reduce riesgos operativos. Además, mejora la eficiencia y calidad del servicio.

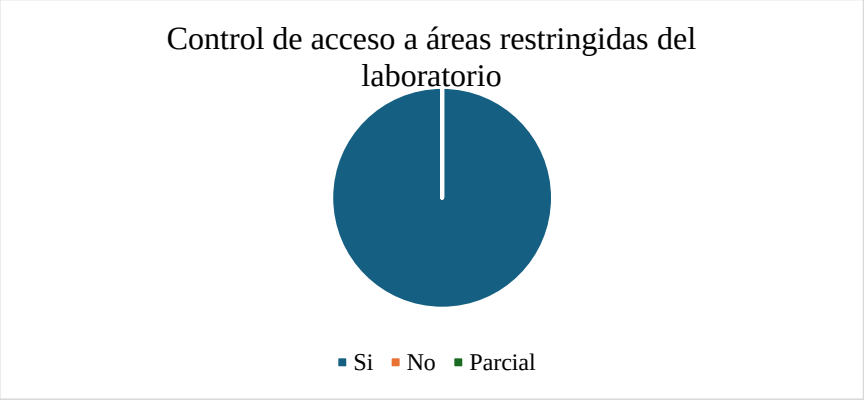
15. ¿Existen controles físicos de acceso a áreas restringidas del laboratorio (almacenamiento de reactivos controlados, áreas de patología) y medidas de seguridad para proteger los activos físicos y equipos críticos?

Tabla 18. *Control de acceso a áreas restringidas del laboratorio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	100%
No	0	0%
Parcial	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 15. *Control de acceso a áreas restringidas del laboratorio*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 100% del personal confirma la existencia de controles físicos de acceso. No se evidencian percepciones parciales ni negativas lo que indica que las áreas críticas están protegidas.

Interpretación

Los laboratorios ponen en práctica mecanismos para proteger y restringir las áreas que son propensas a la manipulación indebida.

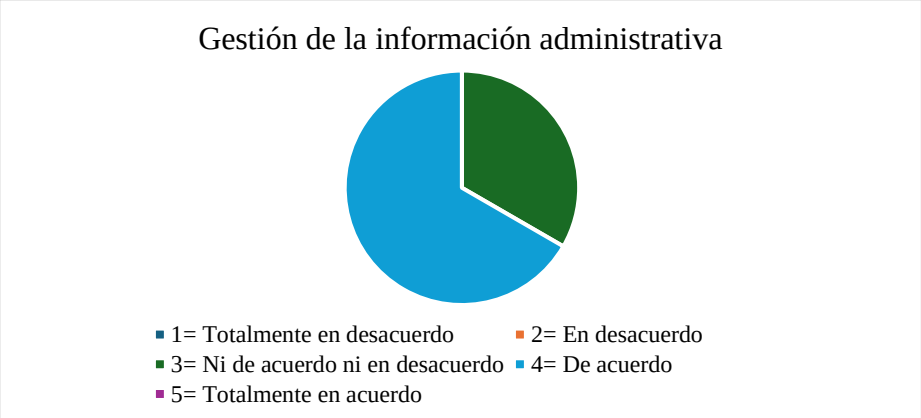
16. ¿La información administrativa, contable y clínica se gestiona de forma clara, oportuna y confiable y accesible a quienes la necesitan para la toma de decisiones y la prestación del servicio?

Tabla 19. *Gestión de la información administrativa*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	33.3%
4= De acuerdo	2	66.7%
5= Totalmente en acuerdo	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 16. *Gestión de la información administrativa*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

De acuerdo con los resultados de la encuesta, el 66,7% de los encuestados aprueba la gestión de la información administrativa. Por el contrario, el 33,3% de los encuestados lo evalúa de forma neutral. Esto implica que la información es, en general, suficiente, pertinente y/o inmediata.

Interpretación

La neutralidad de la encuesta puede suponer que el manejo de la información es bueno, pero que el sistema podría ser más efectivo si se trabajara en la claridad y accesibilidad de la información. Esto es particularmente importante, ya que existen

niveles en la organización donde se puede observar que la información se encuentra deteriorada, lo que resalta la importancia del acceso oportuno, efectivo y actualizado.

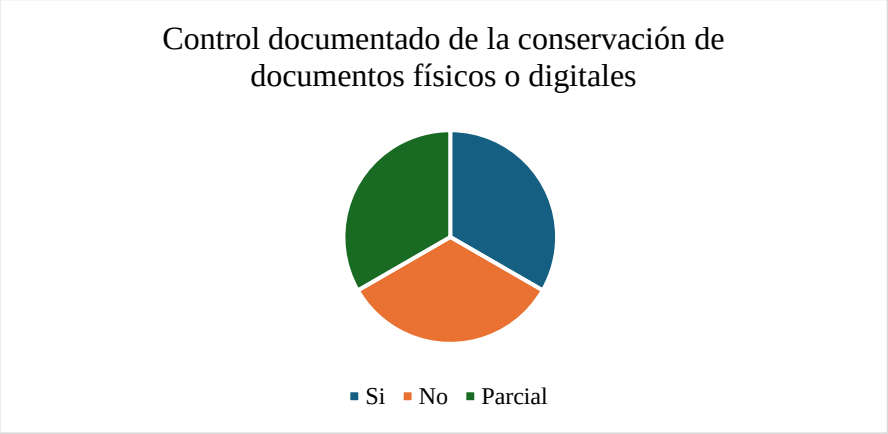
17. ¿Existe control documentado sobre la conservación, clasificación, resguardo y registros de documentos físicos y digitales, cumpliendo con los requisitos legales de tiempo de retención?

Tabla 20. *Control documentado de la conservación de documentos físicos o digitales*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	33.3%
No	1	33.3%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 17. *Control documentado de la conservación de documentos físicos o digitales*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoridades

Análisis

Las respuestas se distribuyeron equitativamente, sí con 33,3%, no 33,3% y parcial 33,3%. Esto evidencia ausencia de un sistema consolidado de conservación documental lo que resulta en que algunos documentos se resguardan adecuadamente mientras que otros no cumplen requisitos legales.

Interpretación

Existe debilidad en el control documentado de archivos físicos y digitales, representando un riesgo administrativo y legal, resulta indispensable implementar políticas claras y formales de archivo. Una adecuada gestión reduce riesgos legales.

18. ¿La información institucional, incluyendo datos de pacientes, cuenta con medidas de seguridad de la información que garantizan confidencialidad, integridad y disponibilidad?

Tabla 21. *Medidas de seguridad de la información*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	66.7%
No	0	0%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 18. *Medidas de seguridad de la información*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% respondió afirmativamente y el 33,3% manifiesta que las medidas aplican solo de manera parcial. fue parcial reflejando debilidades.

Interpretación

Se han agilizado algunas medidas referentes a la seguridad informática. Sin embargo, es necesario continuar perfeccionando estas medidas con el fin de obtener niveles óptimos de seguridad, por lo que se hace necesario realizar un engranaje de

la política de seguridad, una capacitación al personal vinculado y la elaboración de procedimientos para garantizar el cumplimiento de los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

19. ¿Los sistemas digitales permiten el respaldo seguro y actualización permanente de los registros institucionales y bases de datos de pacientes?

Tabla 22. *Sistemas digitales para la seguridad institucional*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	100%
No	0	0%
Parcial	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 19. *Sistemas digitales para la seguridad institucional*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 100% confirmo la existencia de respaldos seguros y actualización permanente. Lo que evidencia una gestión adecuada de respaldos, la información se mantiene actualizada.

Interpretación

La protección de la información institucional del laboratorio se ampara en la tecnología más idónea. El seguro de respaldo incrementa la disponibilidad de la

información y la reducción de la continuidad de los registros disminuye los riesgos operativos.

20. ¿Existen canales de comunicación interna formales y efectivos para que el personal reporte problemas operativos, fallas de calidad, incumplimientos éticos o riesgos potenciales de manera confidencial y sin temor a represalias?

Tabla 23. *Canales de comunicación*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	33.3%
No	0	0%
Parcial	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 20. *Canales de comunicación*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% del personal percibe los canales de comunicación como parciales y el 33,3% afirmativo. Esto indica que existen mecanismos de comunicación. Sin embargo, no son totalmente formales.

Interpretación

Existen los canales de comunicación, que existen para formalizar la confianza y la confidencialidad. Esto genera una mayor transparencia interna y la posibilidad de

identificar riesgos de una manera más oportuna. La gestión se optimiza cuando se da una adecuada comunicación.

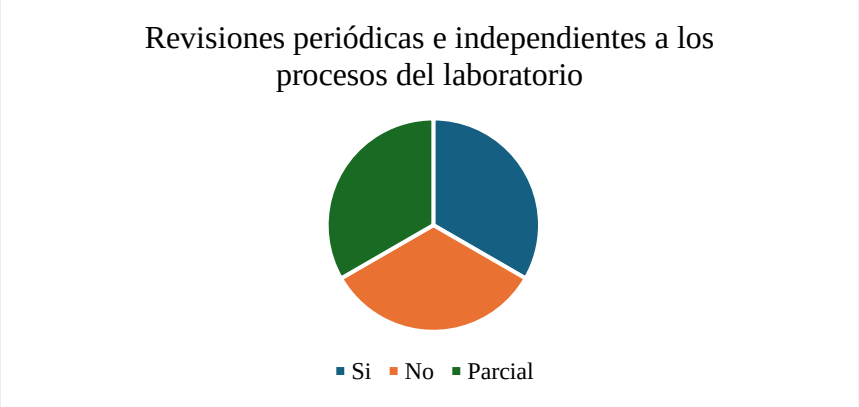
21. ¿Se realizan auditorías internas o revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio (clínicos, contables operativos) y se da seguimiento a los hallazgos para asegurar la implementación de acciones correctivas y la mejora continua?

Tabla 24. *Revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	33.3%
No	1	33.3%
Parcial	1	33.3%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 21. *Revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: por las autoras

Análisis

Las respuestas se distribuyen equitativamente entre sí, no y parcial cada uno con 33,3%. Esto evidencia ausencia de auditorías internas sistemáticas. Algunas revisiones se realizan, pero no son constantes.

Interpretación

No existe claridad ni uniformidad en la relación de auditorías internas, lo que evidencia debilidad en la supervisión independiente. Las revisiones periódicas son

esenciales, permiten identificar las debilidades oportunamente, además, fomentan la mejora continua.

22. ¿Con que frecuencia se realizan supervisiones formales y documentadas a los procesos administrativos, contables y operativos por parte de los responsables de área o la dirección?

Tabla 25. *Frecuencia de supervisiones*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	100%
No	0	0%
Parcial	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 22. *Frecuencia de supervisiones*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados evidencian que el 100% del personal encuestado afirma que se realizan supervisiones formales y documentales a los procesos administrativos, contables y operativos por parte de los responsables de área o la dirección.

Interpretación

El laboratorio carece de un sistema de indicadores completamente estructurado, lo que como consecuencia limita el monitoreo estratégico del control interno. La realización continua de supervisiones de manera fehaciente y documentada,

contribuyen a asegurar la adecuada ejecución de los procesos y el cumplimiento de los mandatos tanto internos como externos, favoreciendo la mejora continua, la rendición de cuentas y la transparencia institucional.

23. ¿El laboratorio implementa indicadores clave de desempeño e indicadores de riesgo que son recibidos regularmente por la gerencia para monitorear la efectividad del control interno y el logro de objetivos?

Tabla 26. *Indicadores de desempeño y riesgo*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	0	0%
Parcial	3	100%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 23. *Indicadores de desempeño y riesgo*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 100% del personal respondió que su implementación es parcial.

Interpretación

No tener presentes indicadores limita la efectividad del monitoreo, impactando la evaluación del grado de cumplimiento de unos objetivos y la gestión de riesgos. Por lo anterior, resulta fundamental el establecer y aplicar indicadores clave de

desempeño, los cuales permitan medir objetivamente los resultados de la institución. Asimismo, optimiza la planificación estratégica.

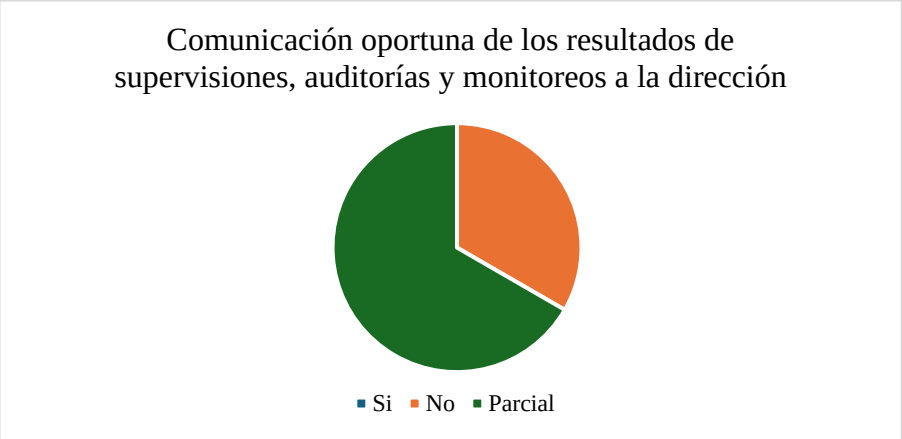
24. ¿Los resultados de las supervisiones, auditorías y monitoreos son comunicados de manera oportuna a la dirección y al personal responsable para que tomen las medidas pertinentes?

Tabla 27. *Comunicación oportuna de los resultados de supervisiones, auditorías y monitoreos a la dirección*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	1	33.3%
Parcial	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 24. *Comunicación oportuna de los resultados de supervisiones, auditorías y monitoreos a la dirección*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% indico que percibe que la comunicación de resultados es parcial. Un 33,3% indica que no existe. Los hallazgos no siempre se socializan lo que limita acciones correctivas.

Interpretación

La comunicación de resultados de auditoría no es completamente oportuna ni formalizada, afectando la toma de decisiones. Es necesario informar oportunamente los resultados lo permite acciones correctivas inmediatas.

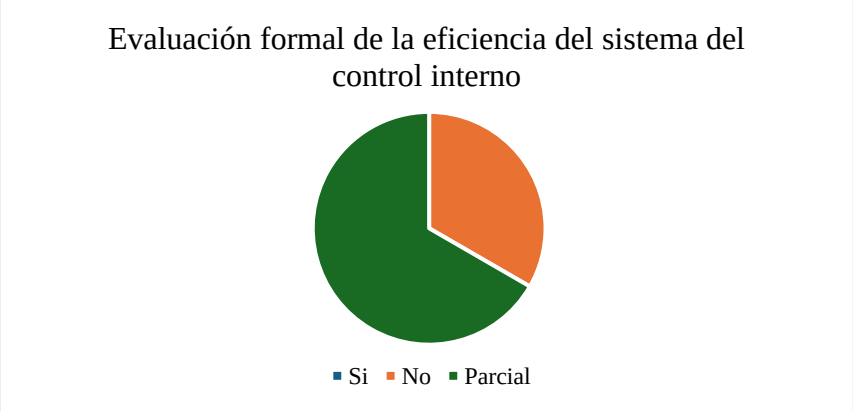
25. ¿Existe un proceso formal para evaluar periódicamente la eficiencia general del sistema de control interno basado en el marco COSO I y realizar los ajustes necesarios para su mejora?

Tabla 28. *Evaluación formal de la eficiencia del sistema del control interno*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	1	33.3%
Parcial	2	66.7%
TOTAL	**3**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 25. *Evaluación formal de la eficiencia del sistema del control interno*



Fuente: Encuesta realizada al personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 66,7% del personal indico que la evaluación del sistema de control interno es parcial. Y un 33,3% señalo que no existe.

Interpretación

La falta de un análisis formal y sistemático de los sistemas de control interno frente a la metodología COSO I, representa una gran fragilidad que impacta en la evaluación de la mejora continua en la institución.

4.3.Análisis e interpretación de encuestas dirigidas a los clientes que frecuentan el laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"

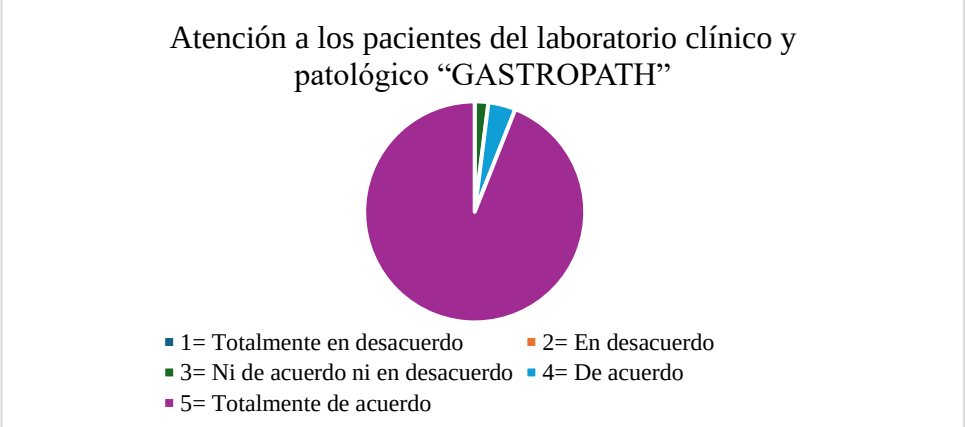
1. ¿El personal del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH" demuestra amabilidad, respeto y profesionalismo durante la atención?

Tabla 29. *Atención a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	2	4%
5= Totalmente de acuerdo	47	94%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 26. *Atención a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Del total de encuestados, el 94% manifestó estar totalmente de acuerdo en que el personal del laboratorio demuestra amabilidad, respeto y profesionalismo, el 4% indico estar de acuerdo y el 2% se mostró neutral, mientras que no se registraron respuestas en desacuerdo, lo que evidencia una percepción altamente positiva sobre la atención brindada.

Interpretación

Los resultados obtenidos se pueden interpretar que el laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH" conserva altos niveles en el servicio al cliente y el personal se muestra con el debido profesionalismo y trato adecuado al paciente, desarrollando y consolidando la confianza y satisfacción frente al servicio.

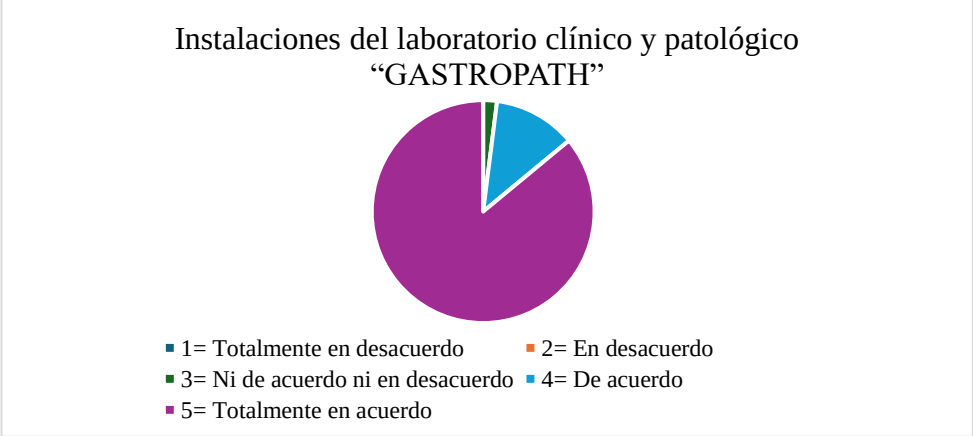
2. **¿Las instalaciones del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH" son limpias, seguras y brindan comodidad adecuada para la atención?**

Tabla 30. *Instalaciones del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	6	12%
5= Totalmente en acuerdo	43	86%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 27. *Instalaciones del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los datos obtenidos reflejan una percepción favorable sobre las condiciones físicas del laboratorio. El 86% de los encuestados se mostró totalmente de acuerdo en que las instalaciones son limpias, seguras y cómodas. Un 12% estuvo de acuerdo, mientras que solo el 2% se mantuvo neutral, sin registrarse respuestas negativas lo que demuestra una valoración favorable sobre la infraestructura del laboratorio.

Interpretación

Validación de Servicios de Salud $250,000 en 2021: $50,000 por año por 5 años. Los resultados muestran que las instalaciones, por sus características de limpieza, seguridad y confort, establecen un entorno favorable para la atención de los pacientes y, por ende, la confianza y el bienestar de los pacientes durante la atención.

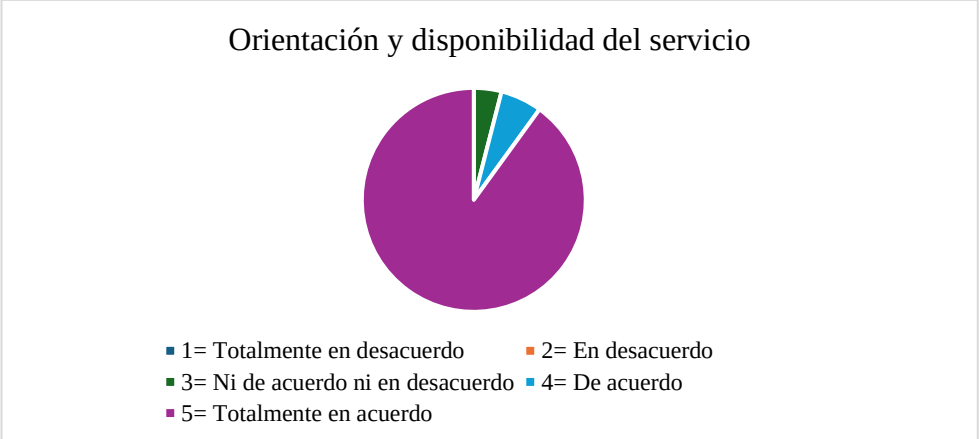
3. **¿La señalización, accesos, horarios de atención facilitan la orientación y disponibilidad del servicio?**

Tabla 31. *Orientación y disponibilidad del servicio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4%
4= De acuerdo	3	6%
5= Totalmente en acuerdo	45	90%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 28. *Orientación y disponibilidad del servicio*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 90% de los encuestados respondió estar totalmente de acuerdo en que la señalización, accesos y horarios facilitan la orientación, el 6% estuvo de acuerdo y el 4% se mostró neutral, sin existir respuestas en desacuerdo, evidenciando una percepción positiva en este aspecto.

Interpretación

Se determine que el laboratorio tiene buena organización señalética y en horarios, que facilita el acceso y orientación de los usuarios, mejorando la eficiencia y la calidad del servicio.

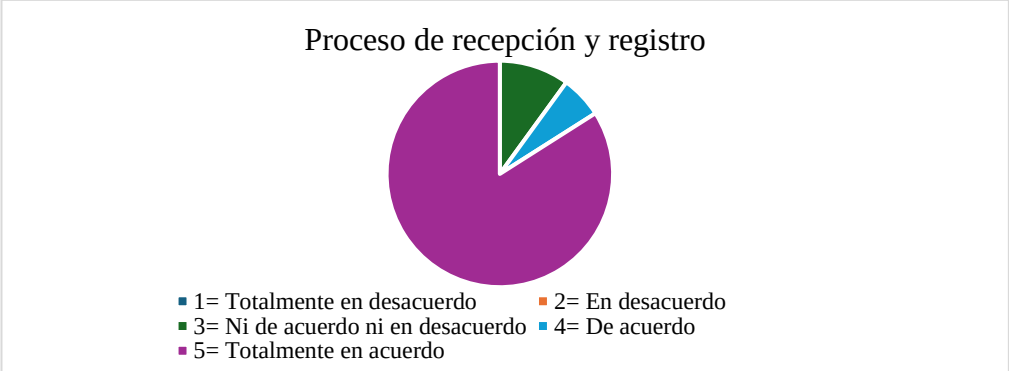
4. ¿El proceso de recepción y registro fue ágil, ordenado y eficiente?

Tabla 32. *Proceso de recepción y registro*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10%
4= De acuerdo	3	6%
5= Totalmente en acuerdo	42	84%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 29. *Proceso de recepción y registro*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los datos evidencian que el 84% de los usuarios está totalmente de acuerdo en que el proceso de recepción y registro fue ágil y ordenado. Un 6% manifestó estar de acuerdo y un 10% se mantuvo neutral sin respuestas negativas, lo que demuestra que la mayoría percibe un buen desempeño en el proceso.

Interpretación

Los resultados sugieren que el laboratorio desarrolla un proceso de recepción ordenado y eficiente. No obstante, hay un pequeño porcentaje neutral, lo que podría indicar que hay oportunidades de mejoramiento para optimizar aún más la experiencia del paciente.

5. ¿El tiempo de espera para la toma de muestras fue adecuado?

Tabla 33. *Tiempo de espera para la toma de muestras*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	1	2%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10%
4= De acuerdo	1	2%
5= Totalmente en acuerdo	43	86%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 30. *Tiempo de espera para la toma de muestras*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 86% indico estar totalmente de acuerdo en que el tiempo de espera fue adecuado, el 2% estuvo de acuerdo, el 10% se demostró neutral y el 2% estuvo en desacuerdo, reflejado en general una valoración positiva, aunque con una mínima inconformidad.

Interpretación

Se concluye que el laboratorio cuenta con tiempos de espera adecuados en la mayoría de los casos, no obstante, el pequeño porcentaje de personas en desacuerdo indica que puede haber situaciones específicas que requieran ajustes con el fin de lograr una mayor satisfacción.

6. ¿Los resultados fueron entregados dentro del tiempo informado?

Tabla 34. *Resultados dentro del tiempo informado*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4%
4= De acuerdo	3	6%
5= Totalmente en acuerdo	45	90%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 31. *Resultados dentro del tiempo informado*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El análisis evidencia que el 90% de los usuarios está totalmente de acuerdo en que los resultados fueron entregados dentro del tiempo informado. Un 6% manifestó estar de acuerdo y un 4% se mantuvo neutral, sin respuestas negativas, evidenciando cumpliento en los plazos.

Interpretacion

Se determina que el laboratorio cumple con los tiempos prometidos para la entrega de resultaos, fortaleciendo la creadibilidad y confianza de los pacientes en el servicio ofrecido.

7. ¿Piensa que los resultados emitidos por el laboratorio con precios, confiables y tecnicamente validos?

Tabla 35. *Resultados emitidos por el laboratorio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4%
4= De acuerdo	3	6%
5= Totalmente en acuerdo	45	90%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 32. *Resultados emitidos por el laboratorio*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 90% manifestó estar totalmente de acuerdo en que los resultados son confiables y técnicamente válidos, el 6% estuvo de acuerdo y el 4% se mostró neutral, sin registrase desacuerdos, lo que demuestra alta confianza en la calidad técnica del laboratorio.

Interpretación

Loos resultados evidencian que el laboratorio mantiene estándares técnicos adecuados, generando seguridad en los pacientes respecto a la precisión y confiabilidad de los exámenes realizados.

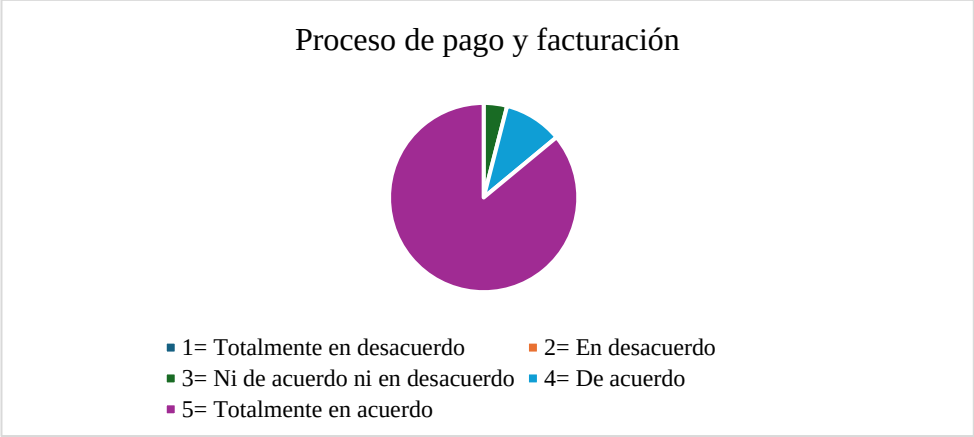
8. ¿El proceso de pago y facturación se realizó de forma clara y sin inconvenientes?

Tabla 36. *Proceso de pago y facturación*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4%
4= De acuerdo	5	10%
5= Totalmente en acuerdo	43	86%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 33. *Proceso de pago y facturación*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El 86% estuvo totalmente de acuerdo en que el proceso de pago fue claro y sin inconvenientes, el 10% estuvo de acuerdo y el 4% se mostró neutral, sin respuestas negativas. Lo que indica una percepción favorable del proceso administrativo final.

Interpretación

Se concluye que el laboratorio cuenta con un sistema de pago y facturación eficiente y transparente, facilitando al paciente la culminación del servicio sin complicaciones

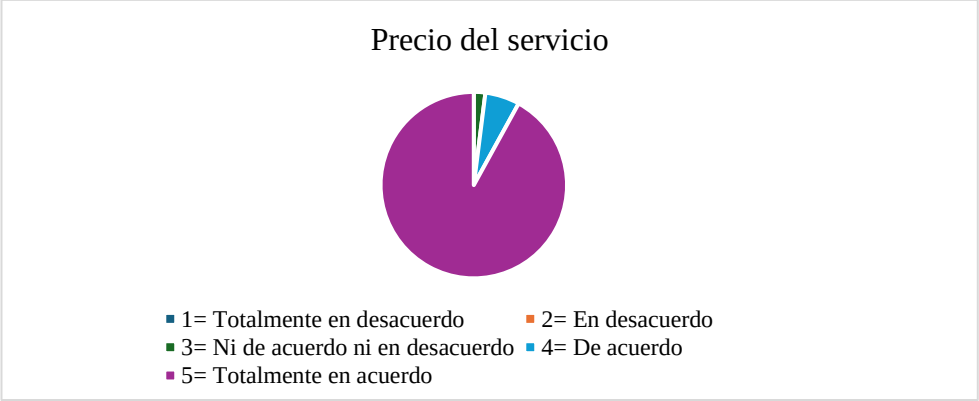
9. ¿Considera que el precio del servicio corresponde a la calidad recibida?

Tabla 37. *Precio del servicio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	3	6%
5= Totalmente en acuerdo	46	92%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 34. *Precio del servicio*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El análisis muestra que el 92% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que el precio del servicio corresponde a la calidad recibida, el 6% manifestó estar de acuerdo y un 2% se mantuvo neutral. Esto indica que los usuarios perciben una relación adecuada entre costo y beneficio, la percepción del precio está vinculada a la calidad del servicio. Los resultados evidencian competitividad del laboratorio.

Interpretación

Los resultados permiten considerar que los pacientes perciben el costo del servicio como justo en relación a la calidad que reciben, lo que refuerza la posición competitiva del laboratorio.

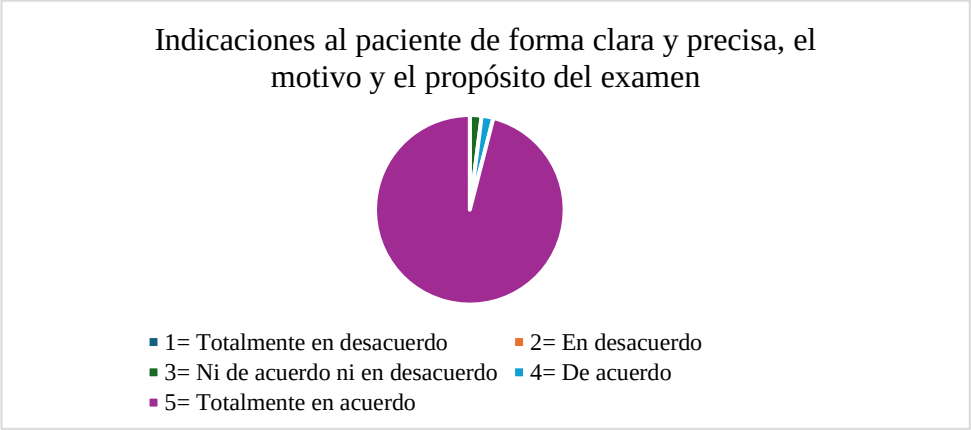
10. ¿El personal del laboratorio le indico de forma clara y precisa las condiciones, el motivo y el propósito del examen?

Tabla 38. *Indicaciones al paciente de forma clara y precisa, el motivo y el propósito del examen*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	1	2%
5= Totalmente en acuerdo	48	96%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 35. *Indicaciones al paciente de forma clara y precisa, el motivo y el propósito del examen*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados evidencian que el 96% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que el personal brindó indicaciones claras y precisas sobre el examen, el 2% manifestó estar de acuerdo y un 2% se mantuvo neutral, si respuestas negativas, evidenciando excelente comunicación por parte del personal.

Interpretación

Los resultados demostraron que el laboratorio ofrece la información suficiente sobre procesos para que el paciente comprenda el propósito de la prueba y se sienta tranquilo al momento de realizarse la tarea.

11. ¿La entrega de resultados, ya sea en formato físico o digital fue clara y mantuvo la confidencialidad de su información?

Tabla 39. *Entrega de resultados*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	2	4%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	2	4%
5= Totalmente en acuerdo	45	90%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 36. *Entrega de resultados*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El análisis muestra que el 90% estuvo totalmente de acuerdo en que la entrega fue clara y confidencial, el 4% estuvo de acuerdo, el 2% se mostró neutral y el 4% estuvo en desacuerdo, lo que indica en general una percepción positiva con mínima inconformidad.

Interpretación

El laboratorio se concluye que se nivelados estándares de confidencialidad y claridad en la entrega de resultados. No obstante, el pequeño porcentaje en desacuerdo sugiere la necesidad de mejorar el área para evitar incomodidades.

12. ¿El laboratorio le comunico de manera adecuada cualquier cambio, demora o actualización relacionada con sus exámenes?

Tabla 40. *Comunicación oportuna*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	2	4%
5= Totalmente en acuerdo	47	94%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 37. *Comunicación oportuna*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los resultados evidencian que el 94% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que el laboratorio comunica oportunamente cualquier cambio o actualización, el 4% manifestó estar de acuerdo y un 2% se mantuvo neutral, sin respuestas negativas, reflejando una gestión comunicación eficiente.

Interpretación

El laboratorio ha conseguido no solo una adecuada comunicación con los pacientes, sino también una mayor confianza y transparencia en el servicio prestado.

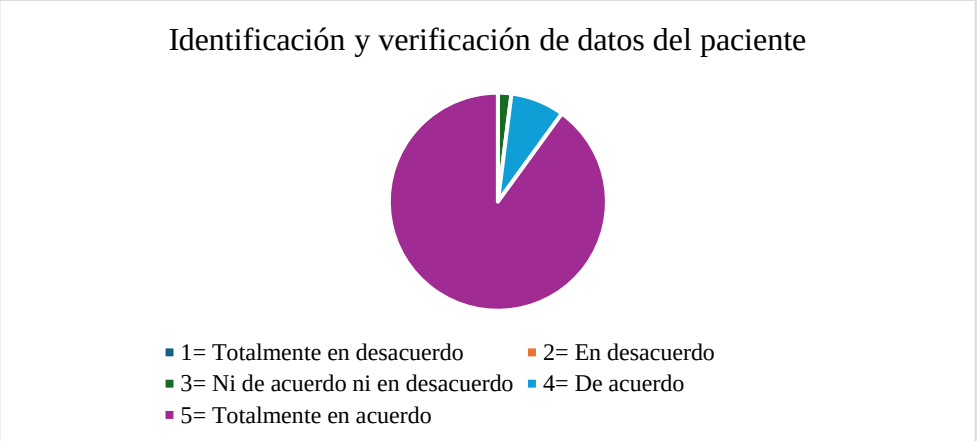
13. ¿Considera que el equipo del laboratorio realiza controles adecuados en la identificación y verificación de sus datos, garantizando así la calidad de la atención brindada?

Tabla 41. *Identificación y verificación de datos de los pacientes*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	4	8%
5= Totalmente en acuerdo	45	90%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 38. *Identificación y verificación de datos del paciente*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El análisis evidencia que el 90% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que el laboratorio realiza controles adecuados en la identificación de datos, el 8% manifestó estar de acuerdo y un 2% sin respuestas negativas, evidenciando una percepción positiva en el control de calidad.

Interpretación

Se determinó que el laboratorio aplica suficientemente los procedimientos que garantizan la correcta identificación del paciente, contribuyendo así a la seguridad y precisión del servicio.

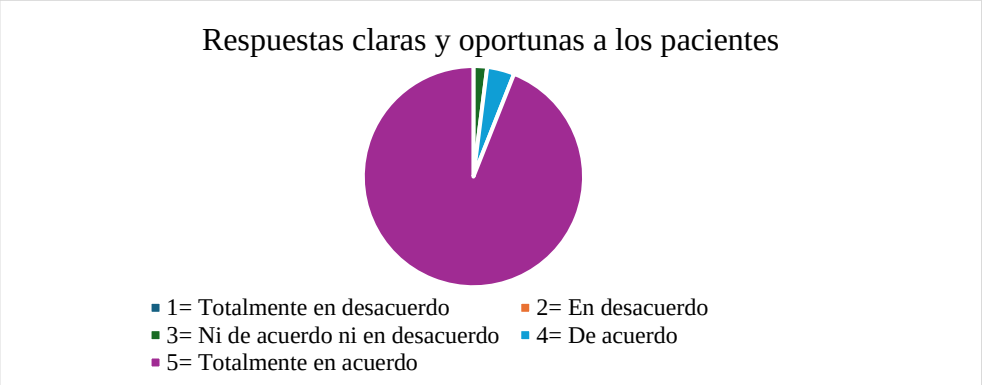
14. ¿El personal del laboratorio le ofreció respuestas claras y oportunas cuando ha tenido dudas o inconvenientes?

Tabla 42 *Respuestas claras y oportunas a los pacientes*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	2	4%
5= Totalmente en acuerdo	47	94%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 39. *Respuestas claras y oportunas a los pacientes*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

Los datos muestran que el 94% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que el personal brindó respuestas claras y oportunas, el 4% manifestó estar de acuerdo y un 2% se mantuvo neutral, sin registrarse desacuerdos, lo que evidencia una atención eficiente ante dudas o inconvenientes.

Interpretación

El personal de laboratorio, gracias a su disposición y habilidad para resolver problemas, refuerza la satisfacción y la confianza del paciente, y contribuye a la fidelización de los mismos.

15. ¿Usted recomendaría este laboratorio a familiares o amigos por la calidad del servicio recibido?

Tabla 43 *Recomendación del laboratorio*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1= Totalmente en desacuerdo	0	0%
2= En desacuerdo	0	0%
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
4= De acuerdo	4	8%
5= Totalmente en acuerdo	45	90%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Gráfico 40. *Recomendación del laboratorio*



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH"
Elaborado: Por las autoras

Análisis

El análisis evidencia que el 90% de los encuestados está totalmente de acuerdo en recomendar el laboratorio a familiares o amigos, el 8% manifestó estar de acuerdo y un 2% se mantuvo neutral, sin registrar respuestas negativas. Lo que refleja un alto nivel de aceptación del servicio.

Interpretación

Los resultados demuestran un alto grado de satisfacción general, puesto que la mayor parte de los pacientes recomendaría el laboratorio a otros, fortaleciendo aún más su imagen y reputación.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

Título de le propuesta

Realizar una auditoría administrativa como herramienta de mejora en los procesos organizativos, contables y documentales del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH” en la ciudad de Guaranda año 2024

5.1. Datos informativos

Nombre de la Institución

Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH”

Beneficiario

Doctora Paulina Garcés, directora del laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH”.

Fases Para el Desarrollo de la Auditoría Administrativa

FASE 1: Planificación Preliminar.

FASE 2: Planificación Específica.

FASE 3: Ejecución de la Auditoría.

FASE 4: Comunicación de Resultados.

FASE 5: Monitoreo.

5.2.Componentes de la Propuesta

La propuesta se estructura en base a los 5 componentes del marco de control interno COSO I:

- Ambiente de control
- Evaluación de Riesgos
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Monitoreo y Supervisión

Hoja de hallazgos

Este instrumento sistematiza los resultados de la Auditoría Administrativa al laboratorio "GASTROPATH". Con la finalidad de organizar la evidencia recopilada sobre los procesos organizativos, contables y documentales auditados.

Cada hoja de hallazgos se presenta de la siguiente manera:

• Título

• Condición

• Criterio

• Causa

• Efecto

• Conclusiones y recomendaciones

Elaboración del Informe Final de Auditoría y Fase de Seguimiento

Por último, se redactará el informe de Auditoría Administrativa y la fase de seguimiento que abarcará:

» Conclusiones y recomendaciones de los resultados y propuesta de mejora para los procesos auditados

» Cronograma de aplicación de recomendaciones a la entidad.

El informe de auditoría será claro, conciso, objetivo, constructivo y oportuno, a fin de facilitar la toma de decisiones en el futuro.

5.3. FASE I. PLANIFICACIÓN PRELIMINAR

Desarrollo de la Propuesta

Tabla 44. *Datos informativos*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**

AUDITORAS ASOCIADAS TRASPARENCIA QUE GENERA CONFIANZA
AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024

TIPO DE AUDITORÍA	Auditoría Administrativa
EMPRESA A AUDITAR	Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH"
PERIODO	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024
ÁREA	Organizativa, contable y documental
CIUDAD	Guaranda

EQUIPO DE TRABAJO

NOMBRE	CATEGORÍA	SIGLAS
Dr. Vladimir Rivera Piñaloza	Supervisor	**VRP**
Ing. Kevin Hernan Sisalema Toapanta, Msc	Jefe de Equipo	**KHST**
Ing. Mauricio Fernando Ortiz Chávez	Jefe de Equipo	**MFOC**
Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi	Auditora	**ALAT**
Jenifer Andrea Cofre Vasquez	Auditora	**JACV**

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*

Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 45. *Diagnóstico General*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**

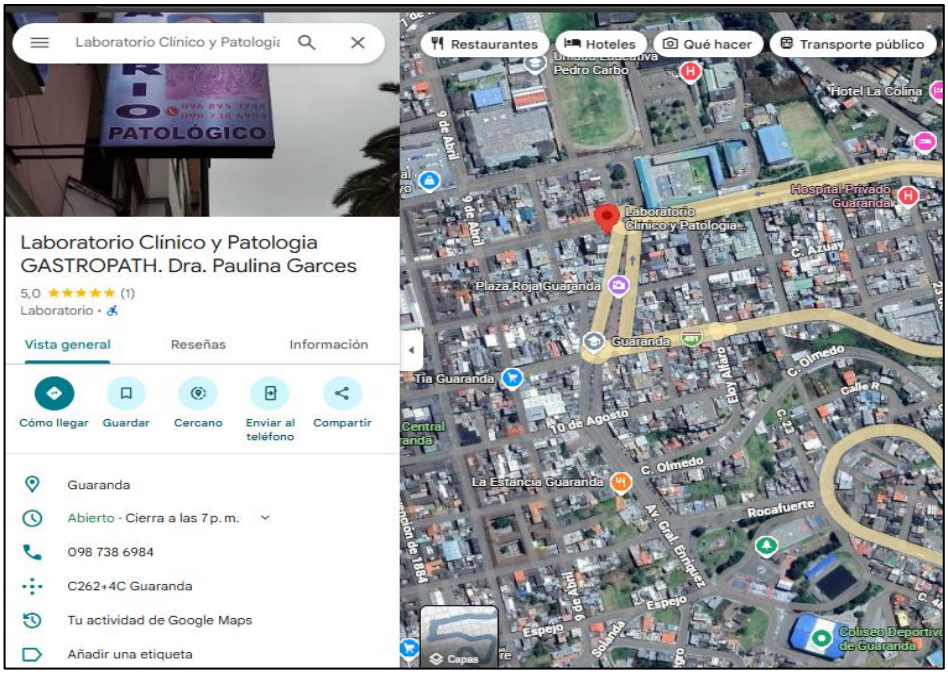
Diagnóstico general

1. **Razón Social:**

Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH”, con el RUC 02015021270001.

2. **Dirección:**

El Laboratorio Clínico y Patológico “GASTROPATH”, se encuentra ubicado en la Ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, en las calles avenida Cándido Rada y General Enríquez, segundo piso, diagonal a la Unidad Educativa “Verbo Divino”.



Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*

Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

3. Reseña Histórica

El laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH" fue creado el 18 de septiembre del 2019, impulsado por la doctora Paulina Garcés y el doctor Néstor Basantes, con el objetivo principal de proporcionar servicios de diagnóstico y análisis clínico que apoyen de manera oportuna la atención médica y el tratamiento de los pacientes. En sus inicios, el laboratorio funcionaba en las calles Guayaquil y Av. Dr. Humberto del Pozo, frente a Radio Guaranda, ofreciendo exámenes básicos como análisis de sangre, orina y heces, así como pruebas hematológicas, química sanguínea, hormonales, marcadores tumorales, tiempos de coagulación, cultivos y pruebas de paternidad, además de estudios de biopsias y punciones eco dirigidas de tiroides y mama.

En los inicios, el laboratorio contaba con un limitado respaldo infraestructural, equipamiento, y personal y se dedicaba a análisis de baja complejidad. Con el tiempo, el laboratorio fue modernizándose incrementando su nivel de automatización, adoptando tecnología de punta, y aumentando la especialización y la subespecialización de su personal. Asimismo, se modernizó en la implementación de sistemas de gestión y se incrementó el enfoque en la calidad, la seguridad y la acreditación. Con el tiempo se hicieron cambios en la infraestructura y el personal en las áreas de Hematología, Química Sanguínea, Inmunología, Microbiología, Toma de Muestras, Uroanálisis y Coproparasitario, lo que permitió aumentar la capacidad diagnóstica del laboratorio.

4. Misión

Apoyar a los profesionales de la salud a partir de la prestación de servicios de diagnóstico clínico y patológico con calidad, precisión, calidez y eficiencia, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, contribuyendo al bienestar de nuestros pacientes y la comunidad.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

5. Visión

Ser el laboratorio líder en Ecuador, con excelencia en diagnósticos, innovación tecnológica y compromiso con la calidad, contribuyendo a la salud de la población.

6. Objetivo de la Entidad

Ofrecer, con eficiencia, precisión y calidez, servicios de diagnóstico clínico y patológico de alta calidad que contribuyan al bienestar de los pacientes y ayuden a los profesionales de la salud en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Objetivos específicos

- Reducir los tiempos de entrega de resultados en un 20%.
- Mejorar la satisfacción del paciente mediante encuestas trimestrales.
- Implementar protocolos de calidad ISO 15189.
- Optimizar flujo de trabajo con automatización.

7. Valores de la entidad

- Integridad y transparencia
- Confidencialidad
- Precisión y calidad
- Seguridad y empatía
- Seguridad y bioseguridad
- Mejora continua
- Responsabilidad
- Trabajo en equipo

8. Base legal

- Ley orgánica de salud
- Reglamento de laboratorios clínicos (MSP)
- Agencia de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medica prepagada (ACESS)
- Protocolos de bioseguridad (MSP)
- Servicio de rentas internas (SRI)

9. FODA

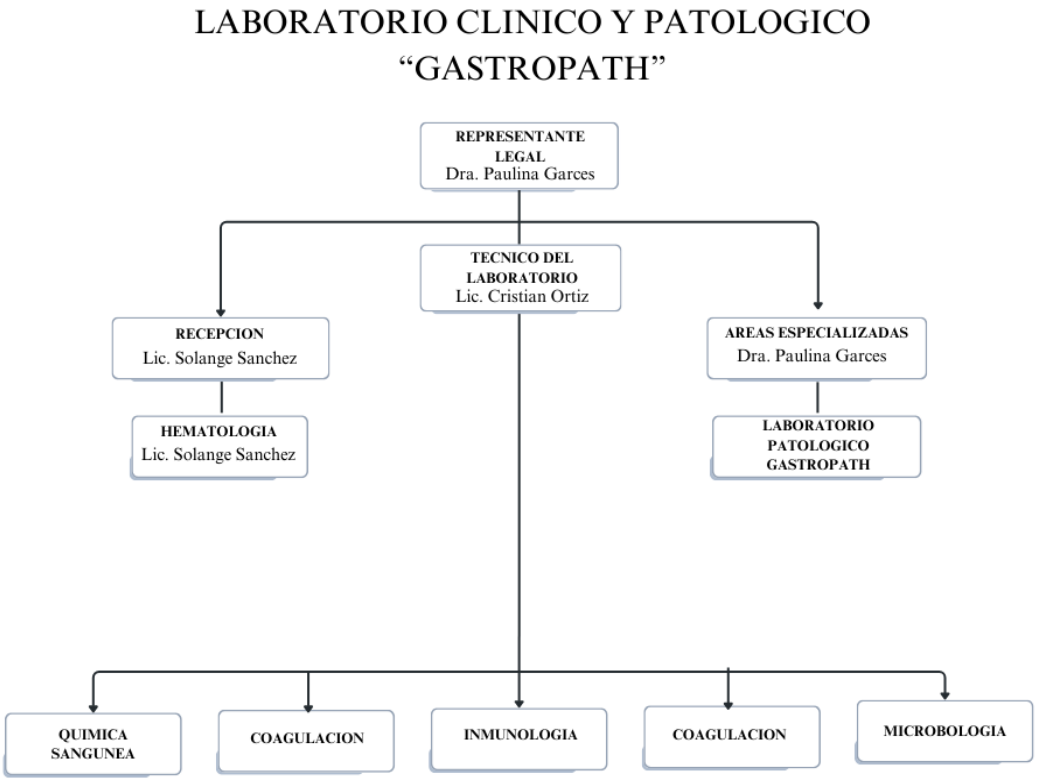
ANÁLISIS FODA	
FORTALEZA	**OPORTUNIDADES**
» Tecnología avanzada y equipos automatizados » Personal capacitado en bioseguridad Ampliación de la cartera de servicios » Implementación de maquinaria de biología molecular (PCR, NGS) » Enfoque especializado en patología	» Aumento de la demanda de servicios diagnósticos » Alianzas con hospitales y centros de investigación
DEBILIDADES	**AMENAZAS**
» Tiempos de entrega de resultados por optimizar » Limitaciones de recursos para inversión tecnológica » Dependencia de personal clave » Infraestructura limitada para expansión	» Cambios en normativas y regulaciones sanitarias » Competencia con laboratorios mejor equipados o precios bajos » Escasez de reactivos e insumos médicos » Riesgo de rezago tecnológico y crisis sanitarias

10. Matiz FODA

MATRÍZ DE FODA ESTRATÉGICO Laboratorio Clínico "GASTROPATH"	**OPORTUNIDADES** » Aumento de la demanda de servicios diagnósticos » Alianzas con hospitales y centros de investigación	**AMENAZAS** » Cambios en normativas y regulaciones sanitarias » Competencia con laboratorios mejor equipados o precios bajos » Escasez de reactivos e insumos médicos » Riesgo de rezago tecnológico y crisis sanitarias
FORTALEZAS » Tecnología avanzada y equipos automatizados » Personal capacitado en bioseguridad » Ampliación de la cartera de servicios » Implementación de maquinaria de biología molecular (PCR, NGS) » Enfoque especializado en patología	» Aprovechar la tecnología avanzada (PCR, NGS) y el personal capacitado para posicionarse como el socio diagnóstico preferente de hospitales y centros de investigación que buscan alta especialización (O2). » Capitalizar la ampliación de la cartera de servicios para satisfacer el aumento de la demanda (O1), ofreciendo un portafolio único y especializado que la competencia no tiene.	» Utilizar la tecnología avanzada y la especialización en patología para diferenciarse de la competencia de bajos precios, ofreciendo un valor añadido en precisión diagnóstica (A2). » La tecnología avanzada y el personal capacitado en bioseguridad permiten adaptarse rápidamente a nuevas normativas sanitarias (A1) y mantener la continuidad operativa ante crisis sanitarias (A4) » La automatización de equipos puede ayudar a mitigar el impacto de la escasez de personal clave (D3) y a optimizar el uso de reactivos ante su posible escasez (A3)
DEBILIDADES » Tiempos de entrega de resultados por optimizar » Limitaciones de recursos para inversión tecnológica » Dependencia de personal clave » Infraestructura limitada para expansión	» Usar el aumento de la demanda (O1) para justificar y financiar la inversión en mejoras de procesos (ej. digitalización, flujos de trabajo) que permitan optimizar los tiempos de entrega (D1). » Buscar alianzas estratégicas (O2) con hospitales o fondos de inversión para obtener los recursos necesarios y superar las limitaciones de inversión tecnológica (D2) y de infraestructura (D4). » Las alianzas (O2) también pueden incluir el acceso a nuevas instalaciones, lo que ayudaría a solventar	Implementar un plan de gestión de riesgos para reducir la dependencia de personal clave (D3) mediante la documentación de procesos y la capacitación cruzada, lo que también ayuda a enfrentar la escasez de personal ante crisis sanitarias (A4). Priorizar la optimización de los tiempos de entrega (D1) como una ventaja competitiva clave para fidelizar clientes y no perder mercado frente a laboratorios con precios bajos (A2). Establecer un programa de proveedores alternativos y un stock de seguridad para mitigar el riesgo de escasez de reactivos (A3), compensando así las limitaciones de recursos (D2)

	la infraestructura limitada para expansión (D4).	que impiden compras de pánico a sobreprecio.

11. Organigrama estructural



}***Elaborado por:*** *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*

Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 46. *Código de Marcas*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**

MARCAS

MARCAS	SIGNIFICADO
ɳ	Procesos Incompletos
✓	Verificación "In situ"
₦	Ausencia física del documento
Ø	Incumplimiento de requisitos
*	Documentos con observaciones pendientes

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*

Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 47. *Hoja de Índice*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**

HOJA DE ÍNDICE

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
FASE I: PLANIFICACIÓN PRELIMINAR	
VP/1	Visita Preliminar
OT/2	Orden de Trabajo
NA/3	Notificación de la Auditoría
SI/4	Solicitud de Información
IPP/5	Informe de Planificación Preliminar
FASE II: PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA	
CCI/1	Cuestionario de Control Interno
NC/2	Nivel de Riesgo y Confianza
PPR/3	Planificación Específica
FASE III: EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA	
AEOD/1	Análisis de la estructura organizativa y documental
EPCFGI/2	Evaluación de los procesos contables, financieros y de gestión de inventarios
ECNLC/3	Evaluación del cumplimiento normativo, legal y de calidad año 2024.
VSIPD/4	Verificación de la seguridad de la información y protección de datos.
CNA/5	Cédula Narrativa de Auditoría
HH/6	Hojas de hallazgo
FASE VI: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	
IAA/10	Informe de Auditoría Administrativa

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre. Tomado como referencia teórica la propuesta de Azogue y Pérez, (2024).*

Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

1. Planificación Preliminar

Tabla 48. *Planificación Preliminar*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**

FASE I. Planificación Preliminar

Tipo de examen: Auditoría Administrativa

Periodo: Del 1 de enero al 31 de diciembre de los años 2024.

Objetivo General: Obtener información relevante sobre los procesos organizativos, contables y documentales para el desarrollo del informe de planificación preliminar.

Objetivo Específico: Realizar el diagnóstico inicial al laboratorio GASTROPATH mediante la recopilación documental y visita preliminar, con el fin de identificar áreas críticas y definir el alcance especifico de la auditoría administrativa.

N°	PROCEDIMIENTO	REF	RESPONSABLE	FECHA
1	Visita Preliminar a la entidad	VP/1	ALAT- JACV	05-10-2025
2	Orden de Trabajo	OT/2	ALAT- JACV	10-10-2025
3	Notificación de inicio de la Auditoría Administrativa	NA/3	ALAT- JACV	13-10-2025
4	Solicitud de Información de la organización mediante un oficio	SI/4	ALAT- JACV	13-10-2025
5	Elaboración del Informe de Planificación Preliminar	IPP/5	ALAT- JACV	15-10-2025

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*

Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 49. *Visita Preliminar*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
VP/1	**VISITA PRELIMINAR**

Objetivo de la visita preliminar

» Realizar un reconocimiento inicial de las instalaciones, operaciones y personal del laboratorio GASTROPATH

DETALLES DE LA VISITA

El Laboratorio Clínico y Patológico GASTROPATH es una entidad privada de diagnóstico médico ubicada en la ciudad de Guaranda, en la avenida Cándido Rada y General Enríquez, segundo piso.

El 5 de octubre de 2025 se llevó a cabo una visita al laboratorio para conocer su funcionamiento cotidiano y las áreas a auditar. Si bien se constató cierto orden, y se pudo apreciar que cada trabajador desempeña una función conforme al organigrama, en la práctica se lograron detectar importantes problemas en la organización y en los sistemas de registro.

Existe una duplicidad de funciones y una acumulación de responsabilidades en algunos puestos. La Dra. Paulina Garcés representante legal de la organización, es también la encargada técnica del área de Patología, lo que conlleva una acumulación de trabajo y roles, reuniendo en una sola persona decisiones estratégicas, administrativas y técnicas. Además, el Lic. Cristian Ortiz, técnico del laboratorio clínico conjuntamente con la Lic. Solange Sánchez realizan sus actividades diarias sin una organización clara, ya que los dos se encarga de recepción, toma de muestras, envió de resultados, análisis de los mismos y administración del laboratorio, lo que conlleva a una sobrecarga laboral.

Se ratificó la ausencia de uniformidad en los sistemas de control: la División Clínica utiliza el sistema contable "Cubo Contable", en cambio la División de Patología y Citología no dispone de sistema contable y lleva toda su contabilidad de forma

manual, aumentando el riesgo de error y la posibilidad de perder información. Por ello, se acordó hacer una propuesta de un modelo de registro a fin de estandarizar y controlar las actividades diarias de la División de Patología y Citología.

Finalmente, aunque la infraestructura es adecuada, el espacio en recepción es limitado para la demanda de pacientes. El personal mostró disposición para colaborar en la auditoría y se identificó la prioridad de mejorar los procesos documentales en el área de Patología, que será el objetivo de la revisión.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 50. *Orden de Trabajo*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
OT/2	**ORDEN DE TRABAJO**

Guaranda, 10 de octubre del 2025

Señoritas:
Allauca Tipantasi Adriana Lizbeth y Cofre Vásquez Jenifer Andrea
Estudiantes de la Carrera de Contabilidad y Auditoría

Presente:

De conformidad con el plan de trabajo establecido en la Guía de procesos de la Unidad de Integración Curricular de la Facultad de Ciencias Administrativas, Gestión Empresarial e Informática de la Universidad Estatal de Bolívar, se dispone que se desarrolle el trabajo de auditoría administrativa, con la siguiente temática:
"**AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO 'GASTROPATH' EN LA CIUDAD DE GUARANDA, AÑO 2024"**
En este sentido, se obtendrá información a través de la dirección y el personal del Laboratorio Clínico y Patológico GASTROPATH, mediante la aplicación de los respectivos programas de auditoría y la verificación de la documentación correspondiente a los procesos mencionados.
Este trabajo se desarrollará en un plazo de 80 días hábiles, incluyendo la elaboración del borrador del informe de auditoría. La ejecución estará a cargo de las señoritas: Allauca Tipantasi Adriana Lizbeth y Cofre Vásquez Jenifer Andrea.

Al terminar el proceso de auditoría, se elaborará el informe correspondiente con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la evaluación.

Dr. Vladimir Rivera Piñaloza
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.* ***Revisado por:*** *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 51. *Notificación del Inicio de la Auditoría*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
NA/3	**NOTIFICACIÓN DEL INICIO DE LA AUDITORÍA**

Guaranda, 12 de octubre del 2025

Dra.
Paulina Garcés
REPRESENTANTE LEGAL DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO GASTROPATH

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el motivo de informarle el inicio formal de la auditoría administrativa que, mediante Orden de Trabajo No. 001, suscrita por el Dr. Vladimir Rivera Piñaloza, director del Trabajo de Integración Curricular, se denomina:

"AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO 'GASTROPATH' EN LA CIUDAD DE GUARANDA, AÑO 2024", misma que cuenta con la autorización correspondiente como máxima autoridad de la entidad. Además, solicitamos expedir la información necesaria al personal correspondiente para llevar a cabo la auditoría en las áreas mencionadas.

En efecto, esta auditoría se realizará en base a las leyes y normativas vigentes, lo que permitirá emitir un informe pertinente acerca de los procesos organizativos, contables y documentales del laboratorio.

Como parte del proceso de documentación de los hallazgos de la auditoría administrativa, solicitamos también, de la manera más atenta, la parte de

información que se encuentra dentro de los manuales, archivos, procedimientos y demás documentos que se relacionan con los procesos de análisis.

Seguras de contar con su valioso apoyo y colaboración, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,





Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi	Jenifer Andrea Cofre Vásquez
Estudiante	**Estudiante**

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 52. *Petición de información*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
SI/4	**PETICIÓN DE INFORMACIÓN**

Guaranda, 12 de octubre del 2025

Dra.
Paulina Garcés
REPRESENTANTE LEGAL DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO GASTROPATH

Presente:

De nuestras consideraciones.
Mediante el presente, solicitamos de la manera más comedida se nos facilite la siguiente información para llevar a cabo la auditoría administrativa:

- Manual de funciones y procedimientos internos del Laboratorio GASTROPATH.
- Estados financieros básicos (Balance General, Estado de Resultados) correspondientes al período 2023-2024.
- Misión, Visión, Valores y políticas institucionales vigentes.
- Registros de facturación y comprobantes de venta emitidos durante el año 2024.
- Registros manuales y documentación del área de Patología y Citología (libros, formatos, historiales).
- Permisos de funcionamiento vigentes (ACESS, sanitarios, municipales).
- Organigrama actualizado y descripción de cargos del personal.
- Cualquier otra documentación relevante para la investigación.

Seguras de contar con su apoyo, agradecemos su colaboración.

Atentamente,





Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi	Jenifer Andrea Cofre Vásquez
Estudiante	**Estudiante**
Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.* ***Revisado por:*** *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*	

Tabla 53. *Informe de Planificación Preliminar.*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
IPP/4	**INFORME DE PLANIFICACIÓN PRELIMINAR**

Motivo de la Auditoría

La Auditoría Administrativa examina el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH" y el cumplimiento legal en los procesos organizacionales, contables y documentales, interno de los sectores regulados de la Salud.

Objetivo de la Auditoría

El objetivo que se persigue es la Auditoría Administrativa en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH" por medio de la aplicación de normas, procedimientos y técnicas, que en su conjunto, posibiliten la verificación, el cumplimiento normativo, así como la valoración de los procesos organizativos, contables y documentales.

Alcance de la Auditoría

La auditoría administrativa abarcará los procesos organizativos, contables y documentales que se hayan desarrollado en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH" Central durante el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. La auditoría se centrará en la estructura, el cumplimiento normativo y la eficiencia, y en la organización de la Patología y Citología que es considerada como un punto crítico de la auditoría.

Resultados de la Visita Preliminar

En la visita preliminar realizada el 5 de octubre de 2025, se realizó un reconocimiento de las instalaciones y operaciones del laboratorio, obteniendo la siguiente información:

» **Estructura Organizativa:** Aunque existe un organigrama, se observaron duplicaciones funcionales y acumulación de responsabilidades. Paulina Garcés, Representante Legal, concentra roles estratégicos y técnicos en la Dirección de Patología. El personal de recepción y recolección de muestras, Lic. Cristian Ortiz y Lic. Solange Sánchez, en ausencia de una delimitación clara, asumen múltiples funciones, lo que podría llevar a una sobrecarga de trabajo y riesgos operativos.

» **Sistemas de Información y Registro:** La falta de uniformidad es crítica. Mientras que el área Clínica utiliza el sistema 'Cubo Contable', el área de Patología y Citología opera sin un sistema contable, manteniendo todos sus registros de forma manual. Esta situación aumenta significativamente el riesgo de errores y pérdida de información y una falta de trazabilidad.

Infraestructura: En general, la infraestructura es apropiada, aunque el espacio en recepción está limitado a la demanda actual.

» **Disposición del Personal:** Se destacó la colaboración y la actitud positiva hacia la revisión de sus procesos.

» La visita confirmó la existencia de debilidades significativas en los procesos documentales y organizativos, especialmente en el área de Patología, que constituye el enfoque principal de la auditoría.





Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi — **Estudiante**

Jenifer Andrea Cofre Vásquez — **Estudiante**

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

5.4. FASE II. PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA

Tabla 54. *Planificación Específica.*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"

PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA

01-01-2024 al 31-12-2024

FASE II: Planificación Específica

Tipo de Examen: Auditoría Administrativa

Período: 01 de enero al 31 de diciembre del 2024

Objetivo General: Elaborar el informe sobre el control interno del Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", en base a cuestionarios específicos aplicados a las áreas organizativa, contable y documental, para determinar el nivel de cumplimiento de sus objetivos institucionales durante el período 2024.

Objetivo Específico: Elaborar un cuestionario de control interno con base en el COSO I, enfocado en los procesos organizativos, contables y documentales del laboratorio, formulando preguntas que nos permitan discernir el nivel de riesgo y el nivel de confianza de cada una de las áreas, en especial en Patología y Citología donde se evidenciaron mayores debilidades en la visita preliminar.

N°	PROCEDIMIENTO	REF.	RESPONSABLE	FECHA

1	Evaluación del Sistema de Control Interno	ESCI/1	ALAT-JACV	06-11-2025
2	Determinar el nivel de confianza y nivel de riesgo	DNCNR/2	ALAT-JACV	12-11-2025
3	Elaboración del Informe de Evaluación del Control Interno, Planificación Específica	EIECIPE/3	ALAT-JACV	20-11-2025

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 55. *Cuestionario de Control Interno*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
ESCI/1	**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO** ÁREA ORGANIZATIVA, CONTABLE Y DOCUMENTAL 01-01-2024 AL 31-12-2024

Entidad: Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH"

Área: Organizativa, contable y documental

Objetivo: Evaluar el sistema de control interno del laboratorio mediante un cuestionario estructurado basado en los cinco componentes del modelo COSO I, con la finalidad de identificar fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad en los procesos organizativos, contables y documentales durante el período 2024.

N°	PREGUNTA	ÁREA						PT	OBSERVACIÓN
		Organizativa		Contable		Documental			
AMBIENTE DE CONTROL									
		SI	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	**#**	
1	¿La dirección socializa periódicamente la planificación estratégica incluyendo los valores éticos, normas de conducta y objetivos institucionales?	X		X		X		3	
2	¿Las funciones y responsabilidades del personal están definidas, documentadas y actualizadas?		X	X		X		2	Dra. Garcés acumula roles directivos y técnicos; Lic. Ortiz y Sánchez, tienen funciones mezcladas.
3	¿El liderazgo promueve un ambiente laboral respetuoso, colaborativo y orientado al cumplimiento normativo y los estándares de calidad ISO 15189 y la confidencialidad de datos?	X		X		X		3	

4	¿El laboratorio cuenta con políticas y prácticas de talento humano que garantizan la selección, capacitación, evaluación del desempeño y retención del personal conforme a las competencias requeridas para sus funciones?	X		X		X		3	
5	¿Existe un código de ética o manual de conducta específico para el laboratorio que regule el marco confidencial de resultados, la integridad en los análisis y el adecuado uso de los recursos?	X		X		X		3	
6	¿El laboratorio tiene misión, visión, valores y código de ética documentados y socializados?	X		X		X		3	
7	¿Existen manuales de funciones y procedimientos que definan las responsabilidades del personal en cada área?		X		X		X	0	No existen manuales específicos por área; solo son verbales.

EVALUACIÓN DE RIESGOS									
1	¿Se identifica y analizan periódicamente los riesgos administrativos, contables y clínicos que podrían impedir el logro de los objetivos del laboratorio?		X		X		X	0	No existe un proceso formal de identificación de riesgos en ninguna de las áreas.
2	¿Existen medidas preventivas y correctivas formalizadas y documentadas para minimizar riesgos operativos como fallas en reactivos, errores en la identificación y manejo de muestras o interrupción de servicios esenciales?	X		X			X	2	El área de patología y citología no tiene medidas para evitar pérdidas de información, ya que sus registros son de manera manual.
3	¿El laboratorio dispone de protocolos y planes de contingencia documental y probados en la gestión de emergencia y riesgos críticos de operación?		X		X		X	0	No hay protocolos formalizados ni probados.

4	¿Los riesgos identificados son evaluados considerando su probabilidad de ocurrencia y su impacto potencial para priorizar e implementar las acciones de control necesarias?		X		X		X	0	La evaluación es empírica, sin una metodología formal.
5	¿Se monitorean preventivamente los cambios en el entorno regulatorio (sanitario, laboral, tributario) y operacional (tecnología, nuevos servicios) para identificar nuevos riesgos o ajustar los controles existentes?	X		X		X		3	Hay un monitoreo, regular debido a que tienen que actualizar su permiso de funcionamiento cada año.
6	¿Se han identificado riesgos que afecten la gestión administrativa, contable o el manejo de información del laboratorio?		X	X			X	1	Riesgo crítico identificado en el área documental, este carece de respaldo digital, exponiendo información a pérdida irreversible
7	¿Existen protocolos documentados para la gestión de riesgos de	X		X			X	2	No tienen protocolos documentados y su información es de manera manual sin respaldo digital.

	información pérdida, manipulación, acceso indebido a la información clínica y administrativa?								
ACTIVIDADES DE CONTROL									
1	¿Los procesos contables y financieros, como transacciones de ingresos, egresos, conciliaciones bancarias e inventarios se ejecutan con precisión, control y evidencia documental?	N/A		X		N/A		1	Tienen controles básicos pero su documentación es incompleta
2	¿El laboratorio cumple sus obligaciones legales, tributarias y sanitarias mediante controles internos establecidos y verificables?	X		X		X		3	
3	Los sistemas informáticos (HIS, LIS) contribuyen a reducir errores humanos, garantizan la trazabilidad de la información clínica y administrativa,	X		X			X	2	Hallazgo crítico, el área de patología y citología opera sin un sistema y sus registros son 100% manuales.

	¿limita el acceso a usuarios autorizados?								
4	¿El personal recibe capacitación continua y documental en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos estandarizados y medidas de bioseguridad pertinentes a su área de trabajo?	X		X		X		3	
5	¿Existen controles físicos de acceso a áreas restringidas del laboratorio (almacenamiento de reactivos controlados, áreas de patología) y medidas de seguridad para proteger los activos físicos y equipos críticos?	X		X		X		3	
6	¿La información administrativa, contable y clínica se gestiona de forma clara, oportuna y confiable y accesible a quienes la		X	X			X	1	La información del área de patología y citología no es de fácil acceso debido a que todo está registrado en el cuaderno.

	necesitan para la toma de decisiones y la prestación del servicio?								
7	¿Existe control documentado sobre la conservación, clasificación, resguardo y registros de documentos físicos y digitales, cumpliendo con los requisitos legales de tiempo de retención?		X	X			X	1	No es de fácil acceso debido a que no tienen un sistema consolidado.
8	¿La información institucional, incluyendo datos de pacientes, cuenta con medidas de seguridad de la información que garantizan confidencialidad, integridad y disponibilidad?	X		X			X	2	Patología no cumple con estos requisitos por falta de respaldo digital.
9	¿Los sistemas digitales permiten el respaldo seguro y actualización permanente de los registros institucionales y bases de datos de pacientes?	X		X			X	2	El área de patología no cumple con estos requisitos por falta de respaldo digital.

10	¿Existen controles establecidos para facturación, registro de ingresos/egresos y conciliaciones contables?	N/A		X		N/A		1	Tienen controles básicos existentes, pero falta un respaldo digital sistemático.
11	¿Las funciones de registro, autorización y control financiero están asignadas a diferentes personas?	N/A			X	N/A		0	Dra, Paulina Garcés, es la única encargada de los registros y autorización.
12	¿Existe un sistema de control de inventarios (kardex, registros, conteos periódicos) para reactivos e insumos?	N/A		X		N/A		1	Su control es manual, lo que les deja un riesgo de errores y desabastecimiento de insumos.
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN									
1	¿Existen canales de comunicación interna formales y efectivos para que el personal reporte problemas operativos, fallas de calidad, incumplimientos éticos o riesgos potenciales de manera confidencial y sin temor a represalias?		X		X		X	0	Hacen uso de canales informales, sin garantía de confidencial.

2	¿Existen canales formales de comunicación entre áreas y dirección?	X		X			X	2	Su comunicación es verbal y uso de su grupo de whatsapp, es funcional pero no cuentan con un respaldo digital.
3	¿Existen mecanismos que garanticen respaldo, confidencialidad y conservación de archivos?		X	X			X	1	Debilidad crítica: Patología no cuenta con respaldo digital ni protección ante siniestros
4	¿Se gestionan adecuadamente quejas y reclamos de usuarios?	X		X		X		3	
SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO									
1	¿Se realizan auditorías internas o revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio (clínicos, contables operativos) y se da seguimiento a los hallazgos para asegurar la implementación de acciones correctivas y la mejora continua?		X		X		X	0	Nunca se ha realizado una auditoría formal.
2	¿Se realizan supervisiones formales y documentadas a los procesos	X		X			X	2	Existen supervisiones, pero no quedan documentadas.

	administrativos, contables y operativos por parte de los responsables de área o la dirección?								
3	¿El laboratorio implementa indicadores clave de desempeño (KPIs) e indicadores de riesgo?		X		X		X	0	Sus indicadores de desempeño son empíricos y no esta formalizado.
4	¿Los resultados de las supervisiones y monitoreos son comunicados de manera oportuna?		X		X		X	0	Su comunicación es verbal, y no siempre es oportuna.
5	¿Existe un proceso formal para evaluar periódicamente la eficiencia general del sistema de control interno basado en el modelo COSO I?		X		X		X	0	No hay una evaluación formal estructurada.
6	¿Se realizan evaluaciones de desempeño y cumplimiento al personal?	X		X			X	2	Existen, pero no siempre son documentadas.
7	¿Existe un plan de contingencia documentado para garantizar continuidad operativa del laboratorio ante		X		X		X	0	No hay planes de contingencia formales.

	situaciones imprevistas?								
8	¿El laboratorio utiliza indicadores de gestión (KPIs) formalmente definidos?		X		X		X	0	Los indicadores son empíricos, sin una metodología establecida.
9	¿Se miden y registran formalmente indicadores como tiempo de entrega, muestras rechazadas y satisfacción?	X			X		X	1	
10	¿El laboratorio tiene permisos sanitarios vigentes y verifica periódicamente su cumplimiento normativo?	X		X		X		3	
	TOTAL	**20**	**16**	**27**	**13**	**12**	**24**		

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 56. *Nivel de confianza y el nivel de riesgo*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
DNCNR/2	**DETERMINAR EL NIVEL DE CONFIANZA Y EL NIVEL DE RIESGO**

Matriz de valoración

NIVEL DE CONFIANZA		
ALTO	**MEDIO**	**BAJO**
95% - 76%	75% - 51%	50% - 15%
5% - 24%	25% - 49%	50% - 85%
BAJO	**MEDIO**	**ALTO**
NIVEL DE RIESGO		

Calculo Nivel de confianza y el nivel de riesgo de cada área

ÁREA	NIVEL DE CONFIANZA	NIVEL DE RIESGO	UBICACIÓN	
	NC=CT*100/PT	**NR**=NC-100%	**NC**	NR
Organizativa	55.56%	44.44%	Medio	Medio
Contable	67.50%	32.50%	Medio	Medio
Documental	33.33%	66.67%	Baja	Alta

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Aplicado el cuestionario de control interno basado en el modelo COSO I en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", se determinó que:

La sección contable tiene el mejor desempeño con un nivel de confianza del 67,50% **MEDIO** y un riesgo del 32,50% **MEDIO**, se deben a las bondades de la aplicación del sistema "Cubo Contable" y el cumplimiento de obligaciones tributarias y sanitarias, no obstante, presenta debilidades en la segregación de funciones y falta de la documentación necesaria.

La sección organizativa tiene 55,56% de confianza **MEDIO** y 44,44% de riesgo **MEDIO**, evidenciando duplicidad de funciones, falta de **documentos** manuales y comunicación informal que limitan la estandarización de los procesos.

La sección documental, en este caso de Patología y Citología, sólo alcanzó un 33,33% de confianza, **BAJO**, y un 66,67% de riesgo, **ALTO**. Su nivel se ubica en crítico debido a que tiene todos sus registros manuales, sin un resguardo digital que

expone la información de los pacientes y la hace susceptible a la pérdida irreversible, además de la duplicidad de datos y la ausencia de políticas de archivo.

Se puede concluir que, de las secciones, la **contable** y la organizativa requieren mejoras correctivas, en cambio, la documental se encuentra en un nivel que exige la intervención de la gestión **documental**, y la digitalización elemental que haga posible controlar la trazabilidad y el resguardo de la información clínica de los pacientes.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 57. *Evaluación al Control Interno*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
EIECIPE/3	**ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA DE LA AUDITORÍA ADMINISTRATIVA CON LAS DEBILIDADES ENCONTRADAS EN LA ENTIDAD**

INFORME DE EVALUACIÓN AL CONTROL INTERNO

Guaranda, 20 de noviembre del 2025

Dra.
Paulina Garcés
REPRESENTANTE LEGAL DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO GASTROPATH

Presente:

Reciba un cordial saludo de las estudiantes Adriana Allauca y Jenifer Cofre, es grato dirigirnos a usted con el motivo de informarle que la Auditoría administrativa aplicada al Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", en la cual se ha llevado a cabo la evaluación al control interno con base al COSO I a las áreas organizativas, contables y administrativas para obtener información pertinente y necesaria en la cual hemos detectado varias debilidades, y las respectivas recomendaciones que se indican a continuación:

ÁREA ORGANIZATIVA		
N°	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIÓN**
1	No existen manuales de funciones y procedimientos específicos por área; los procesos se manejan de manera verbal, generando ambigüedad operativa.	Documentar y formalizar los procesos operativos por cada área y actividad crítica del laboratorio, garantizando su socialización, aplicación y control.
2	No existe un proceso formal de identificación de riesgos en ninguna de las áreas del laboratorio.	Implementar una metodología formal para la identificación y análisis periódico de riesgos, creando una matriz que evalué la probabilidad e impacto de los riesgos

		administrativos, contables y clínicos y definir acciones para mitigarlos.
3	El monitoreo de cambios regulatorios es reactivo y no preventivo, aunque se actualiza el permiso de funcionamiento anualmente.	A la dirección se le recomienda elaborar, documentar y socializar un plan de contingencia que incluya protocolos de actuación ante emergencias y riesgos críticos y realizar simulacros periódicos para probar su efectividad.
4	El personal utiliza canales de comunicación informales, sin garantía de confidencialidad ni respaldo documental.	Implementar una matriz de riesgos que permita evaluar los riesgos por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial. Esta herramienta servirá para priorizar las acciones de control y destinar esfuerzos a las áreas más críticas.
5	La comunicación entre áreas es verbal y mediante WhatsApp; es funcional pero no cuenta con respaldo digital.	Implementar de manera inmediata un sistema de respaldo digital para toda la información generada en el área de Patología y Citología, estableciendo una política clara de gestión documental que garantice su conservación y disponibilidad.
6	Existen supervisiones, pero no quedan documentadas, lo que impide hacer seguimiento.	Establecer una política de digitalización y archivo ordenado de todos los documentos contables, asegurando que cada transacción tenga su soporte completo y esté disponible para su verificación.
7	La comunicación de resultados de supervisiones es verbal y no siempre oportuna.	Digitalizar progresivamente los registros existentes e implementar un sistema de registro digital como la herramienta Excel propuesta que permita consultas ágiles y reportes oportunos de la información clínica.

8	No existe una evaluación formal estructurada del sistema de control interno basado en COSO I.	Implementar un sistema de gestión documental básico que unifique criterios de conservación, clasificación y resguardo de documentos. Se debe establecer una política que indique los tipos de documentos, su tiempo de retención y las condiciones de almacenamiento seguro.
9	Los indicadores de gestión se usan de manera empírica, sin una metodología establecida.	Establecer un procedimiento de respaldo digital sistemático para todos los comprobantes de facturación, organizados cronológicamente y de fácil acceso, para garantizar su conservación y disponibilidad.
ÁREA CONTABLE		
10	Los procesos contables tienen controles básicos pero la documentación de respaldo es incompleta.	Se recomienda a la dirección implementar controles de supervisión y revisión independiente de las operaciones financieras. En la medida de lo posible, separar las funciones de registro y autorización, asignando la revisión periódica de los movimientos a una persona diferente o estableciendo un control de la gerencia general sobre los reportes financieros.
11	Existen controles básicos de facturación, pero falta un respaldo digital sistemático de los comprobantes.	Implementar un sistema digital básico para el control de inventarios, por ejemplo, una hoja de cálculo avanzada en Excel o Google Sheets con fórmulas y alertas de stock mínimo, que permita un control más preciso, oportuno y con menor margen de error.
12	La Dra. Paulina Garcés es la única encargada del registro y	Establecer un canal de comunicación formal que garantice la

	autorización de operaciones financieras, sin segregación de funciones.	confidencialidad para que el personal pueda reportar cualquier problema operativo, falla de calidad o riesgo potencial sin temor a represalias.
ÁREA DOCUMENTAL		
13	El área de Patología y Citología no tiene medidas preventivas para evitar pérdida de información, ya que sus registros son 100% manuales.	Implementar de manera inmediata un sistema de respaldos digitales periódicos para la información de Patología y establecer condiciones de almacenamiento seguro para los archivos físicos.
14	El área documental presenta un riesgo crítico al carecer de respaldo digital, exponiendo la información a pérdida irreversible.	Programar la realización de auditorías internas periódicas al menos una vez al año que permitan evaluar de manera independiente el cumplimiento de los procesos, la eficacia del control interno y detectar oportunidades de mejora.
15	El área de Patología y Citología no cuenta con sistemas informáticos; sus registros son 100% manuales sin trazabilidad.	Definir y documentar un cuadro de mando con indicadores clave de desempeño (KPIs) para las áreas organizativa, contable y clínica, estableciendo metas, frecuencia de medición y responsables de su seguimiento.
16	La información del área de Patología y Citología no es de fácil acceso debido a que todo está registrado en cuadernos físicos.	Establecer como práctica obligatoria una reunión de retroalimentación posterior a cada supervisión o monitoreo, donde se comuniquen formal y oportunamente los resultados, conclusiones y se definan los compromisos de mejora, dejando constancia en un acta.
17	No existe un sistema consolidado de control documental; no hay uniformidad en la conservación y resguardo de documentos.	Implementar evaluaciones periódicas (anuales) del sistema de control interno utilizando el marco COSO I como referencia, para identificar

		fortalezas, debilidades y establecer un plan de mejora continua del sistema.
18	El área de patología no cuenta con respaldo digital, quedando excluida de los beneficios de los sistemas digitales.	Es fundamental que la Gerente General, en coordinación con el personal administrativo, incorpore el área de Patología al plan de respaldos digitales del laboratorio de manera inmediata, garantizando que toda la información clínica generada cuente con copias de seguridad periódicas.
19	El área de Patología no cuenta con respaldo digital ni protección ante siniestros, lo que representa un riesgo crítico.	Es fundamental que la Gerente General implemente de manera urgente un sistema de respaldos digitales semanales para el área de Patología y establezca condiciones seguras de almacenamiento para los archivos físicos, incluyendo armarios ignífugos y control de condiciones ambientales, garantizando así la protección de la información ante cualquier siniestro
20	No existen protocolos formalizados ni probados para la gestión de emergencias y riesgos críticos de operación.	Es fundamental que la Gerente General lidere la elaboración y documentación de protocolos de contingencia que incluyan acciones específicas para la gestión de emergencias y riesgos críticos, así como la realización de simulacros periódicos para probar su efectividad, involucrando a todo el personal del laboratorio en su conocimiento y aplicación.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

5.5.FASE III. EJCUCION DE LA AUDITORÍA

Tabla 58. *Programa de Auditoría*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"

PROGRAMA DE AUDITORÍA

N°	ACTIVIDADES	REF.	RESPONSABLE	FECHA
1	Análisis de la estructura organizativa, contable y documental	AEOD/1	ALAT-JACV	22-11-2025
2	Evaluación de los procesos contables, financieros y de gestión de inventarios	EPCFGI/2	ALAT-JACV	22-11-2025
3	Evaluación del cumplimiento normativo, legal y de calidad año 2024.	ECNLC/3	ALAT-JACV	23-11-2025
4	Verificación de la seguridad de la información y protección de datos.	VSIPD/4	ALAT-JACV	23-11-2025
5	Revisión de los procesos organizativos	RPO/5	ALAT-JACV	23-11-2025
6	Revisión de los procesos contables	RPC/6	ALAT-JACV	23-11-2025
7	Revisión de los procesos documentales	RPD/7	ALAT-JACV	23-11-2025
8	Cedula narrativa de auditoría.	CNA/8	ALAT-JACV	24-11-2025
9	Hojas de hallazgo	HH/9	ALAT-JACV	24-11-2025

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

1. Papeles de Trabajo

Tabla 59. *Análisis de la estructura organizativa y documental*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
AEOD/1	**ANALISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DOCUMENTAL**

Objetivo: Verificar la existencia, claridad y cumplimiento de la estructura organizativa formal, así como la gestión de los documentos administrativos y clínicos del laboratorio durante el periodo 2024.

N°	PROCESO	MARCA	OBSERVACION
1	Misión, visión y valores	✓	Se encuentran definidos y publicados, el personal los reconoce.
2	Organigrama estructural	Ø	Existe un organigrama funcional, pero no se encuentra publicado ni socializado formalmente. Las funciones se asignan de forma verbal.
3	Manual de funciones	₦	No existe un manual de funciones por escrito, las responsabilidades se definen de manera verbal lo que ha generado duplicidad y sobrecarga laboral.
4	Manual de procedimientos	₦	No existen procedimientos operativos estandarizados documentados para las áreas. Los procesos se realizan basados en la costumbre y la experiencia laboral
5	Código de ética y conducta	✓	Existe y es conocido por todo el personal. Se enfoca en la confidencialidad y la integridad profesional
6	Registro del área de Patología y Citología	η	El 100% de los registros de ingresos, procedimientos, informes de resultados y control de muestras son llevados de forma manual en cuadernos físicos y no existe respaldo digital.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 60. *Evaluación de los procesos contables, financieros y de gestión de inventarios*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
EPCFGI/ 2	**EVALUACION DE LOS PROCESOS CONTABLES, FINANCIEROS Y DE GESTION DE INVENTARIOS**

Objetivo: evaluar la precisión, control y evidencia documental de los procesos contables, financieros y de control de inventarios durante el periodo 2024.

N°	PROCESO	MARCA	OBSERVACION
1	Sistema contable (Área clínica)	✓	Utiliza el software "Cubo Contable" para facturación, registro de ingresos, egresos y declaraciones. Los procesos se manejan con control, aunque la documentación de respaldo a veces es incompleta.
2	Sistema contable	₦	No utilizan ningún sistema. La facturación, aunque se emite por el sistema, no está ligada a un registro detallado de los procedimientos de Patología, que se lleva manualmente.
3	Registro de ingresos y egresos	*	Se realizan a través del sistema contable para el área clínica. Para Patología, el control de ingresos es manual y no se concilia con los depósitos bancarios de forma periódica.
4	Control de inventarios	η	El control es manual mediante Kardex físico y supervisión directa de la Dra. Paulina Garcés y el Lic. Ortiz. No existe un sistema digital que alerte sobre stock mínimo, generando riesgos de desabastecimiento o errores en el conteo.
5	Cumplimiento tributario	✓	La declaración de impuestos se presenta dentro de los plazos establecidos, utilizando la información del sistema contable del área clínica. La facturación de Patológica se incluye en el total, pero sin respaldo detallado que concilie con el registro manual.
6	Separación de funciones	η	La Dra. Paulina Garcés, como gerente y responsable técnica de Patología, es la única que autoriza y registra las operaciones financieras de su área concentrando funciones.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 61. *Evaluación del cumplimiento normativo, legal y de calidad año 2024*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
ECNLC/3	**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO NORMATIVO, LEGAL Y DE CALIDAD AÑO 2024.**

Objetivo: verificar el cumplimiento de las principales leyes, regulaciones y estándares de calidad aplicables al laboratorio clínico.

N°	PROCESO	MARCA	OBSERVACION
1	Permiso de funcionamiento (ACESS)	✓	Vigente y actualizado anualmente
2	Ley orgánica de salud	*	Cumple con el permiso. Sin embargo, la gestión de la información y confidencialidad de los registros manuales de Patología no garantiza la integridad y disponibilidad de la información clínica.
3	Sistema de información	Ø	No cumple para el área de patología. El área de patología no cuenta con un sistema que facilite su gestión.
4	Ley orgánica de protección de datos personales	*	Se aplican medidas de seguridad generales, pero la información sensible de los pacientes del área de Patología no cuenta con medidas técnicas como respaldo digital que garanticen su confidencialidad, integridad y disponibilidad permanente.
5	Procedimiento operativo estandarizado (POE)	Ø	No cumple. No existen procedimientos operativos estandarizaos documentados para las actividades del laboratorio.
6	Norma ISO 15189:2012	Ø	El laboratorio no este certificado bajo esta norma. La ausencia de un sistema de gestión de calidad documentado y la falta de un sistema informático en Patología, lo alejan del cumplimiento de estándares internacionales.

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 62. *Verificación de la seguridad de la información y protección de datos*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
VSIPD/4	**VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS.**

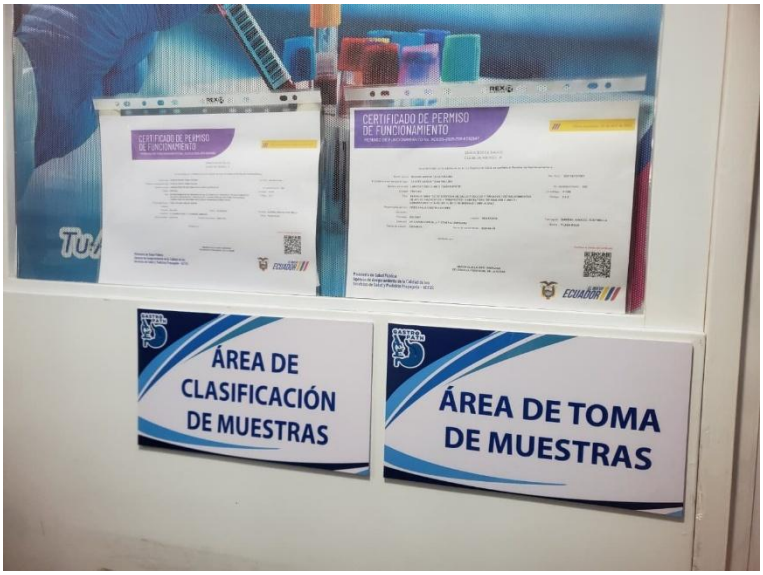
Objetivo: constatar las medidas de seguridad aplicadas a la información clínica y administrativa, con énfasis en la confidencialidad u disponibilidad.

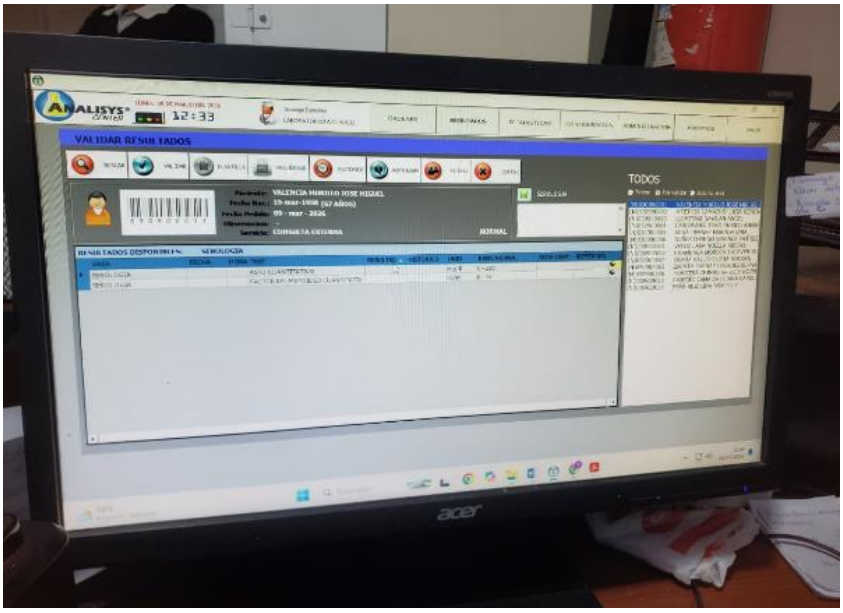
N°	PROCESO	MARCA	OBSERVACION
1	Seguridad de información Área clínica	✓	Cuenta con sistema informático (HIS/LIS) con acceso por usuario y contraseña. Se realizan respaldos periódicos. La información es accesible y confiable para la toma de decisiones.
2	Seguridad d información Área Patología y Citología	Ø	Crítico, no existe sistema informático. La información se registra en cuadernos físicos de fácil acceso para cualquier persona en el área. No hay respaldo digital
3	Confidencialidad de datos de pacientes	*	El personal conoce y aplica el principio de confidencialidad. Sin embargo, la falta de un sistema en Patología hace que los datos como nombres resultados y diagnostico estén expuestos en documentos físicos vulnerando la privacidad.
4	Disponibilidad de información	Ø	La información clínica de patología no está disponible de manera ágil para consultar un resultado anterior, se debe buscar manualmente en los cuadernos.
5	Respaldo de información	₦	El sistema de la parte clínica tiene respaldos. La información de patología no tiene ningún tipo de respaldo.
6	Políticas de seguridad de la información	₦	No existe un documento formal con políticas de seguridad de la información

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 63. *Revisión de los procesos organizativos*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA**
RPC/5	**REVISIÓN DE LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS**



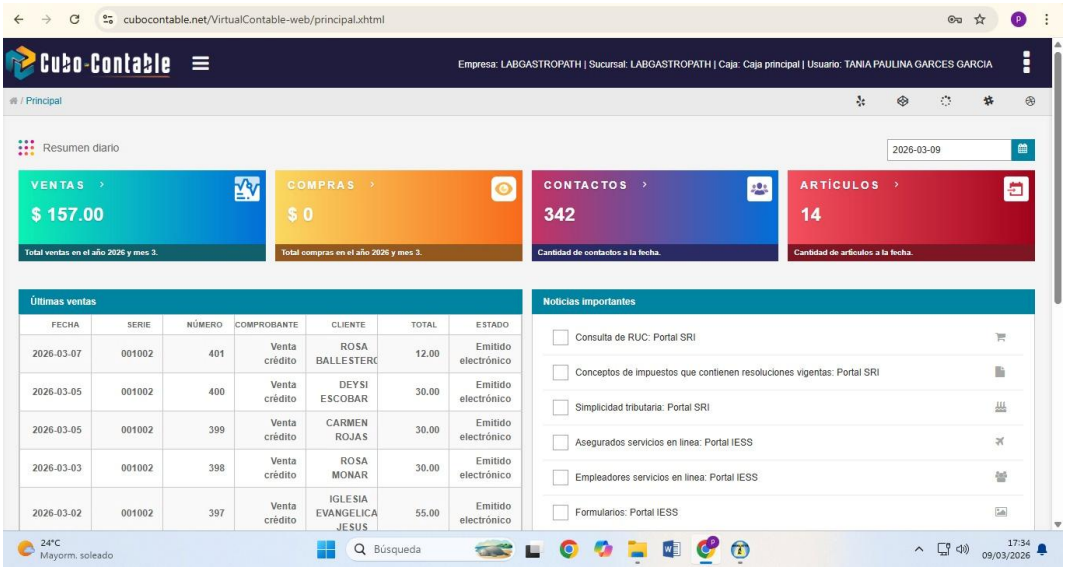


✓Verificación Física

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 64. *Revisión de los procesos contables*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"** **EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA**
RPC/5	**REVISIÓN DE LOS PROCESOS CONTABLES**

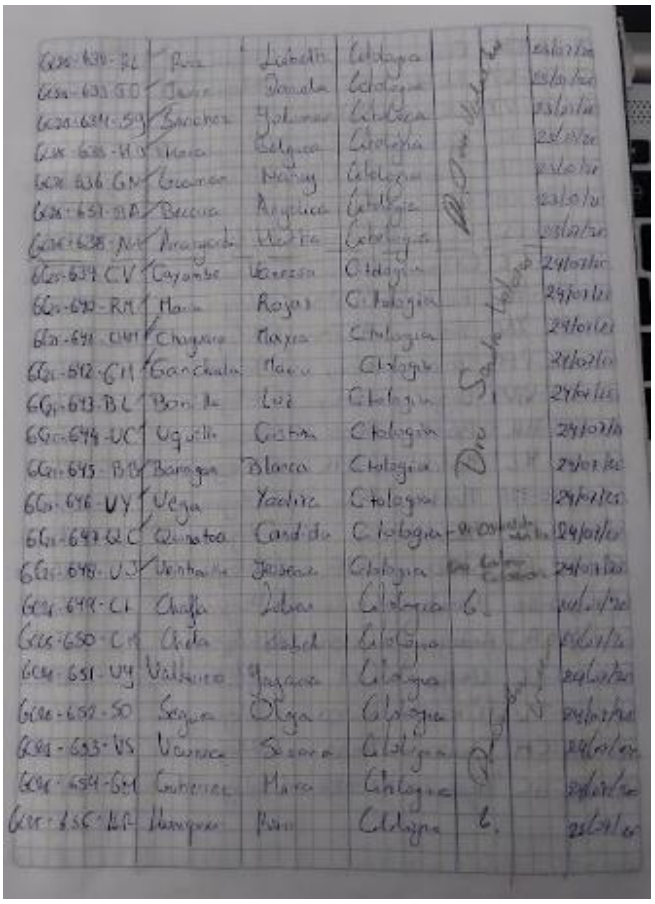


✓Verificación Física

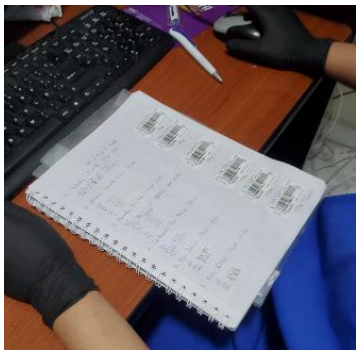
Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 65. *Revisión de los procesos documentales*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"** **EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA**
RPC/5	**REVISIÓN DE LOS PROCESOS DOCUMENTALES**







✓Verificación Física

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 66. *Cedula Narrativa*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
CNA/5	**CEDULA NARRATIVA DE AUDITORÍA**

CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES EVALUADOS EN EL PERIODO 2024

En la revisión y evaluación de los procesos organizativos, contables y documentales del laboratorio Clínico y patológico "GASTROPATH" correspondiente al periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024, ejecutada mediante las técnicas de observación directa, revisión documental y aplicación de cuestionarios de control interno, se han identificado hallazgos significativos que se detallan a continuación:

1. **Procesos organizativos**
   Hay evidencia de duplicación de roles y acumulación de funciones, por ejemplo, la Dra. Paulina Garcés acumula roles gerenciales y técnicos en Patología, mientras que el personal clínico Lic. Ortiz y Lic. Sánchez tienen roles mixtos sin delimitaciones claras. Esto, además de la ausencia de manuales de funciones y de procedimientos, resulta en una ambigüedad operativa, sobrecarga de trabajo y un control interno en el entorno.
2. **Procesos contable**
   Aunque se utiliza el sistema "Cubo Contable" para las operaciones del área clínica y el cumplimiento de obligaciones fiscales, se encontraron debilidades en el control interno. La Dra. Paulina Garcés centraliza el registro, la autorización, el control financiero y el control manual de inventarios, dejando al laboratorio expuesto a riesgos de errores y falta de disponibilidad de insumos.
3. **Procesos documentales**
   El área de citología y patología trabaja con registros manuales el 100% del tiempo. No tienen ningún respaldo digital, lo que representa un riesgo aún mayor. Esta práctica va en contra de la norma ISO151889, Regulaciones de Salud de Buenas Prácticas y leyes de protección de datos, exponiendo la información del paciente y creando el riesgo de duplicidad de información. Esta situación es la que recibe menos atención y es el área de mayor riesgo.

Los puntos débiles identificados en el laboratorio son compensados por el cumplimiento en los permisos de sanidad (ACESS) y tributación. El personal tiene formación en bioseguridad y los usuarios son atendidos de forma cálida y confiable, lo cual es una muestra del mérito en la calidad de atención. En la atribución de funciones, se requiere mejorar la organización y administración contable, no obstante, la atención en la gestión documental de la Patología y Citología es el área que necesita con mayor especificidad urgencia.

✓ **Verificación física**
Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.* ***Revisado por:*** *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

2. Hojas de hallazgo

Tabla 67. *Hoja de Hallazgo 01*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 01** HH/06	
Título: *Ausencia de manuales de funciones y procedimientos*	
CONDICIÓN	No existen manuales de funciones y procedimientos específicos por área, los procesos se manejan de manera verbal, basados en la costumbre y la experiencia laboral.
CRITERIO	***El punto 5*** *del reglamento de buenas prácticas de laboratorio clínico establece la obligatoriedad de contar con procedimientos operativos estandarizados, que aseguran la uniformidad y la calidad.* ***La norma ISO 15189*** *exige a los laboratorios la documentación de sus procesos como un requisito para garantizar la competencia y la trazabilidad.*
CAUSA	» Desconocimiento de la importancia de documentar los procesos. » Falta de iniciativa o recursos para la elaboración de manuales.

	» Priorización de la operación diaria sobre la formalización.
EFECTO	» Vulnerabilidad ante la rotación de personal, al no existir un know-how documentado. » Procesos no estandarizados que pueden generar variabilidad en la calidad del servicio. » Dificultad para capacitar al nuevo personal.
CONCLUSIONES	Un enfoque de gestión exclusivamente verbal obstaculiza la estandarización y el control objetivo de los procesos, lo que contradice las buenas prácticas de laboratorio.
RECOMENDACIONES	Formalizar y documentar los procedimientos operativos de cada área y actividad crítica del laboratorio, garantizando que sean socializados, aplicados y controlados.

Tabla 68. *Hoja de hallazgo 02*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 02** HH/06	
Título: *Inexistencia de un proceso formal de identificación de riesgo*	
CONDICIÓN	No existe un proceso formal de identificación y análisis periódico de riesgos administrativos, contables y clínicos en ninguna de las áreas del laboratorio.
CRITERIO	Modelo COSO I componente evaluación de riesgo: establece que la organización debe identificar y analizar los riesgos relevantes para el logro de sus objetivos, sentando las bases para determinar cómo deben gestionarse. La norma ISO 15189:2012 también exige que el laboratorio evalué los riesgos en sus procesos para garantizar la calidad y la seguridad del paciente.
CAUSA	» Falta de una cultura de gestión de riesgos proactiva. » Desconocimiento de metodologías para la identificación de riesgos.

	» Enfoque de gestión reactivo, actuando solo cuando ocurre el problema.
EFECTO	» Exposición a impactos no previstos que pueden paralizar el servicio o afectar la calidad. » Incapacidad para anticipar y mitigar amenazas potenciales. » Toma de decisiones no informada sobre los riesgos más críticos.
CONCLUSIONES	La ausencia de un proceso formal de evaluación de riesgos impide la identificación temprana de amenazas y el diseño de controles efectivos, exponiendo a la organización a contingentes evitables.
RECOMENDACIONES	Implementar una metodología formal para la identificación y análisis periódico de riesgos, creando una matriz que evalué la probabilidad e impacto de los riesgos administrativos, contables y clínicos y definir acciones para mitigarlos.

Tabla 69. *Hoja de Hallazgo 03*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 03** HH/06	
Título: *Ausencia de protocolos y planes de contingencia documentados*	
CONDICIÓN	El laboratorio no dispone de protocolos y planes de contingencia documentados y probados para la gestión de emergencia y riesgos críticos como fallas en quipos, desabastecimiento, siniestros.
CRITERIO	***La norma ISO 15189*** *exige que el laboratorio cuente con planes para responder ante emergencias o contingencias que puedan afectar la prestación del servicio.* *En las* ***Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico,*** *punto 8, establece la obligación de tener procedimientos operativos estandarizados para el manejo de emergencias.*

CAUSA	» Falta de planificación estratégica para escenarios de crisis. » Desconocimiento de la necesidad de contar con planes de contingencia » Enfoque exclusivo en la operación diaria sin prever interrupciones.
EFECTO	» Incapacidad de respuesta organizada ante emergencias » Parálisis de servicio y perdida de pacientes » Daño a la reputación del laboratorio
CONCLUSIONES	La ausencia de planes de contingencia demuestra una falta de preparación para asegurar la continuidad operativa lo que representa un riesgo alto para asegurar la continuidad operativa, lo que representa un riesgo alto para la sostenibilidad del servicio.
RECOMENDACIONES	La dirección debe elaborar, documentar y socializar un plan de contingencia que contemple protocolos de actuación para emergencias y riesgos críticos, así como realizar simulacros periódicos para probar su efectividad.

Tabla 70. *Hoja de hallazgo 04*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 04** HH/06	
Título: *Evaluación de riesgo sin metodología formal*	
CONDICIÓN	La evaluación de los riesgos identificados se realiza de forma empírica, sin una metodología formal que considere su probabilidad de ocurrencia e impacto para priorizar acciones de control.
CRITERIO	***Modelo COSO I (Evaluación de Riesgos):*** *Indica que los riesgos deben analizarse en función de su probabilidad y su impacto a fin de establecer una estrategia de respuesta.* ***Norma ISO 31000:*** *Principios y orientaciones para la gestión del riesgo.*

CAUSA	» Desconocimiento de técnicas de evaluación de riesgos. » Falta de una herramienta (matriz) para la priorización de riesgos. » Gestión intuitiva sin sustento técnico.
EFECTO	» Recursos destinados a riesgos de baja prioridad, descuidando los críticos. » Incapacidad para justificar la necesidad de controles específicos. » Sistema de control interno ineficaz por no enfocarse en lo verdaderamente importante.
CONCLUSIONES	La adopción de metodologías empíricas para la evaluación de riesgos, limita la objetividad y el enfoque de las amenazas, lo que disminuye la efectividad del control por parte de la dirección.
RECOMENDACIONES	Se sugiere el desarrollo de una matriz de riesgos que evalúe los riesgos en función de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que podrían tener. De esta manera, se podrá priorizar el control y concentrar los esfuerzos en las áreas más críticas.

Tabla 71 *Hoja de hallazgo 05*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 05** HH/06	
Título: *Identificación de riesgos que afecten la gestión administrativa, contable o manejo de la información.*	
CONDICIÓN	Se ha identificado un riesgo critico en el área documental Patológica y Citológica que carece de respaldo digital, exponiendo la información a perdida irreversible.
CRITERIO	***Ley Orgánica de Protección de Datos Personales Art. 37:*** *Exige medidas técnicas para garantizar la disponibilidad e integridad de los datos personales sensibles.*

CAUSA	» Falta de inversión en tecnología para el área de Patología. » Subestimación del riesgo de pérdida de información. » Carencia de políticas de respaldo digital.
EFECTO	» Riesgo ALTO e inminente de pérdida total de información de pacientes (diagnósticos, biopsias, etc.). » Imposibilidad de reconstruir el historial clínico de los pacientes en caso de siniestro. » Vulneración de la ley de protección de datos.
CONCLUSIONES	A pesar de que el riesgo documental es evidente y conocido, la falta de medidas de control concretas lo mantiene como el punto más crítico y de atención prioritaria en la auditoría.
RECOMENDACIONES	Implementar de manera inmediata un sistema de respaldo digital para toda la información generada en el área de Patología y Citología, estableciendo una política clara de gestión documental que garantice su conservación y disponibilidad.

Tabla 72 *Hoja de hallazgo 06*

<table>
<tr><td colspan="2">LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH”
AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH” EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024
Hallazgo: 06
HH/06</td></tr>
<tr><td colspan="2">Título: Procesos contables con documentación incompleta</td></tr>
<tr><td>CONDICIÓN</td><td>Los procesos contables y financieros tienen controles básicos, pero la documentación de respaldo es incompleta</td></tr>
<tr><td>CRITERIO</td><td>NIA 230 Documentación de Auditoría: Aunque es una norma de auditoría, refleja el principio universal de que toda transacción debe tener un soporte documental adecuado que permita su verificación.
Normas tributarias (LRTI, Art. 103): exigen el respaldo de las operaciones con comprobantes de venta autorizados y su correcto archivo.</td></tr>
<tr><td>CAUSA</td><td>» Falta de una política formal de archivo y custodia de documentos contables.
» Descuido en el momento de generar y almacenar los comprobantes.</td></tr>
<tr><td>EFECTO</td><td>» Debilidad en la pista de auditoría, dificultando la verificación de transacciones pasadas.
» Riesgo de inconsistencias, sanciones y multas en caso de controles por parte del SRI u otros entes de control.</td></tr>
<tr><td>CONCLUSIONES</td><td>La documentación incompleta de respaldo afecta la integridad de la información financiera y puede generar problemas en futuras auditorías o revisiones fiscales.</td></tr>
<tr><td>RECOMENDACIONES</td><td>Establecer una política de digitalización y archivo ordenado de todos los documentos contables, asegurando que cada transacción tenga su soporte completo y esté disponible para su verificación.</td></tr>
</table>

Tabla 73. *Hoja de hallazgo 07*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 07** HH/06	
Título: *Información de patología no gestionada de forma oportuna y accesible*	
CONDICIÓN	La información del área de Patología y Citología no es de fácil acceso debido a que todo está registrado en cuadernos físicos, lo que dificulta su consulta para la toma de decisiones y la prestación del servicio.
CRITERIO	***Reglamento de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, 7. Registros e Informes:*** *Los registros deben permitir la reconstrucción de actividades y la trazabilidad. Un cuaderno físico sin índices ni búsqueda digital no permite un acceso ágil ni una gestión de información oportuna.*
CAUSA	» Registro manual sin un sistema de búsqueda eficiente. » Falta de un sistema de gestión documental que facilite el acceso.
EFECTO	» Demoras en la atención al paciente al buscar resultados antiguos. » Dificultad para la dirección para obtener información consolidada y oportuna para la toma de decisiones. » Pérdida de tiempo del personal en tareas de búsqueda.
CONCLUSIONES	El sistema manual de registros en patología, además de ser inseguro, también es ineficaz, lo que se traduce en una afectación tanto a la oportunidad como a la calidad del servicio que se brinda al paciente.
RECOMENDACIONES	Una solución, que respeta la gradualidad que permite la legislación, es la digitalización de los registros existentes de manera progresiva, en conjunto con la implementación de un sistema de registro digital, como la herramienta propuesta de Excel, que posibilite la realización de consultas ágiles y la realización de

	reportes oportunos relacionados con la información clínica.

***Tabla 74**. Hoja de hallazgo 08*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 08** HH/06	
***Título:** Ausencia de un sistema consolidado de control documental*	
CONDICIÓN	No existe un sistema consolidado de control documental, no hay uniformidad en la conservación, clasificación y resguardo de documentos físicos y digitales.
CRITERIO	***Normas de Control Interno (NIC 405-04):** Establecen que la alta dirección debe establecer políticas y procedimientos de archivo para la guarda y el mantenimiento de los archivos, tanto físicos como magnéticos.* ***Reglamento de Buenas Prácticas (Punto 7):** Los registros se deberán conservar por un plazo de cinco (5) años, en condiciones de seguridad.*
CAUSA	» No contar con un sistema unificado de gestión documental. » No conocer los plazos legales de retención documental.
EFECTO	» Riesgos administrativos y legales por la imposibilidad de presentar los documentos que requieran las autoridades. » Desorganización y dificultad para la recuperación de la información.
CONCLUSIONES	La insuficiencia en el control documentado de los archivos, tanto físicos como digitales, constituye un riesgo administrativo y legal, notable. Es necesario establecer políticas de archivo, claras y formales.
RECOMENDACIONES	Se debe construir un sistema de gestión documental, al menos, básico, que unifique los criterios de conservación, clasificación y guarda de documentos. Debe existir una política que defina la tipología de documentos, el plazo de retención, y las condiciones de seguridad para la guarda.

Tabla 75. *Hoja de hallazgo 09*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 09** HH/06	
Título: *Falta de respaldo digital sistemático en facturación*	
CONDICIÓN	Existen controles básicos establecidos para facturación, registro de ingresos, egresos y conciliaciones contables, pero falta un respaldo digital sistemático de los comprobantes y una política de archivo.
CRITERIO	***Ley de Régimen Tributario Interno (Art. 103):*** *Emisión y conservación de comprobantes de venta autorizados.* ***Normas de ontrol Interno:*** *Los documentos deben ser respaldados y archivados.*
CAUSA	» Falta de una política formal de digitalización y archivo. » Confianza en que el respaldo físico es suficiente. » Desconocimiento de los riesgos de no tener respaldo digital.
EFECTO	» Riesgo de pérdida de información financiera por deterioro o extravío de documentos físicos. » Dificultad para responder a requerimientos de información del SRI de manera ágil. » Debilidad en la pista de auditoría.
CONCLUSIONES	La falta de respaldo digital sistemático de documentos de facturación expone al laboratorio a riesgos en caso de contingencias y dificulta la gestión de la información financiera.
RECOMENDACIONES	Se debe establecer un procedimiento para el respaldo digital sistemático de todos los documentos de facturación, organizados cronológicamente y de fácil acceso, para garantizar su preservación y disponibilidad.

Tabla 76. *Hoja de hallazgo 10*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 10** HH/06	
Título: *Debilidad en la segregación de funciones financieras*	
CONDICIÓN	La Dra. Paulina Garcés es la única encargada del registro y autorización de operaciones financieras, concentrando funciones incompatibles.
CRITERIO	***Modelo COSO I Componente Actividades de Control:*** *Resalta el principio de segregación de funciones como clave de control. Ninguna persona debe tener control sobre todos los elementos de una transacción. Es un principio básico de control interno contable.*
CAUSA	» Estructura pequeña del laboratorio que dificulta la segregación total de funciones. » Falta de delegación de responsabilidades financieras.
EFECTO	» Vulnerabilidad ante posibles errores no detectados o fraudes. » Debilidad en el control interno financiero. » Dependencia excesiva de una sola persona para las operaciones financieras del área.
CONCLUSIONES	La centralización de la función financiera en una persona es una debilidad significativa de los controles financieros internos, ya que aumenta exponencialmente las posibilidades de errores e irregularidades que quedan sin detectar.
RECOMENDACIONES	Se sugiere a la dirección el establecimiento de controles de supervisión y revisión de forma independiente de la actividad financiera. En la medida de lo posible, separe las funciones de registro y autorización, de forma que la revisión periódica de los registros sea asignada a otra persona o se establezca un control de la gerencia general sobre los reportes financieros.

Tabla 77*. Hoja de hallazgo 11*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 11** HH/06	
Título: *Control de inventarios manual con riesgo de desabastecimiento*	
CONDICIÓN	El control de inventarios es manual mediante Kardex físico y supervisión directa, sin un sistema digital que alerte sobre stock mínimo, generando riesgos de errores y desabastecimiento.
CRITERIO	***Normas Internacionales de Contabilidad (NIC 2) Inventarios:*** *Su aplicación es para grandes empresas, el principio de control de inventarios es universal. Un control manual sin alertas automáticas es susceptible a errores humanos y falta de oportunidad en la información, lo que no garantiza una gestión eficiente del stock.*
CAUSA	» Ausencia de un sistema digital para la gestión de inventarios. » Confianza excesiva en el control manual y la supervisión directa.
EFECTO	» Mayor probabilidad de errores no detectados en inventarios. » Riesgo de desabastecimiento de insumos críticos por falta de alertas oportunas. » Pérdida de tiempo en conteos manuales.
CONCLUSIONES	El uso de un sistema de control de inventarios de forma manual presenta ineficiencias y riesgos que pueden poner en peligro la continuidad operativa del laboratorio por la falta de insumos o por pérdidas económicas generadas por caducidad de insumos.
RECOMENDACIONES	La falta de un sistema de control de inventarios digital provoca el uso de herramientas menos sofisticadas que dificultan el control operativo del laboratorio. Por lo que, se propone el uso de hojas de cálculo avanzadas en Excel o Google Sheets que ofrezcan un control más preciso, tiempo y control de errores.

Tabla 78. *Hoja de hallazgo 12*

<table>
<tr><td colspan="2">LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH”
AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH” EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024
Hallazgo: 12
HH/06</td></tr>
<tr><td colspan="2">Título: Canales de comunicación interna informales y sin garantía de confidencialidad.</td></tr>
<tr><td>CONDICIÓN</td><td>La falta de un mecanismo formal y efectivo que le permita al personal reportar de manera confidencial y sin riesgo a represalias, problemas, fallas o riesgos, limita sustancialmente la posibilidad de identificar y remediar problemas en forma oportuna.</td></tr>
<tr><td>CRITERIO</td><td>El modelo COSO I información y comunicación señala que la organización debe tener comunicación bidireccional para que los empleados puedan hablar de asuntos relevantes, incluso de posibles incumplimientos.</td></tr>
<tr><td>CAUSA</td><td>» Pequeño tamaño del laboratorio que da pie a la confianza y a la comunicación directa.
» Carencia de la cultura de "dejar prueba".
» No se han utilizado o instalado herramientas de comunicación interna de manera formal.</td></tr>
<tr><td>EFECTO</td><td>» Falta de información que puede ser crítica, sobre decisiones operativas y sobre reportes de novedades.
» Imposibilidad para el seguimiento respecto a los problemas que se han reportado y a las soluciones que se han acordado.
» Generación de espacios donde los colaboradores se sientan poco seguros para informar sobre errores o sobre prácticas indebidas.</td></tr>
<tr><td>CONCLUSIONES</td><td>La falta de mecanismos formales y confidenciales para la comunicación de novedades, limita al laboratorio para identificar y resolver problemas de manera oportuna.</td></tr>
<tr><td>RECOMENDACIONES</td><td>Las denuncias sobre problemas operativos sin que se explique los canales formales para hacer la denuncia y que se garantice la confidencialidad, queda fuera de esta política.</td></tr>
</table>

Tabla 79. *Hoja de hallazgo 13*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 13** HH/06	
Título: *Falta de mecanismos de respaldo, confidencialidad y conservación de archivos en patología*	
CONDICIÓN	No existen mecanismos que garanticen el respaldo, confidencialidad y conservación de archivos en el área de Patología y Citología. Esta área no cuenta con respaldo digital ni protección ante siniestros, representando una debilidad crítica.
CRITERIO	***Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, Art. 37.*** *El responsable del tratamiento de datos personales debe aplicar la técnica que garantice que los datos permanezcan disponibles.*
CAUSA	» Patología no presenta inversión en tecnología y en políticas de archivo. » No se reconoce el riesgo crítico que implica la no existencia de un respaldo.
EFECTO	» Patología y Citología tienen un riesgo crítico y de forma inminente el perder la información clínica de forma irreversible. » No se acata la normativa de protección de datos y de buenas prácticas. » No se puede reintegrar el historial de los pacientes.
CONCLUSIONES	La información del departamento más especializado del laboratorio está en un estado de indefensión total, sin ninguna estrategia que garantice la preservación de la información en el tiempo y el control de acceso.
RECOMENDACIONES	Es necesario que se implemente de forma obligatoria un sistema de respaldo y que se garantice el almacenamiento seguro de los documentos en archivo para Patología.

Tabla 80. *Hoja de hallazgo 14*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 14** HH/06	
Título: *Ausencia de auditorías internas periódicas*	
CONDICIÓN	Nunca se ha realizado una auditoría formal interna o externa a los procesos del laboratorio clínicos, contables, operativos.
CRITERIO	***Norma ISO 15189:2012:*** *Requiere la planificación de auditorías internas de manera periódica, que aseguren la conformidad de todas las actividades del laboratorio, con las directrices del sistema de gestión de la calidad.* ***Modelo COSO I (Supervisión y Monitoreo):*** *Propone que debe haber revisiones continuas y/o periódicas de los controles internos.*
CAUSA	» Percepción de que las auditorías son innecesarias o costosas. » Insuficiencia de personal capacitado para llevar a cabo tareas de auditoría interna. » Desconocimiento de la importancia de la autoevaluación.
EFECTO	» Desconocimiento del estado real de los procesos, operando bajo supuestos de buen funcionamiento. » Carencia de alertas tempranas sobre desviaciones, problemas de calidad o ineficiencias. » No existe un ciclo de mejora continua.
CONCLUSIONES	La historia de las auditorías internas muestra la ausencia de un sistema formal de autoevaluación y mejora continua en el laboratorio.
RECOMENDACIONES	Se recomiendan auditorías internas periódicas, al menos una vez al año, para permitir una revisión independiente del cumplimiento de los procesos, la efectividad del sistema de control interno, y la identificación de oportunidades de mejora.

Tabla 81. *Hoja de hallazgo15*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 15** HH/06	
Título: *Ausencia de indicadores clave de desempeño e indicadores de riesgo formalizados*	
CONDICIÓN	El laboratorio no implementa indicadores clave de desempeño (KPIs) e indicadores de riesgo formalmente definidos. Su implementación es parcial y empírica.
CRITERIO	***ISO 15189:2012:*** *Requiere que el laboratorio establezca indicadores de calidad para monitorear y evaluar el desempeño en aspectos críticos.* ***Modelo COSO I Componente: Supervisión:*** *Las evaluaciones deben basarse en indicadores de desempeño que permitan medir la eficacia de los controles y el logro de objetivos.*
CAUSA	» Desconocimiento de cómo definir y utilizar indicadores de gestión. » Falta de una cultura de medición y análisis de datos. » Gestión basada en la intuición más que en datos.
EFECTO	» Imposibilidad de medir el logro de objetivos de manera objetiva. » Dificultad para identificar áreas de mejora y tomar decisiones basadas en evidencia. » Incapacidad para anticipar desviaciones o problemas.
CONCLUSIONES	La ausencia de un sistema formal de indicadores limita la capacidad de la dirección para realizar un monitoreo objetivo y tomar decisiones basadas en datos.
RECOMENDACIONES	Definir y documentar un cuadro de mando con indicadores clave de desempeño (KPIs) para las áreas organizativa, contable y clínica, estableciendo metas, frecuencia de medición y responsables de su seguimiento.

Tabla 82. *Hoja de hallazgo 16*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 16** HH/06	
Título: *Comunicación oportuna de resultados de supervisiones y monitoreo*	
CONDICIÓN	Los resultados de las supervisiones, auditorías y monitoreos no son comunicados de manera oportuna al personal responsable para que tomen las medidas pertinentes.
CRITERIO	***NIA 260 (Comunicación con los responsables del gobierno de la entidad).*** *Establece la obligación de comunicar oportunamente los asuntos relevantes.* ***Modelo COSO I (Información y Comunicación):*** *La comunicación de los resultados del monitoreo es esencial para que el control interno funcione*
CAUSA	» Falta de un procedimiento formal para la comunicación de resultados. » Canales de comunicación informales que no aseguran la llegada de la información. » Ausencia de reuniones periódicas de seguimiento.
EFECTO	» Las acciones correctivas se retrasan o no se implementan. » Los problemas persisten y pueden agravarse. » El personal no se entera de los resultados de su desempeño ni de las áreas de mejora.
CONCLUSIONES	La falta de una comunicación oportuna de los resultados de las supervisiones anula su efectividad, ya que el personal no recibe retroalimentación a tiempo para corregir el rumbo.
RECOMENDACIONES	Establecer como práctica obligatoria una reunión de retroalimentación posterior a cada supervisión o monitoreo, donde se comuniquen formal y oportunamente los resultados, conclusiones y se definan los compromisos de mejora, dejando constancia en un acta.

Tabla 83. *Hoja de hallazgo 17*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 17** HH/06	
Título: *Inexistencia de evaluación formal del sistema de control interno*	
CONDICIÓN	No existe un proceso formal para evaluar periódicamente la eficiencia general del sistema de control interno basado en el marco COSO I
CRITERIO	***Modelo COSO I Componente: Supervisión.*** *El propio modelo establece que se deben realizar evaluaciones para determinar si los componentes del control interno están presentes y funcionando. La ausencia de esta evaluación es una debilidad en sí misma.* ***Normas de control interno:*** *requiere la evaluación periódica del sistema.*
CAUSA	» Desconocimiento del marco COSO I como herramienta de evaluación. » Falta de una cultura de autoevaluación del control interno. » Percepción de que el control interno es un tema exclusivamente financiero.
EFECTO	» Desconocimiento del estado y efectividad del sistema de control interno. » Imposibilidad de identificar debilidades sistémicas en el control. » El sistema de control interno se vuelve obsoleto y no se adapta a los cambios del entorno.
CONCLUSIONES	La falta de una evaluación periódica y estructurada del control interno bajo un marco reconocido como COSO I impide una gestión integral y proactiva de los riesgos y controles.
RECOMENDACIONES	Implementar evaluaciones periódicas (anuales) del sistema de control interno utilizando el marco COSO I como referencia, para identificar fortalezas, debilidades y establecer un plan de mejora continua del sistema.

Tabla 84. *Hoja de Hallazgo 18*

<table>
<tr><td colspan="2">LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH”
AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO “GASTROPATH” EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024
Hallazgo: 18
HH/06</td></tr>
<tr><td colspan="2">Título: Exclusión del área de Patología del plan de respaldos digitales del laboratorio</td></tr>
<tr><td>CONDICIÓN</td><td>El área de patología no cuenta con respaldo digital, quedando excluida de los beneficios de los sistemas digitales implementados en otras áreas del laboratorio.</td></tr>
<tr><td>CRITERIO</td><td>Incumplimiento a la;
Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico en su numeral 11, donde se explica que los laboratorios deben tener Sistemas de Información (SIL) que garanticen respaldo de datos y seguridad informática en todas las áreas que trabajen con información clínica, sin excepciones.</td></tr>
<tr><td>CAUSA</td><td>» Falta de planificación tecnológica integral que incluya a todas las áreas.
» Priorización de otras áreas sobre Patología en la asignación de recursos tecnológicos.
» Desconocimiento de la importancia del respaldo digital en Patología</td></tr>
<tr><td>EFECTO</td><td>» Información crítica de Patología sin protección ante siniestros.
» Si pasa algo (un incendio, un robo, una inundación), esa información se pierde para siempre.
» No hay manera de recuperar estudios anteriores de pacientes, lo que afecta la continuidad del servicio.</td></tr>
<tr><td>CONCLUSIONES</td><td>Que Patología haya quedado excluida del plan de respaldos digitales es una falla grande, porque esta área maneja información tan sensible como cualquier otra. Si esa información se pierde, no hay forma de recuperarla y eso afecta directamente la calidad del servicio y la confianza de los pacientes que confiaron en el laboratorio para sus diagnósticos.</td></tr>
</table>

RECOMENDACIONES	Es fundamental que la Gerente General, en coordinación con el personal administrativo, incorpore el área de Patología al plan de respaldos digitales del laboratorio de manera inmediata, garantizando que toda la información clínica generada cuente con copias de seguridad periódicas.

Tabla 85. *Hoja de Hallazgo 19*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 19** HH/06	
Título: *Ausencia de respaldo digital y protección ante siniestros en Patología*	
CONDICIÓN	El área de Patología no cuenta con respaldo digital ni protección ante siniestros, lo que representa un riesgo crítico para la información clínica.
CRITERIO	*Incumplimiento a la;* ***Norma ISO 15189:2012****, específicamente en su numeral 4.13, donde dice que los laboratorios tienen que proteger sus registros contra daños, deterioro o pérdida, y eso incluye hacer copias de seguridad. También incumple la* ***Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, Artículo 42****, que habla de poner medidas para evitar que los datos se destruyan accidentalmente.*
CAUSA	» Falta de políticas de gestión documental y continuidad operativa. » Ausencia de procedimientos para la creación de copias de seguridad. » Desconocimiento de los riesgos asociados a la falta de protección de archivos físicos.
EFECTO	» Pérdida irreversible de información clínica ante incendio, robo, inundación o cualquier siniestro. » Imposibilidad de dar seguimiento a pacientes por falta de registros históricos. » Responsabilidad legal y ética por pérdida de información sensible.
CONCLUSIONES	De todos los problemas que se encontraron en la auditoría, este es el más grave. En Patología no solo no hay respaldo digital, sino que ni siquiera hay protección básica para los archivos físicos. Ante cualquier eventualidad, la información se pierde y no hay manera de recuperarla. Eso es un riesgo inaceptable para un laboratorio que maneja diagnósticos de pacientes.

RECOMENDACIONES	Es fundamental que la Gerente General implemente de manera urgente un sistema de respaldos digitales semanales para el área de Patología y establezca condiciones seguras de almacenamiento para los archivos físicos, incluyendo armarios ignífugos y control de condiciones ambientales, garantizando así la protección de la información ante cualquier siniestro.

Tabla 86. *Hoja de Hallazgo 20*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" EN LA CIUDAD DE GUARANDA AÑO 2024 **Hallazgo: 20** HH/06	
Título: *Inexistencia de protocolos formalizados para gestión de emergencias y riesgos críticos*	
CONDICIÓN	No existen protocolos formalizados ni probados para la gestión de emergencias y riesgos críticos de operación en el laboratorio.
CRITERIO	*Incumplimiento a la;* ***Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, numeral 8****, que establece que los laboratorios deben contar con procedimientos operativos estandarizados para la gestión de emergencias y riesgos críticos, los cuales deben ser documentados, socializados y probados periódicamente mediante simulacros.*
CAUSA	» Falta de planificación estratégica en gestión de riesgos. » Desconocimiento de la normativa sobre continuidad operativa. » Ausencia de asignación de responsabilidades para la elaboración de protocolos de emergencia.
EFECTO	» El laboratorio no está preparado para responder adecuadamente ante emergencias como incendios, terremotos, fallas eléctricas o crisis sanitarias. » Riesgo de interrupción prolongada de servicios esenciales de diagnóstico. » Posibles pérdidas económicas y de credibilidad ante los usuarios.
CONCLUSIONES	La inexistencia de protocolos formalizados y probados para la gestión de emergencias y riesgos críticos expone al laboratorio a no poder responder adecuadamente ante situaciones imprevistas, poniendo en riesgo la continuidad del servicio y la seguridad de pacientes y personal.

RECOMENDACIONES	Es fundamental que la Gerente General lidere la elaboración y documentación de protocolos de contingencia que incluyan acciones específicas para la gestión de emergencias y riesgos críticos, así como la realización de simulacros periódicos para probar su efectividad, involucrando a todo el personal del laboratorio en su conocimiento y aplicación.

5.6. FASE VI COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 87. *Comunicación de Resultados*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"** *COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS*

FASE IV: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Objetivo General:

» Elaborar el borrador del informe de auditoría y el informe final de auditoría administrativa.

N°	ACTIVIDAD	REF.	ELABORADO POR:	FECHA
1	Elaboración del Informe de Auditoría Administrativa Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH".	EIAA	ALAT-JACV	01/12/2025

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 88. *Informe Final de Auditoría*

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO

"GASTROPATH"

AUDITORAS ASOCIADAS
TRASPARENCIA QUE
GENERA CONFIANZA

AUDITORÍA ADMINISTRATIVA

PERÍODO: Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2024.

EQUIPO DE AUDITORES

Tabla 89. *Equipo de Auditores.*

Dr. Vladimir Rivera Piñaloza	Supervisor
Ing. Kevin Hernan Sisalema Toapanta, Msc	Jefe de Equipo
Ing. Mauricio Fernando Ortiz Chávez	Jefe de Equipo
Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi	Auditora
Jenifer Andrea Cofre Vasquez	Auditora

Guaranda-Ecuador

SIGLAS

Tabla 90. *Siglas*

MARCAS	SIGNIFICADO
η	Procesos Incompletos
✓	Verificación “In situ"
₦	Ausencia física del documento
Ø	Incumplimiento de requisitos
*	Documentos con observaciones pendientes

CARTA DE PRESENTACIÓN

Guaranda, 15 de noviembre del 2024

Dra.
Paulina Garcés
REPRESENTANTE LEGAL DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO GASTROPATH

De nuestras consideraciones:

Para su conocimiento nos permitimos comunicarle que hemos efectuado una Auditoría Administrativa en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH" de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, correspondiente al período 2024. Se ha emitido el informe de auditoría con los hallazgos encontrados en esta fase de evaluación a los procesos organizativos, contables y documentales, bajo lo que estipula la normativa legal y sanitaria vigente en el Ecuador.

A&A auditoras asociadas como equipo auditor, tenemos como responsabilidad emitir una opinión basada en evidencia objetiva y normativas aplicables, con el propósito de apoyar a la máxima autoridad en la toma de decisiones pertinentes para el fortalecimiento de las áreas evaluadas. Las conclusiones y recomendaciones presentadas en este informe buscan contribuir al mejoramiento de la gestión institucional y al cumplimiento de los objetivos del laboratorio.

Agradecemos la apertura y colaboración brindada durante todo el proceso.

Atentamente,





Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi
Estudiante

Jenifer Andrea Cofre Vásquez
Estudiante

5.6.1. CAPÍTULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

MOTIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría administrativa analiza y revisa los procesos organizativos, contables y documentales del Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", con el objetivo de verificar el cumplimiento de la normativa legal, las normas aplicadas al sector salud y los procedimientos internos establecidos durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024.

OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de los procedimientos y las técnicas de auditoría, y el aprovechamiento y la efectividad de los procesos de la organización, de la contabilidad, y de la documentación, que se han desarrollado en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", en la ciudad de Guaranda, en el año 2024, es realizar una auditoría administrativa.

ALCANCE

La auditoría administrativa en el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", se centrará en el marco temporal, que va desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024, considerando particularmente las siguientes auditorías.

- **Organizativas:** procesos de la estructura funcional, definición de funciones y la delegación de responsabilidades.
- **Contables:** procesos de registro de operaciones, control de ingreso y egreso, y la tributación.
- **Documentales:** procesos de gestión de los registros clínicos de patologías y citologías, respaldo digital de la información y la gestión de la documentación.

CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD

Reseña Histórica

El 18 de septiembre de 2019, la Dra. Paulina Garcés y el Dr. Néstor Basantes, crean el laboratorio clínico y patológico "GASTROPATH". Su principal objetivo es brindar servicios de diagnóstico y análisis clínicos que contribuyan oportunamente a la atención y tratamiento de los pacientes. Al principio, el laboratorio estaba ubicado en Guayaquil y Av. Dr. Humberto del Pozo, frente a Radio Guaranda, y ofrecía análisis básicos, tales como sangre, orina y heces, así como hematologías, quimias, hormonales, marcadores tumorales, tiempos de coagulación, cultivos y pruebas de paternidad, así como biopsias y punciones de tiroides y de mama de manera ecoguiada.

Desde sus inicios, la infraestructura, el equipo y el personal eran limitados, y se centraron en análisis simples. Con el tiempo, el laboratorio creció, y fue incorporando equipos automatizados, tecnología y personal más especializado, así como la adición de sistemas informáticos. También se centraron en la calidad, seguridad y acreditación de la institución. Se crean también las áreas de hematología, química sanguínea, inmunología, microbiología, toma de muestras, uroonálisis, y coproparasitología lo que fortaleció la capacidad diagnóstica del laboratorio.

Misión

Brindar servicios de diagnóstico clínico y patológico de alta calidad con precisión, eficiencia y calidez, apoyando a los profesionales de la salud en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, contribuyendo al bienestar de nuestros pacientes y la comunidad.

Visión

Ser el laboratorio de referencia en Ecuador, reconocido por su excelencia en diagnóstico, innovación tecnológica y compromiso con la calidad, contribuyendo a mejorar la salud de la población.

Objetivo de la Entidad

» Brindar servicios de diagnóstico clínico y patológico de alta calidad, contribuyendo al bienestar de los pacientes y apoyando a los profesionales de la salud en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, con eficiencia, precisión y calidez.

Objetivos específicos:

» Reducir los tiempos de entrega de resultados en un 20%.
» Mejorar la satisfacción del paciente mediante encuestas trimestrales.
» Implementar protocolos de calidad ISO 15189.
» Optimizar el flujo de trabajo con automatización.

Valores de la Entidad

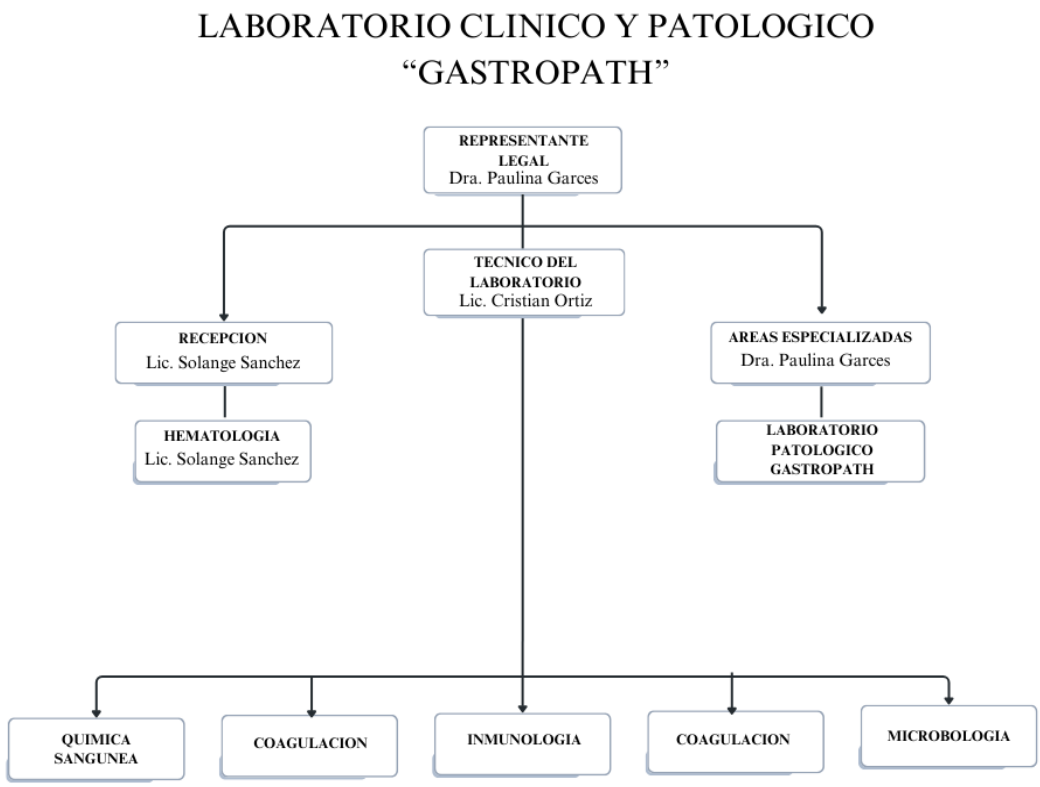
» Integridad y transparencia
» Confidencialidad
» Precisión y calidad
» Seguridad y empatía
» Seguridad y bioseguridad
» Mejora continua
» Responsabilidad
» Trabajo en equipo

Base Legal

» Ley Orgánica de Salud
» Reglamento de Laboratorios Clínicos (MSP)
» Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS)
» Protocolos de Bioseguridad (MSP)

» Servicio de Rentas Internas (SRI)
» Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (2021)
» Código de Trabajo
» Norma ISO 15189:2012
» Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



5.6.2. CAPITULO II

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

» **No existen manuales de funciones y procedimientos específicos por área, los procesos se manejan de manera verbal, basados en la costumbre y la experiencia laboral.**

Una vez se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se constató que no existen manuales de funciones y procedimientos específicos por área. Los procesos se manejan de manera verbal, basados en la costumbre y la experiencia del personal, lo que genera ambigüedad operativa. Esto incumple lo dispuesto en el Reglamento de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico punto 5, que obliga a la existencia de procedimientos operativos estandarizados para asegurar uniformidad y calidad, así como la Norma ISO 15189, que requiere que el laboratorio documente sus procesos.

CONCLUSIÓN

La gestión basada únicamente en la oralidad impide la estandarización y el control objetivo de los procesos, contraviniendo las buenas prácticas de laboratorio.

RECOMENDACIÓN

Formalizar y documentar los procedimientos operativos para cada área y actividad critica del laboratorio, asegurando su socialización, aplicación y control.

» **No existe un proceso formal de identificación y análisis periódico de riesgos administrativos, contables y clínicos en ninguna de las áreas del laboratorio.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se identificó la inexistencia de un proceso formal para la identificación y análisis periódico de riesgos. Las decisiones sobre posibles contingencias se toman de manera reactiva y basadas en la intuición, sin una metodología que evalúe la probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial de los eventos adversos. Esto contraviene lo establecido por el Modelo COSO I (Evaluación de Riesgos), que establece que la organización debe identificar y analizar los riesgos relevantes para el logro de sus objetivos, y la Norma ISO 15189:2012, que exige que el laboratorio evalúe los riesgos en sus procesos para garantizar la calidad y la seguridad del paciente.

CONCLUSIÓN

La ausencia de un proceso formal de evaluación de riesgos impide la identificación temprana de amenazas y el diseño de controles efectivos, exponiendo a la organización a contingentes evitables.

RECOMENDACIÓN

Implementar una metodología formal para la identificación y análisis periódico de riesgos, creando una matriz que evalué la probabilidad e impacto de los riesgos administrativos, contables y clínicos y definir acciones para mitigarlos.

» **Laboratorio no dispone de protocolos y planes de contingencia documentados y probados para la gestión de emergencia y riesgos críticos como fallas en quipos, desabastecimiento, siniestros.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha identificado la ausencia total de protocolos y planes de contingencia documentados para la gestión de emergencias y riesgos críticos. No existen procedimientos escritos que definan cómo actuar ante fallas de equipos, desabastecimiento de insumos, cortes de energía, incendios, u otros siniestros que puedan interrumpir la operación. Esto incumple lo requerido por la Norma ISO 15189:2012, que exige que el laboratorio tenga planes para responder a emergencias o fallos que puedan afectar al servicio, y el Punto 8 de la Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, que establece la necesidad de contar con procedimientos operativos estandarizados para la gestión de emergencias.

CONCLUSIÓN

La ausencia de planes de contingencia demuestra una falta de preparación para asegurar la continuidad operativa lo que representa un riesgo alto para asegurar la continuidad operativa, lo que representa un riesgo alto para la sostenibilidad del servicio.

RECOMENDACIÓN

A la dirección se le recomienda elaborar, documentar y socializar un plan de contingencia que incluya protocolos de actuación ante emergencias y riesgos críticos y realizar simulacros periódicos para probar su efectividad.

» **La evaluación de los riesgos identificados se realiza de forma empírica, sin una metodología formal que considere su probabilidad de ocurrencia e impacto para priorizar acciones de control.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: durante la revisión de los procesos contables, se evidenció que, si bien se utiliza un sistema contable para el área clínica, en el área de Patología la Dra. Paulina Garcés es la única responsable del registro, autorización y control de las operaciones financieras, concentrando funciones que son incompatibles desde la perspectiva del control interno. Esta práctica incumple el principio básico de control interno establecido en el Modelo COSO I (Actividades de Control) y en las Normas de Control Interno, que exigen una adecuada segregación de funciones para reducir el riesgo de errores o irregularidades no detectadas, garantizando que ninguna persona tenga control sobre todos los aspectos de una transacción.

CONCLUSIÓN

La metodología empírica para evaluar riesgos impide una visión objetiva y prioriza de las amenazas, debilitando la capacidad de la dirección para tomar decisiones de control efectivas.

RECOMENDACIÓN

Implementar una matriz de riesgos que permita evaluar los riesgos por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial. Esta herramienta servirá para priorizar las acciones de control y destinar esfuerzos a las áreas más críticas.

» **Se ha identificado un riesgo critico en el área documental Patológica y Citológica que carece de respaldo digital, exponiendo la información a perdida irreversible.**

El hecho de que se haya encontrado, nos autoriza a argumentar lo siguiente: el hallazgo evidencia el riesgo. No obstante, el área de Patología y Citología sigue operando sin ningún tipo de respaldo digital a su información. Esto, a su vez, vulnera el Art. 37 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, el cual señala que hay que implementar medidas de carácter técnico que, además, garanticen la disponibilidad y la integridad de los datos sensibles de salud.

CONCLUSIÓN

El riesgo, a nivel documental, es el que más se evidencia y el que más se conoce. Sin embargo, lo que más se observa es la ausencia de controles, lo que lo mantiene como el aspecto más crítico y el de mayor atención en la auditoría.

RECOMENDACIÓN

Se debe implementar, con carácter urgente, un sistema de respaldo digital para toda la información que se genera en el área de Patología y Citología, además de establecer, a nivel de gestión documental, criterios que garanticen la conservación y la disponibilidad de la misma.

» **Los procesos contables y financieros tienen controles básicos, pero la documentación de respaldo es incompleta.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha identificado que, si bien existen controles básicos, la documentación de respaldo de algunas transacciones es incompleta, y no existe una política de archivo formal que garantice la integridad de la información financiera. Esta situación incumple los principios de la NIA 230 (Documentación de Auditoría) y el Art. 103 de la Ley de Régimen Tributario Interno, que exigen el respaldo de las operaciones con comprobantes autorizados y su correcto archivo.

CONCLUSIÓN

La falta de documentos de apoyo compromete la integridad de la información financiera y puede generarle problemas en auditorías o revisiones fiscales futuras.

RECOMENDACIÓN

Para tener una mejor estrategia, proponga una política en la que se contemple la digitalización y el archivo ordenado de documentos contables, de forma que cada transacción y su respectivo documento comprobatorio se mantenga disponible para verificación.

» **La información del área de Patología y Citología no es de fácil acceso debido a que todo está registrado en cuadernos físicos, lo que dificulta su consulta para la toma de decisiones y la prestación del servicio.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha observado que, debido al registro manual en cuadernos sin índices ni sistemas de búsqueda, la recuperación de información histórica de pacientes en el área de Patología es lenta y tediosa. Esto dificulta la consulta ágil para dar seguimiento a casos clínicos o responder a requerimientos. Esta situación incumple lo establecido en el Punto 7 del Reglamento de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, que exige que los registros permitan la reconstrucción de actividades y la trazabilidad.

CONCLUSIÓN

El método de registro manual en Patología no solo es inseguro, sino también ineficiente, impactando negativamente en la oportunidad y calidad del servicio al paciente.

RECOMENDACIÓN

Digitalizar progresivamente los registros existentes e implementar un sistema de registro digital como la herramienta Excel propuesta que permita consultas ágiles y reportes oportunos de la información clínica.

» **No existe un sistema consolidado de control documental, no hay uniformidad en la conservación, clasificación y resguardo de documentos físicos y digitales.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, se ha permitido argumentar de la siguiente forma: se ha verificado la falta de un sistema unificado de gestión documental. No se cuentan con políticas que determinen cómo se deben clasificar, conservar y proteger los documentos, tanto en físico como en digital, en las diferentes áreas del laboratorio. Esto constituye un incumplimiento de las Normas de Control Interno (NIC 405-04), que establecen que la máxima autoridad debe implementar políticas y procedimientos en relación con los archivos para la conservación y mantenimiento de archivos, y el Punto 7 del Reglamento de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, que menciona plazos y condiciones de conservación.

CONCLUSIÓN

La debilidad en el control documentado de archivos físicos y digitales representa un riesgo administrativo y legal significativo. Es indispensable implementar políticas claras y formales de archivo.

RECOMENDACIÓN

Implementar un sistema de gestión documental básico que unifique criterios de conservación, clasificación y resguardo de documentos. Se debe establecer una política que indique los tipos de documentos, su tiempo de retención y las condiciones de almacenamiento seguro.

» **Existen controles básicos establecidos para facturación, registro de ingresos, egresos y conciliaciones contables, pero falta un respaldo digital sistemático de los comprobantes y una política de archivo.**

Una vez identificado el hallazgo mencionado, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: aunque se realizan las actividades contables básicas y se cumple con las obligaciones tributarias, se evidenció que no se cuenta con un procedimiento sistemático al respaldo digital de los comprobantes de venta y otros documentos financieros. La sistematización de la documentación se archiva mayormente en físico, lo que la expone a los riesgos de deterioro o extravío. Esta situación no se ajusta a lo que exige el Art. 103 de la Ley de Régimen Tributario Interno y las buenas prácticas de control interno.

CONCLUSIÓN

La falta de un respaldo digital sistemático de los comprobantes de facturación expone al laboratorio a riesgos ante contingencias y dificulta la gestión de la información financiera.

RECOMENDACIÓN

Establecer un procedimiento de respaldo digital sistemático para todos los comprobantes de facturación, organizados cronológicamente y de fácil acceso, para garantizar su conservación y disponibilidad.

» **Se ha identificado una debilidad crítica en la segregación de funciones financieras. La Dra. Paulina Garcés es la única encargada del registro y autorización de operaciones financieras del área de Patología, concentrando funciones incompatibles.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: durante la revisión de los procesos contables, se evidenció que, para el área de Patología, la Dra. Paulina Garcés es la única responsable del registro, autorización y control de las operaciones financieras, concentrando funciones que son incompatibles desde la perspectiva del control interno. Esta práctica incumple el principio básico de control interno establecido en el **Modelo COSO I (Actividades de Control)**, que exige una adecuada segregación de funciones para reducir el riesgo de errores o irregularidades no detectadas.

CONCLUSIÓN

La concentración de funciones financieras en una sola persona representa una debilidad de control interno significativa, aumentando el riesgo de errores o irregularidades no detectadas.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda a la dirección implementar controles de supervisión y revisión independiente de las operaciones financieras. En la medida de lo posible, separar las funciones de registro y autorización, asignando la revisión periódica de los movimientos a una persona diferente o estableciendo un control de la gerencia general sobre los reportes financieros.

» **El control de inventarios es manual mediante Kardex físico y supervisión directa, sin un sistema digital que alerte sobre stock mínimo, generando riesgos de errores y desabastecimiento.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se constató que el control de inventarios de reactivos, insumos y material médico se realiza de forma manual, mediante un Kardex físico y la supervisión directa del personal. No se utiliza ningún sistema digital que permita alertar de manera oportuna sobre la proximidad de stock mínimo o la caducidad de los productos. Esta metodología, si bien ha funcionado, es altamente propensa a errores humanos y no garantiza una gestión eficiente del stock. Si bien la **NIC 2** aplica a grandes empresas, el principio de control de inventarios es universal.

CONCLUSIÓN

El sistema de control de inventarios manual es ineficiente y riesgoso, pudiendo afectar la continuidad operativa del laboratorio por falta de insumos o por pérdidas económicas por caducidad.

RECOMENDACIÓN

Implementar un sistema digital básico para el control de inventarios, por ejemplo, una hoja de cálculo avanzada en Excel o Google Sheets con fórmulas y alertas de stock mínimo, que permita un control más preciso, oportuno y con menor margen de error.

» **No existen canales de comunicación interna formales y efectivos para que el personal reporte problemas, fallas, o riesgos de manera confidencial y sin temor a represalias.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha identificado la ausencia de canales de comunicación interna formales que garanticen la confidencialidad para que el personal pueda reportar cualquier novedad, problema o riesgo sin temor a represalias. La comunicación se da de manera informal, lo que puede inhibir la denuncia de situaciones críticas. Esto incumple lo establecido por el Modelo COSO I (Información y Comunicación), que establece que la organización debe contar con canales de comunicación abiertos que permitan al personal comunicar asuntos de importancia.

CONCLUSIÓN

La ausencia de canales formales y confidenciales para reportar novedades limita la capacidad del laboratorio para detectar y corregir problemas de manera temprana.

RECOMENDACIÓN

Establecer un canal de comunicación formal que garantice la confidencialidad para que el personal pueda reportar cualquier problema operativo, falla de calidad o riesgo potencial sin temor a represalias.

» **No existen mecanismos que garanticen el respaldo, confidencialidad y conservación de archivos en el área de Patología y Citología. Esta área no cuenta con respaldo digital ni protección ante siniestros, representando una debilidad crítica.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha constatado que el área de Patología y Citología carece de cualquier mecanismo que garantice la preservación a largo plazo y la confidencialidad de sus archivos. No existe respaldo digital de la información, y los archivos físicos no cuentan con protección especial contra siniestros (incendios, humedad, etc.). Esto incumple gravemente el Art. 37 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que exige medidas para garantizar la disponibilidad permanente de los datos.

CONCLUSIÓN

La información del área más especializada del laboratorio se encuentra en un estado de indefensión total, sin ningún mecanismo que garantice su preservación a largo plazo ni su confidencialidad.

RECOMENDACIÓN

Implementar de manera inmediata un sistema de respaldos digitales periódicos para la información de Patología y establecer condiciones de almacenamiento seguro para los archivos físicos.

» **Nunca se ha realizado una auditoría formal interna o externa a los procesos del laboratorio clínicos, contables, operativos.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: durante la revisión, se evidenció que el laboratorio no ha sido objeto de ninguna auditoría formal, ya sea interna o externa, desde su creación. No existen registros de evaluaciones independientes que permitan verificar el estado de sus procesos y controles. Esta situación contraviene lo establecido por la Norma ISO 15189:2012, que exige la realización de auditorías internas periódicas, y el Modelo COSO I (Supervisión y Monitoreo), que establece la necesidad de realizar evaluaciones continuas y/o periódicas del control interno.

CONCLUSIÓN

La ausencia histórica de auditorías internas revela la inexistencia de un proceso formal de autoevaluación y mejora continua en el laboratorio.

RECOMENDACIÓN

Programar la realización de auditorías internas periódicas al menos una vez al año que permitan evaluar de manera independiente el cumplimiento de los procesos, la eficacia del control interno y detectar oportunidades de mejora.

» **El laboratorio no implementa indicadores clave de desempeño (KPIs) e indicadores de riesgo formalmente definidos. Su implementación es parcial y empírica.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha identificado que el laboratorio no cuenta con un cuadro de mando o un conjunto de indicadores clave de desempeño (KPIs) e indicadores de riesgo formalmente definidos. Las mediciones que se realizan (como tiempo de entrega de resultados) se hacen de manera empírica y no responden a una metodología establecida. Esto incumple lo requerido por la ISO 15189:2012, que requiere que el laboratorio establezca indicadores de calidad para monitorear y evaluar el desempeño en aspectos críticos, y el Modelo COSO I (Supervisión), que aboga por el uso de indicadores.

CONCLUSIÓN

La ausencia de un sistema formal de indicadores limita la capacidad de la dirección para realizar un monitoreo objetivo y tomar decisiones basadas en datos.

RECOMENDACIÓN

Definir y documentar un cuadro de mando con indicadores clave de desempeño (KPIs) para las áreas organizativa, contable y clínica, estableciendo metas, frecuencia de medición y responsables de su seguimiento.

» **Los resultados de las supervisiones, auditorías y monitoreos no son comunicados de manera oportuna al personal responsable para que tomen las medidas pertinentes.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha observado que, en las ocasiones en que se realizan supervisiones o se identifican hallazgos, los resultados no siempre se comunican de manera formal y oportuna al personal involucrado. Esto impide que se tomen las acciones correctivas de forma inmediata. Esta situación incumple los principios de la NIA 260 (Comunicación con los responsables del gobierno de la entidad) y del Modelo COSO I (Información y Comunicación), que establecen que la comunicación de los resultados del monitoreo es esencial para que el control interno funcione.

CONCLUSIÓN

La falta de una comunicación oportuna de los resultados de las supervisiones anula su efectividad, ya que el personal no recibe retroalimentación a tiempo para corregir el rumbo.

RECOMENDACIÓN

Establecer como práctica obligatoria una reunión de retroalimentación posterior a cada supervisión o monitoreo, donde se comuniquen formal y oportunamente los resultados, conclusiones y se definan los compromisos de mejora, dejando constancia en un acta.

» **No existe un proceso formal para evaluar periódicamente la eficiencia general del sistema de control interno basado en el marco COSO I**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha constatado que el laboratorio no realiza una evaluación periódica y estructurada de su sistema de control interno utilizando un marco de referencia reconocido como COSO I. No se analiza de forma integral si los componentes del control interno están presentes y funcionando adecuadamente. Esto constituye una debilidad en sí misma, ya que el Modelo COSO I (Supervisión) establece que se deben realizar evaluaciones para determinar la efectividad del sistema.

CONCLUSIÓN

La falta de una evaluación periódica y estructurada del control interno bajo un marco reconocido como COSO I impide una gestión integral y proactiva de los riesgos y controles.

RECOMENDACIÓN

Implementar evaluaciones periódicas (anuales) del sistema de control interno utilizando el marco COSO I como referencia, para identificar fortalezas, debilidades y establecer un plan de mejora continua del sistema.

» **El área de patología no cuenta con respaldo digital, quedando excluida de los beneficios de los sistemas digitales implementados en otras áreas del laboratorio.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha identificado una marcada asimetría tecnológica dentro del laboratorio. Mientras el área clínica goza de los beneficios de sistemas informáticos y respaldos digitales, el área de Patología opera de forma totalmente manual y sin ningún tipo de protección digital para su información. Esto incumple el espíritu del Punto 11 de la Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, que exige respaldo de datos para toda la información del laboratorio, sin excepción de áreas.

CONCLUSIÓN

Que Patología haya quedado excluida del plan de respaldos digitales es una falla grande, porque esta área maneja información tan sensible como cualquier otra. Si esa información se pierde, no hay forma de recuperarla y eso afecta directamente la calidad del servicio y la confianza de los pacientes que confiaron en el laboratorio para sus diagnósticos.

RECOMENDACIÓN

Es fundamental que la Gerente General, en coordinación con el personal administrativo, incorpore el área de Patología al plan de respaldos digitales del laboratorio de manera inmediata, garantizando que toda la información clínica generada cuente con copias de seguridad periódicas.

» **El área de Patología no cuenta con respaldo digital ni protección ante siniestros, lo que representa un riesgo crítico para la información clínica.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha constatado que el área de Patología no solo carece de respaldo digital, sino que tampoco cuenta con medidas de protección para sus archivos físicos ante posibles siniestros como incendios, inundaciones o robos. Esto incumple la Norma ISO 15189:2012 (numeral 4.13), que exige que los laboratorios protejan sus registros contra daños, deterioro o pérdida, y el Art. 42 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que habla de poner medidas para evitar que los datos se destruyan accidentalmente.

CONCLUSIÓN

De todos los problemas que se encontraron en la auditoría, este es el más grave. En Patología no solo no hay respaldo digital, sino que ni siquiera hay protección básica para los archivos físicos. Ante cualquier eventualidad, la información se pierde y no hay manera de recuperarla. Eso es un riesgo inaceptable para un laboratorio que maneja diagnósticos de pacientes.

RECOMENDACIÓN

Es fundamental que la Gerente General implemente de manera urgente un sistema de respaldos digitales semanales para el área de Patología y establezca condiciones seguras de almacenamiento para los archivos físicos, incluyendo armarios ignífugos y control de condiciones ambientales, garantizando así la protección de la información ante cualquier siniestro.

» **No existen protocolos formalizados ni probados para la gestión de emergencias y riesgos críticos de operación en el laboratorio.**

Una vez que se encuentra el hallazgo en mención, nos permitimos argumentar de la siguiente manera: se ha identificado la ausencia total de protocolos formalizados y probados para la gestión de emergencias y riesgos críticos de operación. No existen procedimientos documentados que definan cómo actuar ante fallas de equipos, desabastecimiento, cortes de energía, incendios, terremotos u otras crisis. Esto incumple lo establecido en el numeral 8 de la Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico, que establece que los laboratorios deben contar con procedimientos operativos estandarizados para la gestión de emergencias y riesgos críticos, los cuales deben ser documentados, socializados y probados periódicamente mediante simulacros.

CONCLUSIÓN

La inexistencia de protocolos formalizados y probados para la gestión de emergencias y riesgos críticos expone al laboratorio a no poder responder adecuadamente ante situaciones imprevistas, poniendo en riesgo la continuidad del servicio y la seguridad de pacientes y personal.

RECOMENDACIÓN

Es fundamental que la Gerente General lidere la elaboración y documentación de protocolos de contingencia que incluyan acciones específicas para la gestión de emergencias y riesgos críticos, así como la realización de simulacros periódicos para probar su efectividad, involucrando a todo el personal del laboratorio en su conocimiento y aplicación.





Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi
Estudiante

Jenifer Andrea Cofre Vásquez
Estudiante

5.7. MONITOREO Y SEGUMIENTO

Tabla 91. *Monitoreo y Seguimiento*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de cada una de las recomendaciones planteadas en la presente auditoría administrativa.

N°	PROCEDIMIENTO	ELABORADO POR	FECHA
1	Elaborar la matriz de recomendaciones.	ALAT-JACV	12/11/2025
2	Establecer un cronograma de aplicación de recomendación	ALAT-JACV	14/11/2025
3	Propuesta del diseño de un modelo de registro en Excel como herramienta de control diario de las actividades del área de Patología y Citología	ALAT-JACV	15/11/2025
4	Constancia de seguimiento.	ALAT-JACV	18/11/2025

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 92. *Matriz de recomendaciones*

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" **PROGRAMA DE RECOMENDACIONES**			
MATRIZ DE RECOMENDACIONES			
N	**RECOMENDACIÓN**	**DIRIGIDA AL**	**APLICACIÓN**
1	Formalizar y documentar los procedimientos operativos estandarizados para cada área y actividad critica del laboratorio, asegurando su socialización aplicación y control por parte de todo el personal involucrado.	Gerente general Dirección	Corto plazo
2	Implementar una metodología formal para la identificación y análisis periódico de riesgo, creando una matriz de riesgo que evalúa la probabilidad e impacto de los riesgos administrativos, contables y clínicos Esta herramienta permitirá priorizar las acciones de control y destinar recursos a las áreas más críticas.	Gerente general Dirección	Corto plazo
3	Elaborar, documentar y socializar un plan de contingencia que incluya protocolos de actuación específicos ante emergencias y riesgos críticos. Se deben realizar simulacros periódicos para aprobar su efectividad y mantener al personal capacitado y preparado.	Gerente general Dirección	Corto plazo
4	Implementar una matriz de riesgo que perita evaluar los riesgos por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial. Esta herramienta servirá para priorizar las acciones de control y destinar esfuerzos a las áreas más críticas.	Gerente general Dirección	Corto plazo
5	Implementar de manera inmediata un sistema de respaldo digital para toda la información generada en el área de Patología y Citología, estableciendo una política clara de gestión documental que garantice su conservación y disponibilidad a largo plazo.	Gerente general Dirección	Inmediata
6	Establecer una política de digitalización y archivo ordenado de todos los documentos	Gerente general	Corto plazo

	contables, asegurando que cada transacción tenga su soporte completo y esté disponible para su verificación cuando sea requerido.	Responsable contable	
7	Digitalizar progresivamente los registros existentes e implementar un sistema de registro digital, como la herramienta Excel propuesta, que permita consultas agiles y reportes oportunos de la información clínica.	Gerente general Dirección	Corto plazo
8	Implementar un sistema de gestión documental básico que unifique criterios de conservación, clasificación y resguardo de documentos. Se debe establecer una política que indique los tipos de documentos, su tiempo de retención y las condiciones de almacenamiento seguro.	Gerente general Dirección	Corto plazo
9	Establecer un procedimiento de respaldo digital sistemático para todos los comprobantes de facturación, organizados cronológicamente y almacenados en un lugar seguro, para garantizar su conservación y disponibilidad.	Gerente general Responsable contable	Corto plazo
10	Implementar controles de supervisión y revisión independiente de las operaciones financieras, especialmente las áreas de Patología. En la medida de lo posible, se debe buscar separar las funciones de registro y autorización, asignando la revisión periódica de los movimientos a una persona diferente.	Gerente general Dirección	Corto plazo
11	Implementar un sistema digital básico para el control de inventarios, por ejemplo, una hoja de cálculo avanzada en Excel, que incluya fórmulas para el cálculo automático de existencias y alertas visuales de stock mínimo.	Gerente general Dirección	Corto plazo
12	Establecer un canal de comunicación formal que garantice la confidencialidad para que el personal pueda reportar cualquier problema operativo, fallas de calidad o riesgo potencial si temor a represalias.	Gerente general Dirección	Corto plazo
13	Implementar de manera inmediata un sistema de respaldados periódicos para la información de Patología y establecer condiciones de almacenamiento seguro para los archivos físicos.	Gerente general Dirección	Inmediata

14	Programar la realización de auditorías internas periódicas que permitan evaluar de manera independiente el cumplimiento de los procesos y la eficiencia de control interno, y detectar oportunidades de mejora.	Gerente general Dirección	Mediano plazo
15	Definir y documentar un cuadro de mando con indicadores clave de desempeño (KPls) para las áreas organizativa, contable y clínica, estableciendo metas, frecuencia de medición y responsables de su seguimiento.	Gerente general Dirección	Mediano plazo
16	Establecer como practica obligatoria una reunión de retroalimentación posterior a cada supervisión o monitoreo, donde se comuniquen formal y oportunamente los resultados y se definan los compromisos de mejora, dejando constancia de un acta.	Gerente general Dirección	Corto plazo
17	Implementar valuaciones periódicas del sistema de control interno utilizando el marco COSO I como referencia, para identificar fortalezas, debilidades y establecer un plan de mejora continua del sistema.	Gerente general Dirección	Mediano plazo
18	Incorporar de manera inmediata al área de Patología y Citología en el plan de respaldos digitales del laboratorio, garantizando que toda la información clínica generada cuente con copias de seguridad periódicas.	Gerente general Dirección	Inmediata
19	Implementar de manera urgente un sistema de respaldos digitales semanales para el área de Patología y establecer condiciones seguras de almacenamiento para los archivos físicos, garantizando así la protección de la información ate cualquier siniestro.	Gerente general Dirección	Inmediata
20	Liderar la elaboración y documentación de protocolos de contingencia que incluyan acciones específicas para la gestión de emergencias y riesgos críticos, así como la realización de simulacros periódicos para probar su efectividad, involucrando a todo el personal en su conocimiento y aplicación.	Gerente general Dirección	Corto plazo

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 93. *Propuesta del diseño de un modelo de registro en Excel*

GASTROPATH Dra. Paulina Garcés LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Tu Aliado en Salud Resultados precisos y confiables	**LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"**
PROPUESTA DEL DISEÑO DE UN MODELO DE REGISTRO EN EXCEL COMO HERRAMIENTA DE CONTROL DIARIO DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA DE PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA	

Registro Laboratorio Clínico y patológico "GASTROPATH"

Nuestra propuesta en Excel es una herramienta de registro y control creada para el Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", como una respuesta a los problemas encontrados durante la auditoría administrativa, especialmente en el área de Patología y Citología donde todos los registros se llevaban a mano y sin respaldo digital.

El Excel está organizado en cinco hojas:

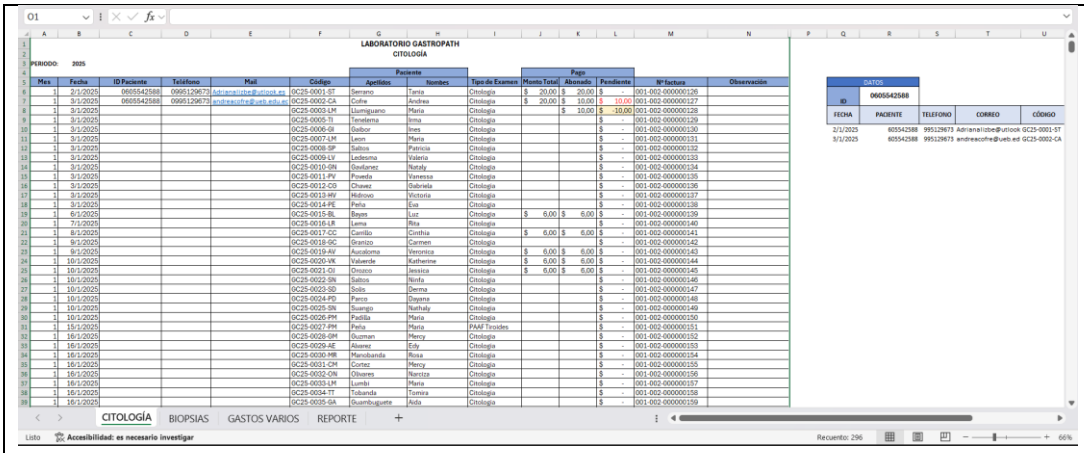
» **Citología y Biopsias:** Permiten registrar por separado los exámenes de cada área. Incluyen: fecha, código del paciente, datos de contacto, tipo de examen, valor, abono y el saldo pendiente que se calcula automáticamente. Además, tiene un apartado para poder encontrar los datos del paciente solo con el número de cédula, lo que agiliza la búsqueda de información.

» **Gastos Varios:** Sirve para anotar los gastos del laboratorio como compras de insumos o servicios, con fecha, detalle y valor. Que servirá para poder conocer cuánto se gastó en el día, semana o mes.

» **Control de inventarios:** Permite registrar las entradas y salidas de insumos, calcula el stock actual y mínimo mediante la digitalización de códigos de los diferentes productos.

» **Reporte Diario y Mensual:** Resume la información de las otras hojas. Muestra los ingresos diarios y mensuales de citología y biopsias, los gastos y el total neto. Los cálculos se actualizan solos al ingresar datos.

Nuestra propuesta busca solucionar el riesgo de pérdida de información en el área de Patología y citología, además de organizar los registros contables y entregar a la directora del Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH", datos claros para la toma de decisiones. Finalmente, es una herramienta práctica, de uso sencillo, que no reemplaza un sistema informático profesional pero que mejora significativamente el control actual del laboratorio.



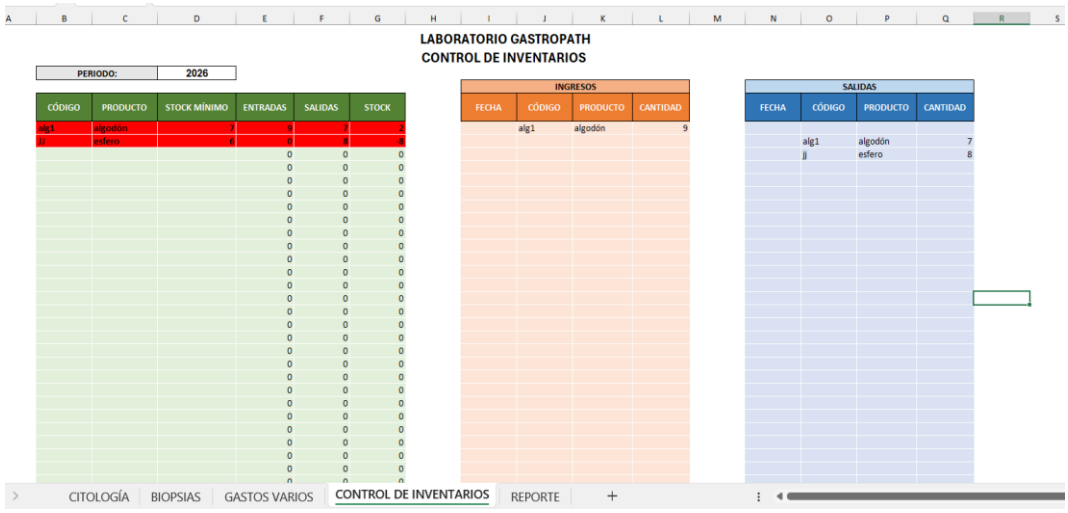
LABORATORIO GASTROPATH
CITOLOGÍA

PERIODO: 2025

Mes	Fecha	ID Paciente	Teléfono	Mail	Código	Paciente Apellidos	Paciente Nombres	Tipo de Examen	Pago Monto Total	Pago Abonado	Pago Pendiente	Nº factura	Observación
1	2/1/2025	0605542588	0995129673	Adrianaallzbe@utlook.es	GC25-0001-ST	Serrano	Tania	Citología	$ 20,00	$ 20,00	$ -	001-002-000000126	
1	3/1/2025	0605542588	0995129673	andreacofre@ueb.edu.ec	GC25-0002-CA	Cofre	Andrea	Citología	$ 20,00	$ 10,00	$ 10,00	001-002-000000127	
1	3/1/2025				GC25-0003-LM	Llumiguano	María	Citología		$ 10,00	$ -10,00	001-002-000000128	
1	3/1/2025				GC25-0005-TI	Tenelema	Irma	Citología			$ -	001-002-000000129	
1	3/1/2025				GC25-0006-GI	Galbor	Ines	Citología			$ -	001-002-000000130	
1	3/1/2025				GC25-0007-LM	Leon	María	Citología			$ -	001-002-000000131	
1	3/1/2025				GC25-0008-SP	Saltos	Patricia	Citología			$ -	001-002-000000132	
1	3/1/2025				GC25-0009-LV	Ledesma	Valeria	Citología			$ -	001-002-000000133	
1	3/1/2025				GC25-0010-GN	Gavilanez	Nataly	Citología			$ -	001-002-000000134	
1	3/1/2025				GC25-0011-PV	Poveda	Vanessa	Citología			$ -	001-002-000000135	
1	3/1/2025				GC25-0012-C0	Chavez	Gabriela	Citología			$ -	001-002-000000136	
1	3/1/2025				GC25-0013-HV	Hidrovo	Victoria	Citología			$ -	001-002-000000137	
1	3/1/2025				GC25-0014-PE	Peña	Eva	Citología			$ -	001-002-000000138	
1	6/1/2025				GC25-0015-BL	Bayas	Luz	Citología	$ 6,00	$ 6,00	$ -	001-002-000000139	
1	7/1/2025				GC25-0016-LR	Lema	Rita	Citología			$ -	001-002-000000140	
1	8/1/2025				GC25-0017-CC	Carrillo	Cinthia	Citología	$ 6,00	$ 6,00	$ -	001-002-000000141	
1	9/1/2025				GC25-0018-GC	Granizo	Carmen	Citología			$ -	001-002-000000142	
1	9/1/2025				GC25-0019-AV	Auvalcoma	Veronica	Citología	$ 6,00	$ 6,00	$ -	001-002-000000143	
1	10/1/2025				GC25-0020-VK	Valverde	Katherine	Citología	$ 6,00	$ 6,00	$ -	001-002-000000144	
1	10/1/2025				GC25-0021-OI	Orozco	Jessica	Citología	$ 6,00	$ 6,00	$ -	001-002-000000145	
1	10/1/2025				GC25-0022-SN	Saltos	Ninfa	Citología			$ -	001-002-000000146	
1	10/1/2025				GC25-0023-SD	Solis	Derma	Citología			$ -	001-002-000000147	
1	10/1/2025				GC25-0024-PD	Parco	Dayana	Citología			$ -	001-002-000000148	
1	10/1/2025				GC25-0025-SN	Suarigo	Nathaly	Citología			$ -	001-002-000000149	
1	10/1/2025				GC25-0026-PM	Padilla	Maria	Citología			$ -	001-002-000000150	
1	15/1/2025				GC25-0027-PM	Peña	Maria	PAAF Tiroides			$ -	001-002-000000151	
1	16/1/2025				GC25-0028-GM	Guzman	Mercy	Citología			$ -	001-002-000000152	
1	16/1/2025				GC25-0029-AE	Alvarez	Edy	Citología			$ -	001-002-000000153	
1	16/1/2025				GC25-0030-MR	Manobanda	Rosa	Citología			$ -	001-002-000000154	
1	16/1/2025				GC25-0031-CM	Cortez	Mercy	Citología			$ -	001-002-000000155	
1	16/1/2025				GC25-0032-ON	Olivares	Narciza	Citología			$ -	001-002-000000156	
1	16/1/2025				GC25-0033-LM	Lumbi	Maria	Citología			$ -	001-002-000000157	
1	16/1/2025				GC25-0034-TT	Tobanda	Tomira	Citología			$ -	001-002-000000158	
1	16/1/2025				GC25-0035-GA	Guambujante	Aida	Citología			$ -	001-002-000000159	

DATOS				
ID	0605542588			
FECHA	PACIENTE	TELEFONO	CORREO	CÓDIGO
2/1/2025	605542588	995129673	Adrianaallzbe@utlook	GC25-0001-ST
3/1/2025	605542588	995129673	andreacofre@ueb.ed	GC25-0002-CA

CITOLOGÍA | BIOPSIAS | GASTOS VARIOS | REPORTE



LABORATORIO GASTROPATH
CONTROL DE INVENTARIOS

PERIODO: 2026

CÓDIGO	PRODUCTO	STOCK MÍNIMO	ENTRADAS	SALIDAS	STOCK
alg1	algodón	7	9	7	2
jj	esfero	6	0	8	-8

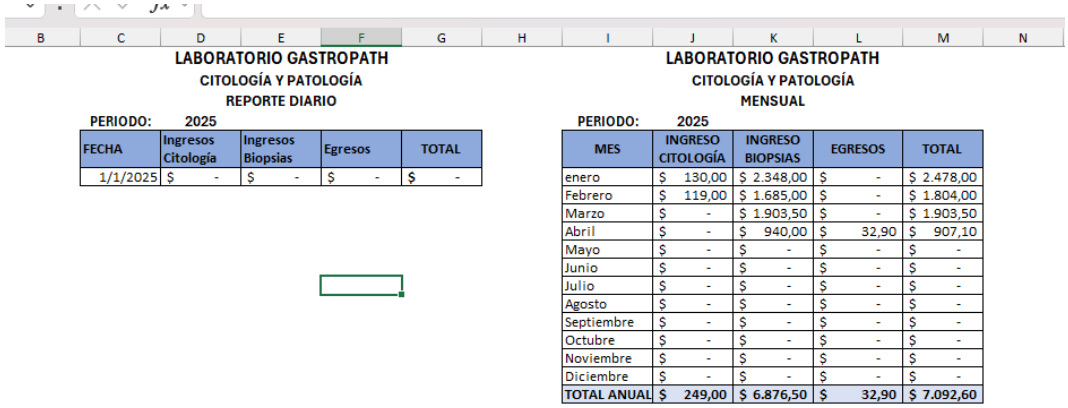
INGRESOS

FECHA	CÓDIGO	PRODUCTO	CANTIDAD
	alg1	algodón	9

SALIDAS

FECHA	CÓDIGO	PRODUCTO	CANTIDAD
	alg1	algodón	7
	jj	esfero	8

CITOLOGÍA | BIOPSIAS | GASTOS VARIOS | CONTROL DE INVENTARIOS | REPORTE



LABORATORIO GASTROPATH
CITOLOGÍA Y PATOLOGÍA
REPORTE DIARIO

PERIODO: 2025

FECHA	Ingresos Citología	Ingresos Biopsias	Egresos	TOTAL
1/1/2025	$ -	$ -	$ -	$ -

LABORATORIO GASTROPATH
CITOLOGÍA Y PATOLOGÍA
MENSUAL

PERIODO: 2025

MES	INGRESO CITOLOGÍA	INGRESO BIOPSIAS	EGRESOS	TOTAL
enero	$ 130,00	$ 2.348,00	$ -	$ 2.478,00
Febrero	$ 119,00	$ 1.685,00	$ -	$ 1.804,00
Marzo	$ -	$ 1.903,50	$ -	$ 1.903,50
Abril	$ -	$ 940,00	$ 32,90	$ 907,10
Mayo	$ -	$ -	$ -	$ -
Junio	$ -	$ -	$ -	$ -
Julio	$ -	$ -	$ -	$ -
Agosto	$ -	$ -	$ -	$ -
Septiembre	$ -	$ -	$ -	$ -
Octubre	$ -	$ -	$ -	$ -
Noviembre	$ -	$ -	$ -	$ -
Diciembre	$ -	$ -	$ -	$ -
TOTAL ANUAL	$ 249,00	$ 6.876,50	$ 32,90	$ 7.092,60

Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.*
Revisado por: *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*

Tabla 94. *Cronograma de seguimiento*

LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGICO "GASTROPATH" CRONOGRAMA DE CUMPLIMIENTO DE APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES																
N°	**RECOMENDACIONES**	**OCTUBRE**				**NOVIEMBRE**				**DICIEMBRE**				**ENERO**			
		1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Elaborar y socializar el manual de funciones.																
2	Crear una matriz para identificar, evaluar y priorizar riesgos operativos y administrativos.																
3	Implementar un sistema de registro digital como Excel y respaldo periódico en la nube																
4	Elaborar protocolos de seguridad de la información y confidencialidad para todo el laboratorio.																
5	Elaborar y documentar un plan para asegurar la continuidad operativa ante emergencias.																

6	Establecer una política de respaldo digital para facturación y segregar funciones financieras.																
7	Implementar un sistema digital básico con alertas de stock mínimo																
8	Formalizar canales y establecer un correo confidencial para reportar novedades.																
9	Crear un formato de acta para dejar constancia de las supervisiones y seguimiento.																
10	Definir KPls básico y programar una autoevaluación anual de control interno.																
Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.* ***Revisado por:*** *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*																	

CONSTANCIA DE SEGUIMIENTO REALIZADO

Tabla 95. *Constancia de lo realizado*

LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGICO "GASTROPATH"			
RECOMENDACIÓN	**GRADO DE CUMPLIMIENTO**		
	CUMPLE	**NO CUMPLE**	**PARCIAL**
Elaborar y socializar el manual de funciones.			
Crear una matriz para identificar, evaluar y priorizar riesgos.			
Implementar un sistema de registro digital y respaldo periódico.			
Elaborar protocolos de seguridad d la información y confidencialidad			
Elaborar un plan para asegurar la continuidad operativa ante emergencias.			
Establecer respaldo digital de facturación y segregar funciones financieras.			
Implementar un sistema digital básico con alertas de stock mínimo			
Formalizar canales y un correo confidencial para reportes.			
Crear un formato de acta para dejar constancia de supervisiones.			
Definir KPls básicos y programar autoevaluación anual de control interno.			
Elaborado por: *Adriana Allauca-Jenifer Cofre.* ***Revisado por:*** *Dr. Vladimir Rivera Piñaloza*			

CONCLUSIONES

- En el laboratorio, a través de encuestas estructuradas con el personal y entrevistas con la dirección, se logró establecer la existencia de un laboratorio que no dispone de una estructura organizativa formal. Se verificó la falta de manuales de funciones, la ausencia de procedimientos estandarizados y falta de indicadores de desempeño. Esto provoca la duplicidad de funciones y también el aumento de la carga sobre el personal, en particular, sobre el técnico. Esto, por supuesto, es un incumplimiento del artículo 11 del código del trabajo, que exige que delimiten las funciones que el trabajador tenga en el contrato.
- Evaluando el control interno con el modelo COSO I, la Patología y Citología. Se demostró que la totalidad de los registros clínicos se gestionan manualmente y no hay forma de respaldarlos, no hay forma de hacer una trazabilidad, esto es un incumplimiento de las obligaciones que establece el Artículo 37 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y número 7 de los reglamentos de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico.
- » El informe final documenta 20 hallazgos en las áreas organizativa, contable y documental. Estos incluyen la concentración de funciones financieras sin segregación, control manual de inventarios sin alertas automáticas y la ausencia de canales de comunicación formales.
- Como medida correctiva prioritaria, se diseñó una herramienta tecnológica en Excel, estructurada en cinco módulos: registro de citologías, biopsias, control de gastos, inventarios y generación de informes; esta herramienta incorpora funciones automatizadas para garantizar la integridad y trazabilidad de la información clínica, de acuerdo con las regulaciones sanitarias vigentes.

RECOMENDACIONES

A la Gerente General, Dra. Paulina Garcés, se recomienda:

- Implementar, de forma inmediata, la herramienta en Excel para el registro clínico en Patología y Citología, estableciendo como política de la institución la realización de respaldos digitales periódicos, en cumplimiento de la Ley 37 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Se sugiere, además, el inicio de la digitalización de registros históricos de forma progresiva y el establecimiento de medidas de resguardo para archivos.
- Se sugiere elaborar y mantener actualizado un Manual de Funciones donde se limiten los roles y responsabilidades para que se elimine la duplicidad de funciones. También se debe formalizar los Procedimientos Operativos Estandarizados para las actividades críticas y se debe implementar una matriz de riesgos que facilite la identificación y priorización de riesgos administrativos, contables y clínicos.
- En el área contable y financiera, se sugiere establecer mecanismos de supervisión independiente que controlen el riesgo por concentración de funciones junto a la digitalización de comprobantes de facturación y soportes contables. Para el control de inventarios, se sugiere usar la herramienta digital en Excel que tiene alertas visuales de stock mínimos y que disminuye el margen de error en los registros manuales.
- La institucionalización de la mejora continua debería implicar definir un sistema de tablero de indicadores con indicadores clave de rendimiento, metas concretas y responsabilidad por el seguimiento. Además, se deberían programar auditorías internas anuales para evaluar la efectividad de los controles internos, y se deberían establecer canales de comunicación formales para asegurar la trazabilidad de la información y fortalecer la transparencia organizacional.

BIBLIOGRAFIA

ACESS. (2022). *Gobierno del Ecuador.* Obtenido de Gobierno del Ecuador: http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2023/11/Resolucion-No.-ACESS-ACESS-2023-0029.pdf

Azogue Azogue, S. B., & Pérez Yancha, R. J. (2024). *DSPACE.UEB.* Obtenido de DSPACE.UEB: https://dspace.ueb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/7b1b9e75-d424-4799-b9c2-a873731bb8d7/content

Barcos Gonzales, B. F. (2024). *dspace udla.* Obtenido de dspace udla: https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/16156/1/UDLA-EC-TMGIS-2024-68.pdf

Bertani, E. A. (2014). *bdigital UNCO.* Obtenido de bdigital UNCO: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6694/bertanipolesellosanchez troila-tesisfce.pdf#:~:text=Elizabeth%20Alicia%20Bertani%20%20Mar%C3%ADa%20Florencia

Carboni, H. R., & Sáenz, F. K. (2019). *medigraphic.* Obtenido de medigraphic: https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2019/pt193c.pdf?utm_source

Chavarría Paniagua, C. (2016). *Auditoría Administrativa.* México:: Digital UNID. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=bopyDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Chavarría Paniagua, C. (2016). *Auditoría Administrativa.* México: UNID.

Chiavenato, I. (2011). *Introducción a la teoría general de la administración.* México: McGraw-Hill.

Código del Trabajo. (1 de Noviembre de 2023). *Código del Trabajo Ecuador*. Obtenido de Código del Trabajo Ecuador: https://drive.google.com/file/d/1_dKmzRLj3Xx2WX_F4jQe7O03Ws7HEN79/view

Código Tributario. (2009). *LEXIS FINDER*. Obtenido de LEXIS FINDER: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021-06/CODIGO%20TRIBUTARIO.pdf

Condori Ojeda, P. (2020). Universo, población y muestra. *academica*, https://www.aacademica.org/cporfirio/18.pdf .

Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Ecuador-Guía Oficial de Trámites y Servicios.* Obtenido de Ecuador-Guía Oficial de Trámites y Servicios: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/CONSTITUCION%202008.pdf

COSO. (mayo de 2013). *coso.org*. Obtenido de coso.org: https://www.coso.org/_files/ugd/3059fc_1df7d5dd38074006bce8fdf621a942cf.pdf

Elizalde Marín, L. (2018). *Auditoría financiera.* Ecuador: ESPOCH.

Figueroa Hurtado, D. P. (2019). El examen especial como proceso de control: fases y aplicación práctica en el sec-tor público. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 84-113.

Francisco, J. (2020). *Auditoríá de gestión.* México: Lexis.

Franklin F, E. B. (2007). *Auditoría Administrativa: Gestión estratégica del cambio.* México: Pearson Educación.

Franklin F, E. B. (2013). *Auditoría Administra. Evaluación y diagnóstico empresarial.* México: Pearson Educación.

Guanuche Espinoza, L. L., & Toaquiza Vega, A. K. (12 de Mayo de 2022). *Repositorio digital UNESUM*. Obtenido de Repositorio digital UNESUM: http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/3772

Guía de Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico. (2012). *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR:

https://www.investigacionsalud.gob.ec/webs/intranet/wp-content/uploads/2024/05/MSP-2012-BPL-Lab-clinico-.pdf

Horngren, C. T. (2012). *Contabilidad* (onceava ed.). México: Pearson Educación.

ISO 19011:2018. (2018). *Cámara de Comercio de Tumaco.* Obtenido de Cámara de Comercio de Tumaco: https://www.cctumaco.org/wp-content/uploads/2023/12/ISO-19011-2018-DIRECTRICE-PARA-AUDITORIAS.pdf

Kelsen, H. (2009). *Teoría pura del derecho* (Segunda ed.). México: Porrúa.

Koontz, Harold; Weihrich, Heinz; Cannice, Mark. (2012). Administración: una perspectiva global y empresarial. En *Administración: una perspectiva global y empresarial*. (pág. 682). México: McGraw-Hill.

Ley de Régimen Tributario Interno. (30 de Diciembre de 2024). *LEXIS*. Obtenido de LEXIS: https://www.tce.gob.ec/wp-content/uploads/2025/01/Ley-de-Regimen-Tributario-Interno.pdf

Ley de Seguridad Social. (2022). *LEXIS S.A.* Obtenido de LEXIS S.A.: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33701/Ley_seguridad_social.pdf

Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. (26 de Mayo de 2021). *PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*. Obtenido de PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR: https://www.finanzaspopulares.gob.ec/wp-content/uploads/2021/07/ley_organica_de_proteccion_de_datos_personales.pdf

Ley Orgnánica de Salud. (24 de Enero de 2012). *CONGRESO NACIONAL* . Obtenido de CONGRESO NACIONAL : https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_ley-org%C3%A1nica-salud.pdf

LOTAIP. (2024). *Gobierno Provincial de Bolívar*. Obtenido de Gobierno Provincial de Bolívar;: https://www.bolivar.gob.ec/lotaip-pro/

Manrique Plácido, J. M. (2019). *Introducción a la auditoría.* Perú: Carolina (Trujillo).

Martínez Bustos, E. (2014). *Auditoría administrativas:una herramienta para el mejoramiento del desempeño organizacional.* ELSEVIR.

Marulanda Tobón, L. E. (2016). *contraloriabga.* Obtenido de contraloriabga: https://www.contraloriabga.gov.co/files/HALLAZGOS_LEMT.pdf

Melo Iscala, B. H. (2017). *Areandino.* Obtenido de Areandino: https://core.ac.uk/download/pdf/326425303.pdf

Melo Iscala, B. H. (2017). *Introducción a los tipos de muestreo.* México: PEARSON. Obtenido de Revista científica del Instituto Nacional de Salud.

Melo Iscala, B. H. (2017). *Introducción a los tipos de muestreo.* Revista científica del Instituto Nacional de Salud. Obtenido de Revista científica del Instituto Nacional de Salud.

Mendoza, D. P. (2012). *Repositorio UNESUM.* Obtenido de Repositorio UNESUM: https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/184/1/UNESUM-ECU-AUDI-2012-34.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Fielweb Evolución Jurídica*. Obtenido de Fielweb Evolución Jurídica: http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO%20MINISTERIAL%202393%20REGLAMENTO%C2%A0PARA%C2%A0EL%C2%A0FUNCIONAMIENTO%C2%A0DE%C2%A0LOS%C2%A0LABORATORIOS%C2%A0CLI%CC%81NICOS.pdf

Mucha Hospinal, L. F. (2021). Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. *revistas.udh*, 50-57. doi:https://doi.org/10.37711/desafios.2021.12.1.253

Naciones Unidas. (1948). *ONU*. Obtenido de ONU: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Naciones Unidas. (1966). *Naciones Unidas Derechos Humanos* . Obtenido de Naciones Unidas Derechos Humanos : https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

Normas Internacionales de Auditoría. (2009). *NIA*. Obtenido de NIA: https://www.ccpdistritocapital.org.ve/uploads/descargas/fddcb2ae5541d5f49e87158a6b39a1ae4571a152.pdf

OIT. (1981). *OISS*. Obtenido de OISS: https://www.oiss.org/wp-content/uploads/2018/11/6C155.pdf

OMS. (2019). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf

Organización de los Estados Americanos. (1969). *OAS*. Obtenido de OAS: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Organización Internacional de Normalización. (2022). *ISO 15189.* Obtenido de ISO 15189: https://www.intedya.com/internacional/73/consultoria-iso-151892022-laboratorios-clinicos-requisitos-para-la-calidad-y-la-competencia.html?utm_source

Paz Morán, V. A. (2022). *Edu.ec*. Obtenido de Edu.ec: https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/0a11ea9d-5b3c-43ad-bce3-7b6e6bf9df76/content

Peña Gutiérrez, A. (2014). *Auditorio. Un enfoque práctico.* España: Paraninfo,. Obtenido de https://books.google.es/books?id=337WBN_QaBEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Piguave Toala, A. D. (2022). *repositorio UNESUM*. Obtenido de repositorio UNESUM:

https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4785/1/Piguave%20Toala%20Alexis%20Damian.pdf

Ponce Pérez, R. C. (2022). *RESOLUCIÓN No. ACESS-2022-0021*. Obtenido de RESOLUCIÓN No. ACESS-2022-0021: http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/RESOLUCION-Nro.-ACESS-2022-0021-NORMATIVA-TECNICA-MEDICINA-PREPAGADA.pdf

Quintana Ponce, S. (22 de julio de 2024). *redaly FABA* . Obtenido de redaly FABA : https://www.redalyc.org/journal/535/53578608008/html/

Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. (2012). *LEXIS*. Obtenido de LEXIS: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf

Reidl Martínez, L. M. (2012). Marco conceptual en el proceso de investigación. *redalyc.org*, 7. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3497/349736304007.pdf

Robbins, S., & Coulter, M. (2010). *Administración* (Décima ed.). México: PEARSON. Obtenido de https://drive.google.com/file/d/1zVLYOk4p2Vst1YlaRc1_bfaWszhe36CL/preview

Rodríguez, A., & Jaramillo , J. (2023). *LA AUDITORÍA: DISCIPLINA FUNDAMENTAL EN EL PROCESO PARA EVALUAR LA EVIDENCIA EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO.* FAECO Sapiens.

Rodríguez, A., Gonzále, A., & José, J. (2023). LA AUDITORÍA:: DISCIPLINA FUNDAMENTAL EN EL PROCESO PARA EVALUAR LA EVIDENCIA EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO. *FAECO Sapiens*, 85-102.

Rojas Ruíz, E. S. (2021). Las organizaciones, el control y la auditoría interna. *unilibre*, 21. doi:https://doi.org/10.18041/2539-3669/gestionlibre.5.2018.8191

SRI. (2022). *Boletín Jurídico*. Obtenido de Boletín Jurídico: https://boletin.novedadesjuridicas.com.ec/nac2224/

Tumbaco Montenegro, F. (2014). *repositorio PUCE*. Obtenido de repositorio PUCE: https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/06668fad-7470-4d8c-b1bd-c024d34d7795/content

Villarreal Dueñas, E. (2018). La auditoría administrativa como elemento para fomentar la ompetitividad. *Revista Iberoamericana de produccion academica.*

Zambelli., R. (2023). *Tipos de auditoría.* Brasil.

Zambrano Rodríguez, G. M. (2021). LA IMPORTANCIA DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN Y LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y TÉCNICOS, REALIDADES Y PERSPECTIVAS. *UNESUM-CIENCIAS*, 14.

ANEXOS

Anexo 1. CRONOGRAMA TENTATIVO

N°	ACTIVIDADES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Socialización de la planificación de la UIC y presentación de la demanda del tema y asignación de directores y pares académicos.																				
2	Revisión de la denuncia del tema con los con directores y pares académicos.																				
3	Inscripción de estudiantes en la UIC																				
4	Revisión y aprobación del tema y asignación																				
5	Elaboración del anteproyecto: planteamiento del problema, justificación, objetivos, hipótesis. Idea a defender, variables.																				
6	Desarrollo del marco teórico																				
7	Desarrollo del Proyecto de Investigación																				
8	Recepción del Proyecto de Investigación																				

9	Desarrollo del proyecto de investigación con asesoramiento de el director y pares académicos.																				
10	Desarrollo de las técnicas para la investigación (entrevista y observación) selección del Universo, Población y Muestra																				
11	Tabulación de datos																				
12	Entrega del 70% del proyecto de titulación																				
13	Entrega de la propuesta de titulación																				
14	Entrega del proyecto final de titulación.																				
15	Defensa																				

Anexo 2. PRESUPUESTO

N°	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
1	Impresiones	700	$0.15	$60.00
2	Copias	35	$0.10	$3.50
3	Transporte	60	$4.50	$270.00
4	Alimentación	180	$2.50	$450.00
5	Esferos	10	$0.60	$6.00
6	Cuaderno	2	$1.50	$3.00
7	Tinta	4	$40	$40.00
8	Anillado	2	$10	$20.00
9	laptop	1	$550	$550.00
	Total			$1402.50

Anexo 3. Carta de aceptación de la organización donde se aplicó l trabajo de integración curricular.

GASTROPATH
Dra. Paulina Garcés
LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO
Tu Aliado en Salud
Resultados precisos y confiables

GASTROPATH
Laboratorio Clínico y Patológico

Guaranda, 07 julio de 2025

Estimadas señoritas
Allauca Tipantasi Adriana Lizbeth
Cofre Vásquez Jenifer Andrea

Presente. –

De mi consideración:

El Laboratorio Clínico y Patológico **GASTROPATH** presenta un cordial saludo a la Universidad Estatal de Bolívar, y mediante la presente comunica su aceptación para que las señoritas **Allauca Tipantasi Adriana Lizbeth** y **Cofre Vásquez Jenifer Andrea** realicen su trabajo de titulación, orientado a una **auditoría administrativa** dentro de nuestra institución.

Nos comprometemos a brindar el apoyo necesario y facilitar la información requerida para el desarrollo de su proyecto académico.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
TANIA PAULINA
GARCES GARCIA
Validar únicamente con FirmaEC

Dra. Tania Paulina Garcés García
Médico especialista en Anatomía Patológica
C.I.: 0201502127
Telf: 0987386984
Email: paulina-garces1@hotmail.com
Guaranda – Ecuador

Barrio Plaza Roja, Av. Cándido Rada y
General Enríquez Piso 2 – Diagonal a la
Unidad Educativa Verbo Divino
Telf: 0968953244
Guaranda – Ecuador

Anexo 4. Instrumentos de recopilación de datos.

ENTREVISTA AL DIRECTOR DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"

Objetivo: Obtener información cualitativa y técnica sobre los componentes del sistema de control interno del laboratorio.

Dirigida a:
Dra. Tania Paulina Garcés García

Gerente general del Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH".

Encuestado:

1. ¿El laboratorio cuenta con planificación estratégica, es decir: misión, visión, valores y código de ética formalmente establecidos y socializados entre el personal?
2. ¿Existen manuales de funciones y procedimientos que definan claramente las responsabilidades del personal en cada área?
3. ¿Se han identificado riesgos que afecten la gestión administrativa, contable o el manejo de información del laboratorio?
4. ¿Cómo se gestionan los riesgos relacionados con pérdida, manipulación o acceso indebido a la información clínica y administrativa?
5. ¿Qué controles se aplican para garantizar la correcta facturación, registro de ingresos y egresos y conciliaciones contables?
6. ¿Existe separación de funciones en el proceso de registro, autorización y control de operaciones financieras?
7. ¿Cómo se realiza el control y manejo de inventarios de reactivos, insumos y material médico?
8. ¿Cómo se gestiona el flujo de información entre las diferentes áreas del laboratorio y la dirección?
9. ¿Existen mecanismos que garanticen el respaldo, confidencialidad y correcta conservación de los archivos físicos y digitales?
10. ¿Se aplican evaluaciones periódicas del desempeño del personal y seguimiento a su cumplimiento?
11. ¿Cómo se gestionan las quejas y reclamos de los usuarios y qué acciones se toman frente a estas?
12. ¿Qué mecanismos existen para garantizar la continuidad operativa del laboratorio ante situaciones imprevistas?

13. ¿Qué indicadores de gestión (KPIs) utiliza el laboratorio para evaluar el desempeño administrativo, operativo y de calidad, y cómo se realiza el seguimiento periódico de estos resultados? (que indicadores o medidas usan para saber si el laboratorio está trabajando bien y cómo revisan estos resultados)
14. Tiempo promedio de entrega de resultados. Porcentaje de muestras rechazadas. Nivel de satisfacción del paciente. Cumplimiento de normas de calidad. Exactitud en los registros contables.
15. ¿El laboratorio cumple con todas las normas y requisitos de salud establecidos, y cómo verifican que estén siguiendo correctamente?
16. Para efectos de esta auditoría administrativa, agradecería que se facilite la siguiente información institucional: **reseña histórica del laboratorio, misión, visión, valores, base legal que sustenta su funcionamiento, análisis FODA y organigrama estructural.** En caso de que alguno de estos elementos no se encuentre formalmente establecido, ¿estaría usted de acuerdo en implementar dichos componentes como parte de un proceso de fortalecimiento organizacional, con el fin de definir claramente el propósito institucional, establecer objetivos estratégicos, identificar riesgos y oportunidades, y delimitar funciones y responsabilidades dentro del equipo de trabajo?



CUESTIONARIO PARA LA ENCUESTAA LOS EMPLEADOS DEL LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGICO “GASTROPATH”

Objetivo: Evaluar la eficiencia administrativa, el control interno y la gestión documental del laboratorio.

N°	Preguntas Para Empleados	Respuesta
Ambiente de control		
1	¿La dirección socializa periódicamente la planificación estratégica incluyendo los valores éticos, normas de conducta y objetivos institucionales?	Likert 1-5
2	¿Las funciones y responsabilidades del personal están definidas, documentadas y actualizadas?	Si/ No/ Parcial
3	¿El liderazgo promueve un ambiente laboral respetuoso, colaborativo y orientado al cumplimiento normativo?	Likert 1-5
4	¿El laboratorio cuenta con políticas y prácticas de talento humano que garantizan la selección, capacitación, evaluación del desempeño y retención del personal conforme a las competencias requeridas para sus funciones?	Si/ No/ Parcial
5	¿Existe un código de ética o manual de conducta específico para el laboratorio que regule el manejo confidencial de resultados, la integridad en los análisis y el adecuado uso de los recursos?	Si/ No/ Parcial
Evaluación de riesgos		
6	¿Se identifica y analizan periódicamente los riesgos administrativos, contables y clínicos que podrían impedir el logro de los objetivos del laboratorio?	Likert 1-5
7	¿Existen medidas preventivas y correctivas formalizadas y documentadas para minimizar riesgos operativos como fallas en reactivos, errores en la identificación y manejo de muestras o interrupción de servicios esenciales?	Si/ No/ Parcial

8	¿El laboratorio dispone de protocolos y planes de contingencia documentados y probados en la gestión de emergencias y riesgos críticos de operación?	Si/ No/ Parcial
9	¿Los riesgos identificados son evaluados considerando su probabilidad de ocurrencia y su impacto potencial para priorizar e implementar las acciones de control necesarias?	Si/ No/ Parcial Likert 1-5
10	¿Se monitorean preventivamente los cambios en el entorno regulatorio (sanitario, laboral, tributario) y operacional (tecnología, nuevos servicios) para identificar nuevos riesgos o ajustar los controles existentes?	Si/ No/ Parcial
Actividades de control		
11	¿Los procesos contables y financieros, como transacciones de ingresos, egresos, conciliaciones bancarias e inventarios se ejecutan con precisión, control y evidencia documental?	Si/ No/ Parcial
12	¿El laboratorio cumple sus obligaciones legales, tributarias y sanitarias mediante controles internos establecidos y verificables?	Si/ No/ Parcial
13	¿Los sistemas informáticos (HIS, LIS), contribuyen a reducir errores humanos, garantizan la trazabilidad de la información clínica y administrativa, ¿y limita el acceso a usuarios autorizados?	Si/ No/ Parcial
14	¿El personal recibe capacitación continua y documental en el manejo de equipos, insumos, procedimientos operativos estandarizados y medidas de bioseguridad pertinentes a su área de trabajo?	Likert 1-5
15	¿Existen controles físicos de acceso a áreas restringidas del laboratorio (almacenamiento de reactivos controlados, áreas de patología) y medidas de seguridad para proteger los activos físicos y equipos críticos?	Si/ No/ Parcial
Información y comunicación		
16	¿La información administrativa, contable y clínica se gestiona de forma clara, oportuna y confiable y accesible a quienes la necesitan para la toma de decisiones y la prestación del servicio?	Likert 1-5

17	¿Existe control documentado sobre la conservación, clasificación, resguardo y registros de documentos físicos y digitales, cumpliendo con los requisitos legales de tiempo de retención?	Si/ No/ Parcial
18	¿La información institucional, incluyendo datos de pacientes, cuenta con medidas de seguridad de la información que garantizan confidencialidad, integridad y disponibilidad?	Si/ No/ Parcial
19	¿Los sistemas digitales permiten el respaldo seguro y actualización permanente de los registros institucionales y bases de datos de pacientes?	Si/ No/ Parcial
20	¿Existen canales de comunicación interna formales y efectivos para que el personal reporte problemas operativos, fallas de calidad, incumplimientos éticos o riesgos potenciales de manera confidencial y sin temor a represalias?	Si/ No/ Parcial
Actividades de supervisión		
21	¿Se realizan auditorías internas o revisiones periódicas e independientes a los procesos del laboratorio (clínicos, contables operativos) y se da seguimiento a los hallazgos para asegurar la implementación de acciones correctivas y la mejora continua?	Si/ No/ Parcial
22	¿Con que frecuencia se realizan supervisiones formales y documentadas a los procesos administrativos, contables y operativos por parte de los responsables de área o la dirección?	Mensual/ trimestral/semestral/ anual
23	¿El laboratorio implementa indicadores clave de desempeño e indicadores de riesgo que son recibidos regularmente por la gerencia para monitorear la efectividad del control interno y el logro de objetivos?	Si/ No/ Parcial
24	¿Los resultados de las supervisiones, auditorías y monitoreos son comunicados de manera oportuna a la dirección y al personal responsable para que tomen las medidas pertinentes?	Si/ No/ Parcial
25	¿Existe un proceso formal para evaluar periódicamente la eficiencia general del sistema de control interno basado en el marco COSO y realizar los ajustes necesarios para su mejora?	Si/ No/ Parcial

CUESTIONARIO PARA LA ENCUESTA A LOS EMPLEADOS DEL LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGICO “GASTROPATH”

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los pacientes respecto a la calidad del servicio, atención recibida, eficiencia operativa y confiabilidad de los resultados del laboratorio.

N°	Preguntas para clientes	Respuesta
Ambiente de control		
1	¿El personal del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH” demuestra amabilidad, respeto y profesionalismo durante la atención?	Likert 1-5
2	¿Las instalaciones del laboratorio clínico y patológico “GASTROPATH” son limpias, seguras y brindan comodidad adecuada para la atención?	Likert 1-5
3	¿La señalización, accesos, horarios de atención facilitan la orientación y disponibilidad del servicio?	Likert 1-5
Evaluación de riesgo		
4	¿El proceso de recepción y registro fue ágil, ordenado y eficiente?	Likert 1-5
5	¿El tiempo de espera para la toma de muestras fue adecuado?	Likert 1-5
6	¿Los resultados fueron entregados dentro del tiempo informado?	Likert 1-5
Actividades de control		
7	¿Piensa que los resultados emitidos por el laboratorio son precisos, confiables y técnicamente válidos?	Likert 1-5
8	¿El proceso de pago y facturación se realizó de forma clara y sin inconvenientes?	Likert 1-5
9	¿Considera que el precio del servicio corresponde a la calidad recibida?	Likert 1-5
Información y comunicación		

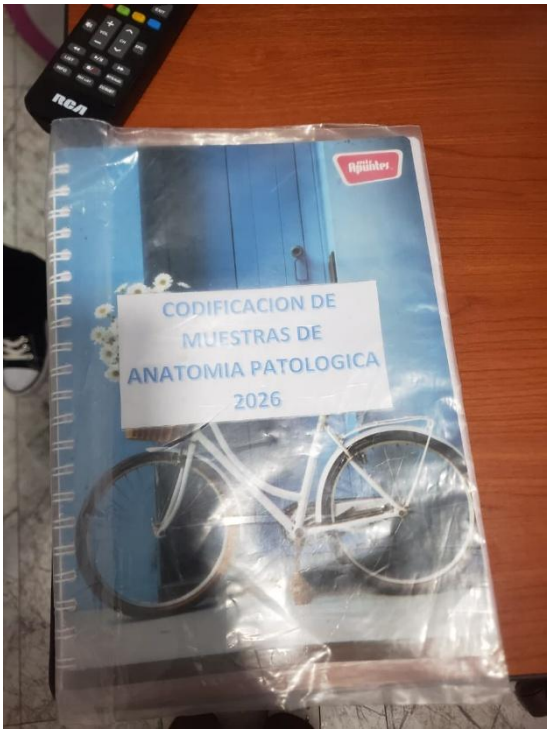
10	¿El personal del laboratorio le indicó de forma clara y precisa las condiciones, el motivo y el propósito del examen?	Likert 1-5
11	¿La entrega de resultados, ya sea en formato físico o digital fue clara y mantuvo la confidencialidad de su información?	Likert 1-5
12	¿El laboratorio le comunico de manera adecuada cualquier cambio, demora o actualización relacionada con sus exámenes?	Likert 1-5
Actividades de supervisión		
13	¿Considera que el equipo del laboratorio realiza controles adecuados en la identificación y verificación de sus datos, garantizando así la calidad de la atención brindada?	Likert 1-5
14	¿El personal del laboratorio le ofreció respuestas claras y oportunas cuando ha tenido dudas o inconvenientes?	Likert 1-5
15	¿Usted recomendaría este laboratorio a familiares o amigos por la calidad del servicio recibido?	Likert 1-5



Anexo 5. Proceso de Auditoría Revisión de información

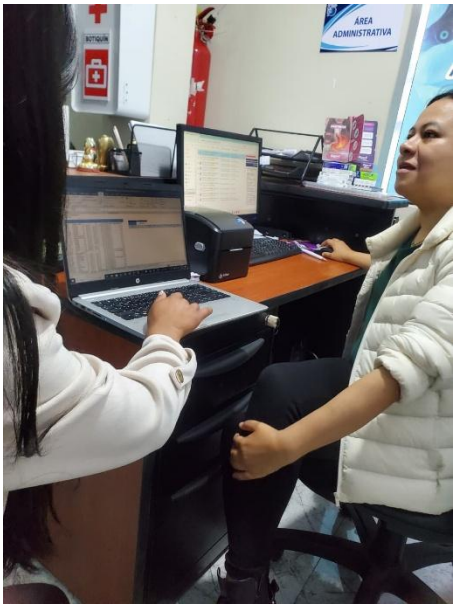








Anexo 6. Presentación de la Herramienta en Excel





Guaranda, 22 de marzo de 2026

Dra. Paulina Garcés
GERENTE GENERAL
Laboratorio Clínico y Patológico "GASTROPATH"

De mi consideración:

Por medio de la presente, **CERTIFICO** que las señoritas **Adriana Lizbeth Allauca Tipantasi** y **Jenifer Andrea Cofre Vásquez**, estudiantes de la Carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Estatal de Bolívar, realizaron en esta entidad el trabajo de titulación titulado:

"AUDITORÍA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS, CONTABLES Y DOCUMENTALES DEL LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH" AÑO 2024"

Durante los días **21 y 22 de marzo de 2025**, se socializaron los resultados de la auditoría y se entregó formalmente la herramienta tecnológica **"REGISTRO LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO "GASTROPATH"** (Excel), que incluye módulos para Citología, Biopsias, Gastos, Inventarios y Reportes.

Declaro mi total conformidad con el trabajo realizado, reconociendo que la herramienta entregada soluciona el problema crítico de registros manuales sin respaldo digital en el área de Patología, dando cumplimiento al Art. 37 de la Ley de Protección de Datos Personales.

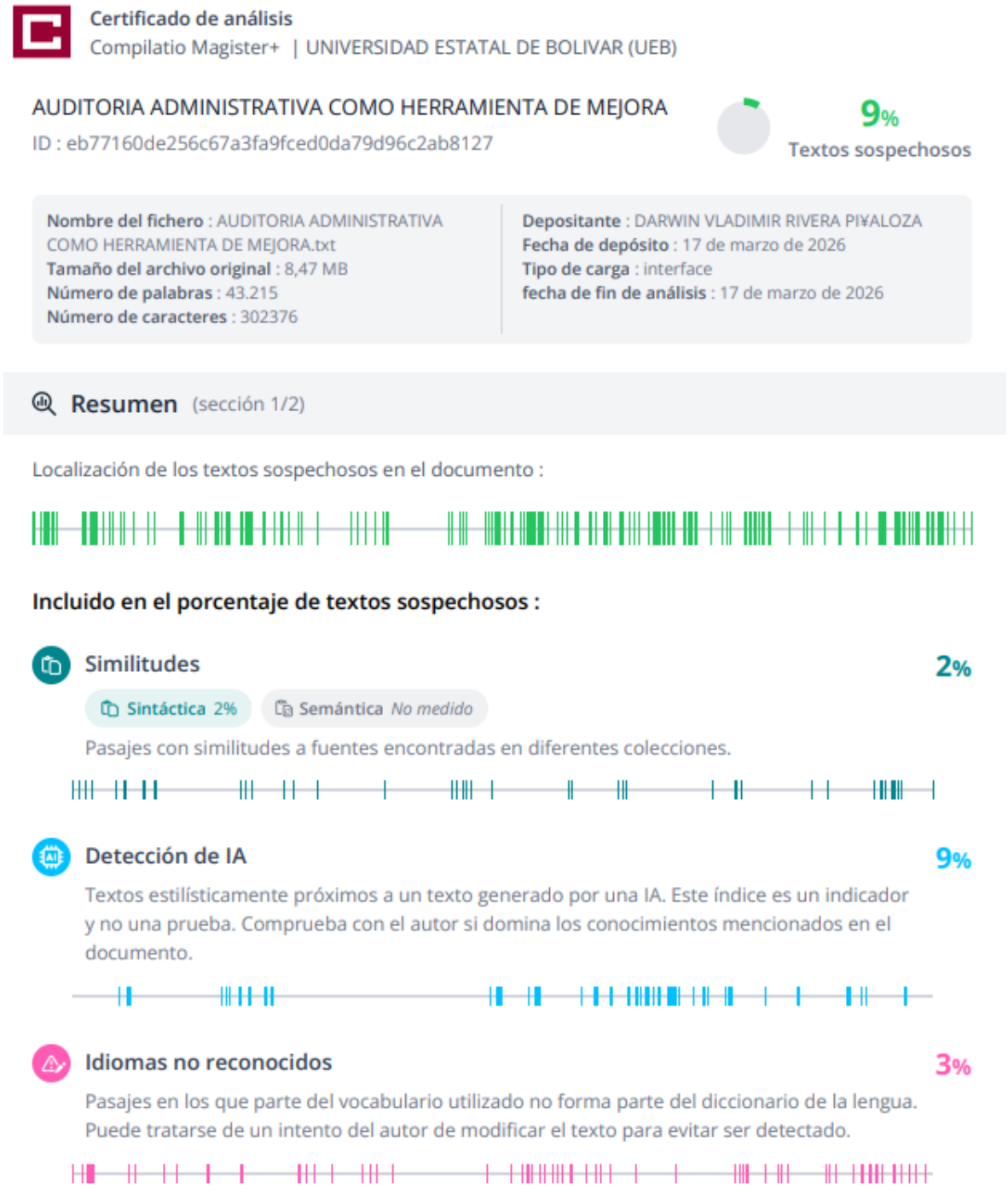
Se extiende la presente para los fines académicos que las interesadas consideren pertinentes.

Atentamente:

Firmado electrónicamente por:
TANIA PAULINA GARCES GARCIA
Validar únicamente con FirmaEC

Dra. Tania Paulina Garcés García
Médico especialista en Anatomía Patológica
C.I.: 0201502127
Telf: 0987386984
Email: paulina-garces1@hotmail.com

Anexo 7. Reporte del Antiplagio



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR (UEB)

AUDITORIA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA
ID : eb77160de256c67a3fa9fced0da79d96c2ab8127

9%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : AUDITORIA ADMINISTRATIVA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA.txt
Tamaño del archivo original : 8,47 MB
Número de palabras : 43.215
Número de caracteres : 302376

Depositante : DARWIN VLADIMIR RIVERA PI¥ALOZA
Fecha de depósito : 17 de marzo de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 17 de marzo de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 2%
Sintáctica 2% | Semántica *No medido*
Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.

Detección de IA 9%
Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA. Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.

Idiomas no reconocidos 3%
Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

Link del repositorio digital de biblioteca donde fue subido el proyecto