

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-01-FT-07
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestras Fuerzas Armadas, para Colombia entera	 HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTÁ	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 15-04-2020
		PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 de 13

1. INFORMACIÓN GENERAL

Proceso:	Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico
Dependencia:	Servicio de Radiología
Tipo de auditoría:	Interna
Auditor Líder:	Alfredo Armando Jiménez Acuña
Tipo de Informe	Final

2. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno OCIN, por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de la gestión.

De tal manera, como lo expone el Departamento Administrativo de la Función Pública: "... la independencia en la evaluación se predica del examen sobre el Sistema de Gestión de Calidad Control Interno y la gestión, que realizan personas que no están directamente involucradas en el desarrollo de las actividades de cada proceso.

De los hechos de la entidad y la gestión de los servidores, de tal forma que las debilidades y conclusiones estén soportadas en evidencias.

3. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Evaluar de forma independiente el Sistema de Control Interno del Proceso Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico, específicamente el Servicio de Radiología, de conformidad con los procedimientos, políticas, normatividad y recursos establecidos para tal fin.

4. ALCANCE

Se verificará las actividades realizadas en lo que va corrido de la presente anualidad con corte 31 de julio/21 al Servicio de Radiología; verificando los procedimientos establecidos por el HOMIL y su cumplimiento.

5. CRITERIOS

Los criterios de la Auditoría están enmarcados en el conjunto de Políticas, Normas, Procedimientos, Instructivos y/o requisitos, información del Área registrada en el Sistema de Gestión de Calidad, Sistema Información Dinámica Gerencial.Net, con el fin de determinar el grado de conformidad y cumplimiento frente al Sistema de Gestión y demás obligaciones.

6. METODOLOGÍA

Aplicación de las técnicas de auditoría como: verificación documental, análisis de información, indagaciones, muestreo, observación, teniendo como base la guía de auditoría del Departamento Administrativo Función Pública V3.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		2 de 13	

7. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

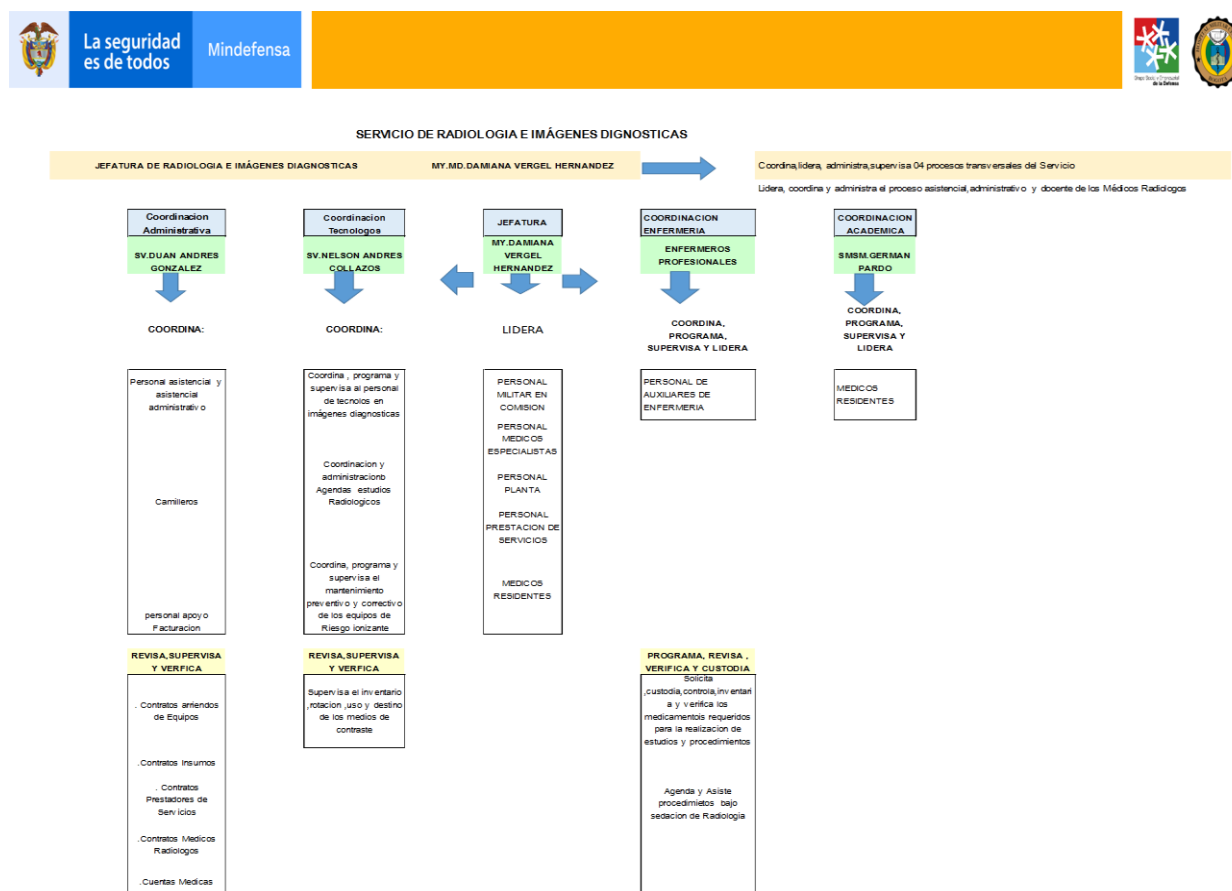
7.1 Estructura del Servicio

La estructura del Servicio de Radiología, está determinada en el Decreto 4780 del 19 de diciembre de 2008; “Por el cual se modifica la estructura del Hospital Militar Central y se dictan otras disposiciones”, documento que en su Artículo 10 enuncia: “Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico. Son funciones de la Unidad: ...Numeral 2. Coordinar y administrar los servicios médicos asistenciales requeridos para la realización de los procedimientos de apoyo a la atención médica, como... Imágenes Diagnósticas...del Hospital Militar Central.” La Resolución No. 084 del 07-02-2018; “Por medio de la cual se actualiza la estructura de grupos internos de trabajo adscritos a las dependencias del Hospital Militar Central”, de la cual se observa en el Artículo 1. Estructura: “...los grupos de trabajo del Hospital Militar Central, será la siguiente:” Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico Terapéutico, donde le asigna unas funciones generales y otras específicas.

Dentro de las funciones generales, ordena a los responsables de los Servicios Asistenciales y Áreas Administrativas, diseñar un plan de acción del Área y efectuar su medición.

El servicio de Radiología se encuentra estructurado de la siguiente forma:

7.1.1 Según información enviada por el Servicio, su estructura organizacional es la siguiente:



FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		3 de 13	

La Oficina de Control Interno en verificación de la estructura presentada, frente al Decreto 4781/08. “Por el cual se aprueba el ajuste y la modificación a la Planta de Personal de Empleados Públicos del Hospital Militar Central y la Resolución 084/18. “por medio de la cual ...se actualiza la estructura de grupos internos de trabajo adscritos a las dependencias del Hospital Militar Central”, encontró que la denominación en la presentación enviada por el servicio, no es coherente frente a la estructura de los grupos de trabajo interno; cargos mencionados como: “Jefatura de Radiología e Imágenes Diagnosticas”, no se encuentran clasificadas en el Decreto 4781/08; de igual forma los cargos denominados “Coordinadores”.

Oportunidad de Mejora:

La Oficina de Control Interno recomienda al Servicio de Radiología, ajustar la estructura presentada en esta Auditoría a los parámetros establecidos por el Decreto 4781/08 y la Resolución 084/18.

7.2 Administración de Personal.

En desarrollo de la Auditoría, la Oficina de Control Interno solicitó al Servicio de Radiología, mediante correo No 366 OCIN-ACI610-2021, la relación del personal vinculado al Servicio; observando el criterio definido en el Decreto 4781/08. “Por el cual se aprueba el ajuste y la modificación a la Planta de Personal de Empleados Públicos del Hospital Militar Central”. “ARTÍCULO 1°. Ajústese la planta de personal de empleados públicos del Hospital Militar Central, de conformidad con el sistema de nomenclatura y clasificación de empleos especial del Sector Defensa contemplado en el Decreto-ley 092 de 2007”; determinando las denominaciones de los cargos de planta de personal así:

DENOMINACION DEL CARGO
Director General de Entidad
Descentralizada Adscrita del Sector Defensa
Subdirector del Sector Defensa
Asesor del Sector Defensa
Jefe de Oficina del Sector Defensa
Jefe de Oficina Asesora del Sector Defensa
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Servidor Misional en Sanidad Militar
Profesional de Defensa
Técnico de Servicios
Técnico para Apoyo de Seguridad y Defensa
Auxiliar para Apoyo Seguridad y Defensa

Fuente: Decreto 4781/2008. Empleos Públicos HMC.

El Servicio de Radiología informó mediante correo electrónico de fecha 13/08/2021, la conformación de la estructura del personal vinculado al Servicio en el cual se observa 72 funcionarios vinculados, de la siguiente forma:

CARGO	PERSONAL DE PLANTA	PERSONAL EN COMISION	PERSONAL ORDEN PRESTACIÓN SERVICIOS.OPS	PERSONAL TRABAJADORES OFICIALES	TOTAL PERSONAL SERVICIO RADIOLOGIA
MÉDICO RADIÓLOGO	3	1	12	0	16
MÉDICO HOSPITALARIO	0	0	1	0	1

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		4 de 13	

CARGO	PERSONAL DE PLANTA	PERSONAL EN COMISION	PERSONAL ORDEN PRESTACIÓN SERVICIOS.OPS	PERSONAL TRABAJADORES OFICIALES	TOTAL PERSONAL SERVICIO RADIOLOGIA
TECNICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS	10	2	11	0	23
CAMILLEROS	0	0	6	0	6
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	1	0	19	0	20
TRANSCRIPTOR	1	0	0	0	1
AUXILIAR PARA APOYO SEGURIDAD Y DEFENSA	3	0	0	0	3
TRABAJADOR OFICIAL	0	0	0	1	1
MENSAJERO	1	0	0	0	1
TOTAL	19	3	49	1	72

Fuente: Información enviada por el Servicio de Radiología. 13/08/2021.

En verificación realizada por la Oficina de Control Interno respecto a las novedades de personal, con referencia a las denominaciones del personal de Planta, se observó que estas no reflejan en su totalidad el uso de las designaciones con respecto al Decreto 4781/08; cargos como Médico Radiólogo, Técnico Imágenes Diagnósticas, Auxiliar de Enfermería, Transcriptor y Mensajero, no están enmarcadas en las designaciones del Decreto.

Oportunidad de Mejora.

La Oficina de Control Interno recomienda al Servicio de Radiología el uso de las denominaciones de los cargos designados en el Decreto 4781/08, en sus presentaciones sobre la estructura del personal del Servicio.

7.2.1 Evaluación de Desempeño Personal de Planta

Por otra parte, se observó el cumplimiento de las respectivas evaluaciones de desempeño del personal de planta vinculado al Servicio de Radiología en la vigencia 2021 de los Servidores Públicos; evidenciado en los Oficios Nos. ID. 130742 del 31/03/21, 131129 del 06/04/2021, 143332 del 28/06/21 y 143642 del 29/06/21; dando cumplimiento al artículo 39. "Obligación de evaluar". Contemplado en la Ley 909 del 23 de septiembre/04. "Por medio de la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones."

7.3 Plan de Acción.

La Resolución 084 del 07 de febrero/18, enuncia en el Artículo Tercero. Funciones generales, numeral 1. "Son funciones generales para los responsables de las Áreas Administrativas...1. Diseñar un plan de acción del Área y efectuar la respectiva medición, evaluación, análisis y reporte de resultados de acuerdo a las metas e indicadores establecidos en el mismo."

En tal sentido la Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento del Plan Operativo del Servicio de Radiología, el cual se encuentra alineado al Plan de Acción Institucional HOMIL- 2021; participando en el Objetivo No.1. "Asegurar la prestación de los servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización."

El Plan Operativo del Servicio de Radiología, está compuesto por 16 actividades operativas, con periodicidad de cumplimiento mensual, se evidencia medición, evaluación y reporte de los resultados de sus indicadores, de acuerdo con el requerimiento de la Resolución 084/18. A continuación se presenta el Plan de Acción y su cumplimiento entre abril y julio/21.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		5 de 13	

N°	INDICADOR ACTIVIDADES OPERATIVAS	META	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
			Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento	Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento	Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento	Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento
1	1. Oportunidad en la atención del servicio de imágenes diagnósticas con reporte en paciente de urgencias. Sumatoria del Número de días transcurridos desde que el médico tratante solicita el examen y el momento en el cual es prestado el servicio / Total de pacientes atendidos en un periodo de tiempo determinado. Excepto estudios que requieran preparación.	2 Horas	7599	1,50	100%	7599	1,50	100%	11088	2,00	100%	4971	1,00	100%
2	2. Oportunidad en la interpretación de los estudios de imágenes diagnósticas con reporte en paciente de urgencias. Sumatoria del Número de horas transcurridos desde que el tecnólogo de Radiología finaliza el estudio hasta la lectura del estudio por parte del médico radiólogo/ Total de interpretaciones realizadas en un periodo de tiempo determinado.	1:30:00 horas	8462	1,67	100%	8462	1,67	100%	10430	1,88	100%	4971	1,00	100%
3	Oportunidad de la atención en servicios de resonancia magnética en hospitalización.	≤ 24 Horas	201	19,00	100%	201	19,00	100%	201	19,00	100%	105	24,00	100%
	Oportunidad de la atención en servicios de TAC en el servicio de hospitalización.	≤ 24 Horas	547	9,00	100%	547	9,00	100%	547	9,00	100%	506	7,00	100%
	Oportunidad de la atención en servicios de RX en el servicio de hospitalización.	≤ 12 horas Hospitalización	541	3,10	100%	541	3,10	100%	541	3,10	100%	257	5,00	100%
	Oportunidad de la atención en servicios de Ecografía en el servicio de hospitalización	≤ 12 horas Hospitalización	200	7,00	100%	200	7,00	100%	200	7,00	100%	201	10,00	100%
	Oportunidad servicio de imagenología paciente ambulatorio	≤ 10 días	1685	7,00	100%	1685	7,00	100%	1685	7,00	100%	1631	6,00	100%
4	4. Oportunidad en la atención del servicio de imágenes diagnósticas paciente hospitalizado. Sumatoria del Número de días transcurridos desde que el médico tratante solicita el examen y el momento en el cual es prestado el servicio / Total de pacientes atendidos en un periodo de tiempo determinado. Excepto estudios que requieran preparación.	24 horas	1510	20,00	100%	1510	20,00	100%	10531	9,50	100%	9466	9,00	100%
5	5. Proporción de vigilancia eventos adversos. Número de incidentes y eventos adversos presentados / Número total de pacientes atendidos * 100	1%	4	1,00	100%	4	1,00	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%
6	6. Proporción de gestión de informes del servicio. Número de informes realizados / Numero de informes programados	100%	394	1,00	100%	394	1,00	100%	394	1,00	100%	220	1,00	100%
7	7. Satisfacción de los usuarios Numero de PQRS reportadas / Numero de total de PQRS resueltas.	94%	9	1,00	100%	9	1,00	100%	9	1,00	100%	9	1,00	100%

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		6 de 13	

N°	INDICADOR ACTIVIDADES OPERATIVAS	META	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
			Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento	Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento	Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento	Cantidad	Ejecutado	%cumplimiento
8	8. Cumplimiento de la gestión documental. N° de oficios tramitados por Control Doc. / Total de oficios recibidos en Control Doc.	96%	138	1,00	100%	103	1,00	100%	100	1,00	100%	100	1,00	100%
9	9. Eficacia de las capacitaciones realizadas. Numero de capacitaciones ejecutadas / total de personas capacitadas. Meta (3 capacitaciones)	100%	3	1,00	100%	3	1,00	100%	3	1,00	100%	3	1,00	100%
10	10. Eficacia de las capacitaciones realizadas. Numero de capacitaciones con perspectiva de ciencias humanas / Total de capacitaciones programadas. Meta (2 capacitaciones)	100%	3	1,00	100%	3	1,00	100%	3	1,00	100%	3	1,00	100%
11	11. Eficacia en la gestión de auditoria. Numero de hallazgos de auditoria detectados y gestionados / Número total de hallazgos detectados en auditoria.	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%
12	12. Supervisión adecuada de los contratos. Número de contratos con informes de supervisión actualizados / Total de contratos asignados en el servicio de imágenes Diagnósticas.	90%	72	1,00	100%	72	1,00	100%	72	1,00	100%	72	1,00	100%
13	13. Oportunidad en el análisis e interpretación de estudio de imágenes Diagnósticas. Total de estudios con análisis e interpretación en un tiempo no superior a 5 días - número total de estudios sin análisis e interpretación fuera de la métrica en un periodo.	5 días	2149	7,60	100%	1,694	7,50	100%	4597	2,80	100%	1884	5,47	100%
14	% Cumplimiento y avance de adopción de tecnología de última generación en el servicio de imágenes diagnósticas (segundo Resonador)	100%	50	0,50	50%	50	0,50	50%	50	0,50	50%	50	0,50	50%
			0		0%	0		0%	0		0%	0		0%
15	15. Sumatoria del Numero de estudios no aptos para diagnostico / Total de estudios realizados en un periodo de tiempo determinado.	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%	0	1,00	100%
16	No. Informes de plan de mejora presentados por mes / Número total de informes de acuerdo a lo establecido.	100%	4	1,00	100%	4	1,00	100%	4	1,00	100%	4	1,00	100%

Fuente: Información enviada por el Servicio de Radiología. 13/08/2021.

Observado lo anterior, la Oficina de Control Interno, encontró en la revisión del cumplimiento del Plan de Acción del Servicio de Radiología, los siguientes aspectos respecto de las actividades del plan:

1- En el indicador: “Oportunidad en la interpretación de los estudios de imágenes diagnosticas con reporte en paciente de urgencias”, la meta se encuentra señalada para cumplimiento dentro de las 1:30 horas; para los casos de los meses de abril, mayo y junio, se observa esta oportunidad en: 1.70, 1.70 y 1.90 horas respectivamente, tomando mayor tiempo del previsto como cumplimiento.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		7 de 13	

2- En la actividad 11 del Plan de Acción del Servicio de Radiología, se tiene como aspecto: Medir la eficacia en la gestión de auditoría, la cual cuenta con el indicador: Número de hallazgos de Auditoría detectados y gestionados, sobre el número total de hallazgos detectados en auditoría y como producto entregable, *“realizar la detección, seguimiento y solución a los hallazgos de las auditorías; indicando las acciones adelantadas.”* Según la información entregada por el Servicio de Radiología, la medición del aspecto se informa con cantidad cero (0) actividades y un cumplimiento en todos los meses del 100%. Una vez revisada la actividad por parte de la Oficina de Control Interno, se encontró que el Servicio de Radiología cuenta con un hallazgo de auditoría de la Contraloría General de la República. CGR, así: HALLAZGO CGR: *“Al 19 de octubre del presente año, no se ha puesto en funcionamiento resonador magnético por falta de adecuación física del sitio donde se va a instalar el equipo, generado demoras en la prestación misional de los servicios de salud y riesgos en la atención de los usuarios. Si bien la emergencia sanitaria pudo haber afectado el inicio o terminación de las obras, el contratista contó con tres meses antes de que iniciara esta emergencia para las adecuaciones logísticas. Esta situación se presenta por falta de una adecuada planeación contractual para este tipo de contratación.”* Según lo anterior el Servicio de Radiología cuenta con aspectos en gestión de auditorías que no han sido tenidas en cuenta dentro del Plan de Acción, para la medición por parte del servicio. La Oficina de Control Interno solicitó al Servicio de Radiología mediante oficio ID 149046 del 02 de agosto/21. Informe de Avance Plan de Mejoramiento Institucional, informar sobre el estado del contrato 436 de 2019 y los soportes para el avance del Plan de Mejoramiento suscrito. La fecha de terminación de este Plan de Mejoramiento con la CGR, está prevista para el día 30 de agosto/21.

3- La actividad: *“Oportunidad en el análisis e interpretación de estudio de Imágenes Diagnosticas”*, tiene como meta la entrega de los resultados en 5 días, en la medición de los meses de abril, mayo y julio, no la meta no se cumplió.

4- En la actividad No. 14. *“Porcentaje cumplimiento y avance de adopción de tecnología de última generación en el servicio de imágenes diagnósticas (segundo Resonador)”*. Según información del Servicio, la actividad no se cumplirá debido a la terminación del contrato.

Oportunidad de Mejora.

Observados los anteriores aspectos, la Oficina de Control Interno recomienda al Servicio de Radiología, realizar los ajustes necesarios en el Plan de Acción de la vigencia 2021; con el fin de dar cumplimiento a las metas propuestas.

7.4 Procedimientos.

La Resolución 084 del 07 de febrero/18, en el Artículo Tercero, numeral 2, establece la función de *“...mantener actualizada y evaluar la adherencia a la documentación estratégica y la del Sistema de Calidad (...procedimientos). En lineamiento con el procedimiento Control de Información Documentada (Control de Documentos y Registros) SIG. Código PL-CLDD-PR-01 Versión 7, numeral 4.4 Disposiciones Generales. Punto 4. Otras Situaciones, se enuncia: “Las vigencias de los documentos están dadas por cinco (5) años a partir de su fecha de emisión excepto, aquellos casos que se requiera modificar, revisar y/o actualizar por exigencias normativas, cambios en las actividades o tecnologías en periodos inferiores al previamente establecido.”*

La Oficina de Control Interno una vez observada la plataforma del Sistema de Gestión de Calidad, para el Servicio de Radiología, evidenció 5 documentos que ya expiraron la vigencia de acuerdo con el criterio expuesto.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		8 de 13	

RADIOGRAFIA DE COLUMNA SACRO-COCCIGEA.pdf			
PROTOCOLO: RADIOGRAFIA DE COLUMNA SACRO	CÓDIGO: DR-IMAG-PT-16	VERSIÓN: 01	FECHA DE EMISIÓN: 21-03-2013
PT-02-ECOG.pdf			
PROTOCOLO: REALIZACION DE ECOGRAFIAS Y	CÓDIGO: AD-RADL-PT-02	VERSIÓN: 02	FECHA DE EMISIÓN: 30-10-2017
ASISTENCIA A LA CITA RI.pdf			
PROCEDIMIENTO: ASISTENCIA A LA CITA DE RA	CÓDIGO: DR-IMAG-PR-06	VERSIÓN: 01	FECHA DE EMISIÓN: 01-09-2014
FORMATOS			
PROGRAMACION DE LA CITA RI.pdf			
PROCEDIMIENTO: PROGRAMACION DE LA CITA	CÓDIGO: DR-IMAG-PR-05	VERSIÓN: 01	FECHA DE EMISIÓN: 01-09-2014
INTERVENCIONISTA EN DIAS HABILES, PACIENTES			
HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS			
TOMOGRAFIA DE TORAX Y CUELLO.pdf			
PROTOCOLO: TOMOGRAFIA DE TORAX Y CUELLO	CÓDIGO: AD-RADL-PT-56	VERSIÓN: 01	FECHA DE EMISIÓN: 22-09-2017

Fuente: Información tomada del Sistema de Gestión de Calidad. Página Intranet. 22/08/2021.

Oportunidad de Mejora.

La Oficina de Control Interno, recomienda al Servicio de Radiología, gestionar la actualización de los documentos que por fecha de emisión requieren actualización de conformidad con el criterio.

8. Evaluación del Riesgo.

La Política de Administración del Riesgo versión 2020, establece: “7. 1...El Hospital Militar Central en ejercicio de su labor misional, se encuentra comprometido con la adecuada administración de los riesgos, para lo cual adelantará acciones de identificación, análisis, valoración, monitoreo y tratamiento de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. 7.2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. En esta fase se deben establecer las fuentes o factores de riesgo los eventos o riesgos, sus causas y consecuencias”. De otra parte, el acta No. 06 de Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 30 de noviembre de 2020; numeral 2, determina: “ALCANCE. La política de operación para la administración de riesgos es aplicable a todas las dependencias, procesos, proyectos y planes institucionales, con el fin de identificar, analizar, valorar, monitorear y dar tratamiento a los riesgos identificados durante el desarrollo de la gestión planificada...”

La Oficina de Control Interno, evaluó el anterior criterio frente al Mapa de Riesgos por Procesos y la información enviada por el Área, donde se identifican los siguientes riesgos:

	DOCUMENTO	HOSPITAL MILITAR CENTRAL				CÓDIGO	01
	DEPENDENCIA	IDENTIFICACIÓN DE CONTROLES				VERSIÓN	
		IMÁGENES DIAGNÓSTICAS				Página	1 de 1

MACROPROCESO: Gestión Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutico									
PROCESO	OBJETIVO	RIESGOS	CONTROL EXISTENTE	ES EFECTIVO PARA MINIMIZAR EL RIESGO?		ESTA DOCUMENTADO?		CALIFICACIÓN FINAL	CONTROLES ÓPTIMOS
				SI	NO	SI	NO		
Imagenología	Brindar soporte de apoyo diagnostico y terapeutico al paciente, que facilite el tratamiento integral y permita definir conductas a seguir, en el tratamiento que requieran los usuarios de la Institución, que demanden los servicios de Imagenología	R1- No oportunidad en la atención de servicios de Imagenología.	C-1 Monitorización mediante indicadores de gestión. C-2 verificación de manera periodica en el sistema de información.	X		X		1	C1- Seguimiento al indicador de oportunidad
		R2- No confiabilidad en el Diagnostico y reporte del informe radiológico.	C-1 Validación de los datos demograficos del paciente en el modulo RIS para realizar la atención del paciente. C-2 Dictado del reporte por medio de reconocimiento de voz en cada examen. C-3 seguridad en el almacenamiento de acuerdo con la aplicación de protocolo normas HIPAA. C-4 Transcripción por grabadora en caso de fallas en sistema PACS-RIS. C-5 Aprobación en el sistema de información por medico radiólogo que realiza la interpretación y/o procedimiento.	X		X		1	C1- supervisión de calidad de imágenes y lectura de exámenes por radiólogo. Clave de acceso al sistema de manera individual
		R3- Demora en la entrega de informes Radiológicos.	C- 1 Monitorización mediante medición de tiempos parametrizados (indicadores de gestión) Revisión periodica por cada una de las modalidades. C-2 Verificación periodica del reporte personalizado por medico radiologo de estudios asignados por modalidad. A-3 Informe de productividad por medico radiologo.	X		X		1	C1-Seguimiento al tiempo de entrega de informes al paciente
		R4- Errores en los procesos de atención que generen complicaciones y eventos adversos como consecuencia de exámenes de Imagenología	C-1 Reporte de eventos adversos. C-2 Seguimiento a los eventos adversos reportados. C-3 Aplicación de protocolo de administración de medios de contraste.	X		X		1	C1-Seguimiento a complicaciones y eventos adversos

		NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
REVISADO POR:	My DAMIANA VERGEL HERNANDEZ		Coordinador Imagenes Diagnosticas		
APROBADO POR:	CO MED (RA) Guillermo Vega Torres		Subdirector de Apoyo Diagnostico y terapeutico		

Fuente: Información enviada por el Servicio de Radiología. 13/08/2021.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		9 de 13	

Evidenciando el cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo en cuanto a la identificación, valoración monitoreo y tratamiento de los riesgos del Servicio. Sin embargo, se observa que el indicador: “Oportunidad en la interpretación de los estudios de imágenes diagnosticas con reporte en paciente de urgencias”, medido en el Plan Operativo del Servicio, no alcanzó la meta propuesta (establecida en 1:30 horas). En concordancia con el mapa de Riesgos del Servicio, donde se tiene identificados como factor de riesgo: “No oportunidad en la atención de servicios de imagenología y la Demora en la entrega de informes radiológicos, constituyen la materialización del riesgo.

Oportunidad de Mejora.

La Oficina de Control Interno realizada la evaluación, recomienda al Servicio de Radiología, diseñar adecuados instrumentos de control que permitan dar tratamiento a los riesgos, evitando su materialización.

9. Contratos.

Contratos 2021.

El Manual de Contratación. Código AB-GECO-MN-01. Versión 4, Numeral 6 Disposiciones Generales. Numeral f. enuncia: “Los supervisores deben dejar constancia documental en la fecha en la cual los contratistas presentan los informes de cumplimiento de obligaciones en aras de establecer trazabilidad de las diferentes etapas de ejecución. 6.1. Buenas Prácticas en la utilización de herramientas electrónicas para la gestión contractual.”

El Servicio de Radiología tiene a cargo los siguientes procesos contractuales y se observó las subsecuentes novedades:

SUPERVISION CONTRATOS SERVICIO RADIOLOGÍA					
Nº CONTRATO	OBJETO	CONTRATISTA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	OBSERVACIONES
330-2020	Arrendamiento de un (1) equipo de resonador magnético incluyendo instalación, mantenimiento preventivo, correctivo y soporte técnico para los diferentes servicios del Hospital Militar Central	GENERAL MÉDICA DE COLOMBIA S.A.S GEMEDCO	29/12/2020	31/07/2022	Se observa en la plataforma Secop II, la publicación de 9 Informes de supervisión registrados desde diciembre/20 hasta julio/21. Dentro del Plan de Pagos suscritos en la plataforma se observa hasta la factura No. 9, radicada el 11 de agosto/21, las cuentas se encuentran en estado “aprobado”.
326-2020	Arrendamiento de (02) equipos de radiología digital (convencional y fluoroscopia) y un (1) mamografo digital directo, los cuales deben incluir adecuación e instalación mantenimiento preventivo, predictivo, correctivo y soporte técnico. lotes 1 y 3	IMPULSORES INTERNACIONALES S.A.S	29/12/2020	31/07/2022	En la Plataforma Secop II, se observa que, entre los meses de enero y febrero, se encuentran aprobadas las cuentas reportadas en el aplicativo; pero las facturas Nos. 229140, 231160, 232573, 234371 y 236029 se encuentran en estado “ENVIADO POR EL PROVEEDOR”, sin la correspondiente aprobación en el aplicativo de “Aprobado” o “Rechazado”.
327-2020	Arrendamiento de (02) equipos de radiología digital (convencional y fluoroscopia) y un (1) mamografo digital directo, los cuales deben incluir adecuación e instalación mantenimiento preventivo, predictivo, correctivo y soporte técnico. lote 2	AJOVECO S.A.S.	28/12/2020	31/07/2022	En el Aplicativo Secop II, se evidencia la ejecución del contrato, con la publicación de 8 facturas en estado “PAGADAS”. De enero a agosto/21 y el registro de 7 Informes de Supervisión, de enero a julio/21.
328-2020	Arrendamiento de un (1) equipo de angiografía y dos (2) tomografía para servicio de imágenes diagnosticas que incluya manteniendo preventivo, correctivo y soporte técnico. lotes 1 y 2	TOP MEDICAL SYSTEMS S.A.	29/12/2020	31/10/2022	En Secop II, se evidencia la ejecución del contrato, con la publicación de 8 facturas en estado “PAGADAS”. De enero a agosto/21 y el registro de 7 Informes de Supervisión, de enero a julio/21.
322-2019	Arrendamiento de un acelerador lineal que incluya, adecuación de las áreas, instalación, mantenimiento preventivo, predictivo, correctivo	GENERAL MÉDICA DE COLOMBIA S.A.S GEMEDCO	24/12/2019	31/07/2022	En el Aplicativo Secop II, se evidencia la ejecución del contrato, con la publicación de 11 facturas en estado

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		10 de 13	

SUPERVISION CONTRATOS SERVICIO RADIOLOGÍA					
N° CONTRATO	OBJETO	CONTRATISTA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	OBSERVACIONES
	incluido soporte técnico durante la ejecución del contrato				"PAGADAS", 2 "RECHAZADAS" y el registro de 21 Informes de Supervisión. Diciembre/19 a Julio/21
436-2019	Arrendamiento de un (1) equipo de resonador magnético que incluya instalación, mantenimiento preventivo, correctivo y soporte técnico para el Hospital Militar Central	TOP MEDICAL SYSTEMS S.A.	26/12/2019	31/07/2022	En Secop II, se evidencia la ejecución del contrato y en la generalidad de la información del mismo, se observa el estado del contrato como "EN EJECUCIÓN". El contrato se encuentra terminado bilateralmente y el soporte se observa publicado en SECOP, sin embargo su estado general es "EN EJECUCIÓN"
437-2019	El arrendamiento de equipos de ecografía incluyendo instalación mantenimiento preventivo, correctivo y soporte técnico para los diferentes servicios del hospital militar central	IMPULSORES INTERNACIONALES S.A.S	14/01/2020	31/07/2022	En Secop II, se observa la ejecución del contrato, con la publicación de 21 facturas. 2 "RECHAZADAS", 15 "PAGADAS" y 4 en estado "ENVIADO POR EL PROVEEDOR". Sin aprobar o Rechazar y el registro de 21 Informes de Supervisión.
1361-2018	Prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión de profesionales de radiología para cubrir la necesidad del área de radiología de urgencias de manera presencial, en las instalaciones del hospital militar central. con perfil de médico radiólogo y transcripción para cubrir las necesidades de la entidad durante las 24 horas 7 días a la semana, en el área de urgencias durante la vigencia del contrato	J. TECHMED S.A.S	26/12/2018	31/07/2022	Se observa la ejecución del contrato, en el Secop II, con la publicación de 32 facturas. 1 "RECHAZADA", 31 "PAGADAS". Y el registro de 32 Informes de Supervisión.
1480-2018	Arrendamiento de un sistema de información Pacs – Ris que incluya instalación, mantenimiento preventivo, correctivo y soporte técnico.	SERVIDIAGNOSTICS S.A.S	22/01/2019	31/07/2022	Se observa la ejecución del contrato, en el Secop II, con la publicación de 28 facturas. 26 "APROBADAS", 2 en estado: "ENVIADO POR EL PROVEEDOR". "PAGADAS". Y el registro de 31 Informes de Supervisión.

Fuente: Plan de Pagos, SECOP II Agosto/21

Oportunidad de Mejora

La Oficina de Control Interno recomienda al Servicio de Radiología y Supervisores de los Contratos, diseñar mecanismos de control que garanticen llevar una trazabilidad apropiada de acuerdo con la ejecución de los contratos y la debida utilización de las herramientas electrónicas para la gestión contractual, en especial las requeridas por el SECOP II.

10. INVENTARIOS.

El criterio mencionado por la Resolución 084 del 07 de febrero/18. "Artículo Tercero: *Funciones Generales para los responsables de los servicios asistenciales y Áreas Administrativas. Numeral 7, Controlar los inventarios asignados al Servicio...*"

Una vez revisada la plataforma de Inventarios de Activos fijos, dispuesta en Dinámica Gerencial.doc, reflejando para el día 24 de agosto, la cantidad de 252 ítems de activos en el Servicio; valorados en \$1.149.755.741,73 y cargados al responsable del inventario, identificado con documento 37.328.461.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		11 de 13	

Se tomó una muestra del valor del inventario total, con los activos de mayor valor verificando su representación física. El valor verificado corresponde a \$788.668.293,49 en 31 ítems, representando el 67% del valor total del inventario.

En la verificación de los inventarios de activos fijos del servicio, se evidenció que los elementos:

Computador todo en 1, marca Hewlett Packard con placa V168257, no se evidenció relacionado dentro del registro del inventario de activos fijos del Servicio.

Computador todo en 1, marca Hewlett Packard con placa V185354, no se evidenció relacionado dentro del registro del inventario de activos fijos del Servicio.

Oportunidad de Mejora.

La Oficina de Control Interno, recomienda al Servicio de Radiología, gestionar la actualización de los inventarios registrados en Dinámica Gerencial.

11. Gestión Documental.

El procedimiento Administración de Archivos (Archivo Central). Código: GL-RECO-PR-03 de fecha Noviembre/2020, cuyo objetivo es: "Establecer lineamientos para la correcta aplicación de la Gestión Documental en los procesos de clasificación, organización, descripción archivística y transferencias documentales de los archivos documentales de Gestión y Central de la Entidad"; donde establece que: "...este procedimiento es de aplicación para todas las dependencias, desde el proceso de clasificación de la documentación que se genera en cada dependencia del Hospital Militar Central que en el ejercicio de sus funciones, se producen y tramitan diferente tipo de información y/o documentación institucional, realizan la correcta valoración, hasta su proceso de transferencias primarias, secundarias o eliminación documental de los mismos."

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento de lo dispuesto en la Tabla de Retención Documental del Área sobre los tipos documentales: informes de labores (Oficios, Memorandos, Solicitudes, Respuestas), cuyos documentos tienen una retención de 2 años en el Archivo de Gestión y 10 años en el Archivo Central y una disposición final de eliminación una vez cumplido este tiempo. Por otro lado, la Orden Semanal No. 005 de la Dirección General del Hospital Militar Central de fecha 29 de enero de 2021, Artículo 30; donde ordena la entrega de Inventarios del Archivo de Gestión del Servicio de Radiología de la vigencia 2019 al Área de Archivo Central con fecha del día 09 de abril de 2021. Al evaluar los anteriores criterios, la Oficina de Control Interno, no se evidenció la transferencia de los archivos de gestión del Área con destino al Archivo Central de la vigencia 2019, en disposición de la Orden Semanal No. 05 de enero/21. Por otro lado, se observó un Acta de reunión del Servicio de Radiología y la responsable del Área del Archivo Central, que trata del tema de una Capacitación en normatividad del Archivo del Servicio de Imágenes Diagnósticas.

Oportunidad de Mejora.

De acuerdo con la anterior observación, la Oficina de Control Interno, recomienda a la responsable del Área, dar estricto cumplimiento a los tiempos estipulados por la Tabla de Retención Documental, TRD y lo dispuesto por la Dirección General a través de la Orden Semanal No.005 del 29 de enero de 2021, sobre la transferencia de los archivos documentales.

12. Plan de Mejoramiento

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al cumplimiento de los aspectos observados durante la anterior Auditoría realizada en la vigencia 2017; encontrando las siguientes novedades:

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		12 de 13	

Plan de Mejoramiento		
Aspectos Auditoría Vigencia 2017		Mejoramiento
Aspecto	%.	
1. Elaborar el plan de acción operativo derivado del Plan de Acción Institucional, con actividades, tareas y metas que sean realizables, para la medición periódica de la gestión, legalizarlo y elaborar periódicamente los informes de avances.	100%	Para la vigencia 2021, se evidenció la elaboración del Plan de Acción para la vigencia 2021. Observándose la mejora.
2. Revisar los procedimientos actuales y actualizarlos de acuerdo a la tecnología propia de la institución y a la normatividad vigente aplicable al Grupo.	100%	En la vigencia 2021, se observó la obsolescencia de 5 documentos de la documentación estratégica del Servicio.
3. Coordinar con el Área de Archivo Central con el fin de determinar los procedimientos necesarios para la adecuada custodia o eliminación de los archivos de vigencias anteriores al 2016, de tal forma que se dé cumplimiento a los criterios de organización establecidos en la Ley 594 de 2000.	100%	La Gestión documental, ha evolucionado desde la vigencia 2017 a la fecha; se observa la disposición de la TRD (Tabla de Retención Documental) para el servicio cumpliendo con los criterios de la Ley 594/2000. De igual manera se encuentran en reorganización de los archivos de gestión, en coordinación con el Archivo Central.
4. Ajustar el mapa de riesgos identificando los riesgos de gestión, misionales y de corrupción que puedan afectar la gestión del Grupo, de tal forma que se realice una adecuada administración, haciendo una correcta identificación y análisis, valoración y plan de mitigación, así como su seguimiento de acuerdo a lo establecido en la Resolución 512/16.	100%	Se observa dentro del Mapa de Riesgos por proceso los cambios que se han dado con respecto a la identificación, valoración, medición y seguimiento a los Riesgos del Servicio.

Fuente: Análisis y verificación Oficina de Control Interno. Agosto/2021.

Con base en la anterior información, se analizó que los aspectos encontrados en la Auditoría 2021, no versan sobre las mismas variables de la vigencia 2017; de los cuales se observó avance de acuerdo con el Plan de Mejoramiento planteado.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		13 de 13	

13. Conclusiones.

Una vez realizada la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno al Sistema de Control Interno del Servicio de Radiología, se concluye que los componentes: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y el monitoreo de sus actividades se encuentran “Presentes” y “Funcionando”. Dentro de la evaluación se observa la necesidad del reforzamiento en el cumplimiento y desarrollo de sus componentes; por tanto, recomienda al Servicio de Radiología, suscribir un Plan de Mejoramiento, diseñando acciones que subsanen las causas que dieron origen a las oportunidades de mejora dadas en el cuerpo del presente informe.

Cordialmente,



Alfredo Armando Jiménez Acuña
Nombre y Firma Auditor
Cargo: Profesional Especializado OPS.