

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 de 32

INFORMACIÓN GENERAL

1. ASPECTOS GENERALES

Nombre del informe	Adherencia a Protocolos y procedimientos de manejo de radiología
Dependencia (s)	Subdirección: Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Jefatura de Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Servicio de Radiología
Auditor:	Julio César Quiroga Durán

2. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación el seguimiento, independiente y objetivo son 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 de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de la gestión.

El ejercicio de auditoria de seguimiento es una actividad independiente, objetiva de aseguramiento y consultoría concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Militar Central fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgo, control y gobierno.

En el presente seguimiento de adherencia a los protocolos en imágenes diagnósticas, se realizó la comparación entre los parámetros que se exponen en los protocolos que le aplican a este servicio en el Hospital Militar Central y que reposan en el archivo documental, la normatividad legal vigente y lo evidenciado en las visitas de campo, así como en el sistema de información del servicio formatos Registro de datos.

La importancia que reviste el presente seguimiento radica en que el servicio de radiología debe contar con mecanismos funcionales que garanticen el acceso de los usuarios con sus diversas particularidades de afiliación, evitando barreras de acceso, tener estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión, preparación e información sobre cómo debe alistarse el paciente y actuar antes y durante la atención, la entidad debe evaluar las necesidades de salud de los pacientes que va atender y la evaluación de su cumplimiento, además de contar con procedimientos de educación de autocuidado y corresponsabilidad, que se garantice la comunicación oportuna de resultados, que existan mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de los estudios con las decisiones de carácter clínico y mecanismos de alarma para resultados críticos.

3. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO:

Realizar seguimiento a la adherencia de los lineamientos establecidos en los diferentes normas, protocolos y procedimientos que se han establecido para el funcionamiento del servicio de imágenes diagnósticas y que constituyen la planeación de la atención en el servicio, con los mejores niveles de seguridad, oportunidad, seguridad, calidad, eficiencia, equidad, centrado en el paciente para nuestros usuarios en el Hospital Militar Central, encaminado al objetivo institucional de “Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización”, con el fin de lograr la satisfacción de nuestros usuarios.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 2 de 32

4. ALCANCE:

La auditoría de seguimiento a la correcta adherencia a los protocolos y procedimientos diseñados y adoptados por el servicio de radiología del hospital para atención de pacientes que ingresan para la toma de estudios radiológicos en la fase ambulatoria y a los pacientes hospitalizados se realizó en los meses de mayo y junio de 2023, donde se verificó la correlación y correspondencia de las actuaciones de los profesionales, el personal asistencial y administrativo de radiología del Hospital desde el mes de enero de 2023 a mayo de 2023.

5. CRITERIOS:

La adherencia se refiere al cumplimiento de normas, los criterios establecidos en los protocolos y procedimientos del servicio:

- Procedimiento: atención integral de paciente en imágenes diagnósticas código: AA-IMDG-PR-07.
- Procedimiento: licenciamiento de equipos generadores de radiaciones ionizantes código: AA-RADL-PR-02.
- Protocolo: toma de biopsia de tiroides guiada código: AA-RADL-PT-82
- Uso de medios de contraste y nefroprotección código AA-IMDG-PT-79 VERSIÓN 02
- Procedimiento: radiología intervencionista como urgencia vital en horas nocturnas, fines de semanas y festivos código: AA-RADL-PR-01
- Protocolo de limpieza y desinfección de áreas críticas, semicríticas y no críticas código AH-CLME-PT03.
- Decreto 482 de 20018 Minsalud Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 3100 de 2019 de habilitación de servicios de salud Servicio de Imágenes diagnósticas, 11.3.4.1 Estándares de talento humano
- Resolución 5095 de 19 de noviembre de 2018 Acreditación.
- Resolución 482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social el 22 de febrero de 2018.
- Resolución 18 1434 de 2002 del Ministerio de Minas y Energía.

6. METODOLOGIA:

Dando cumplimiento a lo establecido en el programa anual de auditorías y seguimientos, aprobado por el comité de Coordinación de Control Interno, ésta oficina presenta a la Administración el resultado del seguimiento realizado al proceso misional de Gestión de Apoyo asistencial y farmacéutico, servicio de radiología, donde se utilizaron métodos de verificación documental, prueba de cumplimiento, posteriormente se realiza la auditoria de seguimiento comparando lo consignado los registros clínicos escogidos de enero a junio de 2023 respecto a los criterios exigidos en la normatividad, los procedimientos y protocolos correspondientes y verificando información en la plataforma informática de radiología RIS PACS, así como en las vistas de campo.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Transversal 3C# 49 - 02 Bogotá, Colombia - **Conmutador** (57 1) 348 6868 - www.hospitalmilitar.gov.co

Redes sociales Facebook: [hospital.militarcentral](https://www.facebook.com/hospital.militarcentral) Twitter: [@HOSMILC](https://twitter.com/HOSMILC)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 3 de 32

Se Hace revisión de protocolos y procedimientos de radiología, de la normatividad legal atinente al servicio, se revisan temas habilitación y acreditación, PQRS, matriz de riesgos posteriormente se comparan dichos criterios con la condición es decir la evidencia basada en los hechos encontrados en las visitas de campo, los informes recientes y previos y en la plataforma informática de RIS PACS, se establecer las razones del porqué de la brecha encontrada entre la condición esperada y la real y las consecuencias o efectos que pueden generar las diferencias encontradas.

7. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO:

7.1 Socialización, evaluación y verificación de adherencia de información documentada:

7.1.1 Condición: Al revisar el listado de socializaciones y evaluaciones por parte del servicio de Radiología e imágenes diagnósticas de los protocolos y procedimientos del servicio en el presente año 2023 se evidenciaron los siguientes hallazgos, de acuerdo a información facilitada por el servicio:

Las personas que participaron en el proceso evaluativo del protocolo de lavado de manos fueron 40, actividad realizada el 27 de enero de 2023, lo que equivale a un 55% de participación del total de personal.

Capacitación y evaluación de Riesgo Radiológico, Normatividad y Dosimetría realizado el 27 de enero de 2023, Las personas que participaron en este proceso evaluativo fueron 39, lo que equivale a un 50% de participación del total de los funcionarios.

La socialización protocolo: precauciones de aislamiento código: AH-CLME-PT-05 2 de feb de 2023, incluyó a 40 colaboradores, lo que equivale a un 55% de participación del total de los funcionarios, teniendo en cuenta que algunos funcionarios no recibieron dicha capacitación y por ende no se evidencia evaluación a la totalidad del personal implicado en cada uno de los protocolos y se evidencian escasos seguimientos a la adherencia en el primer trimestre de 2023 por parte del servicio.

7.1.2 Criterio: Control de información documentada PL-CLDD-PR-01 VERSION 07 (Ver cuadro).

PROCEDIMIENTO		CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA (Control de Documentos y Registros)		CÓDIGO	PL-CLDD-PR-01	VERSIÓN	07
				Página:	29 DE 34		
5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES							
ID	(QUÉ) ACTIVIDAD	(CÓMO) TAREA	(QUIÉN- DÓNDE) RESPONSABLE / LUGAR	CUÁNDO	REGISTRO		
GESTIÓN DOCUMENTAL							
		información documentada del SGI (Sistema de Gestión Integrado). • De los documentos obsoletos se guarda una copia en medio magnético durante un periodo no superior a 5 años, dependiendo de la fecha de elaboración de la última versión del documento.					
9	Ejecutar etapas de Socialización, evaluación y verificación de adherencia de información documentada	Socializar los documentos en su área de trabajo y en las demás áreas a las cuales les aplique la implementación del mismo, para asegurar su entendimiento, comprensión e implementación inmediata e informar la localización o ruta de acceso donde se pueden consultar. • De la divulgación se deja registro en el formato para tal fin. Código: PL-CLDD-PR-01-FT-10 . • <u>Se debe conservar en el área de Calidad, evidencia de socialización, evaluaciones, adherencia y documentos de cada proceso.</u>	Funcionario Responsable De La Elaboración y/o Actualización Del Documento (Funcionarios de las distintas Áreas del Hospital Militar Central)/Responsable Del Proceso (Área Respectiva).	Cuando es publicado y/o distribuido el documento	Acta de socialización y adherencia a (MN, PR, PT, IN, GM, etc.) Actas de reunión Evaluaciones de adherencia realizadas al personal del Área Evaluación Interna Adhesión Y Pertinencia De Las Guías De Manejo Cód.: PL-CLDD-PR-01-FT-05		

7.1.3. Causa: Probablemente la causa de este hallazgo se deba a que el personal está distribuido en diferentes turnos diurnos y nocturnos por lo que no resulta conveniente la socialización en un solo tiempo.

7.1.4. Consecuencia: Se presentan brechas entre la condición existente y los procesos documentados generando riesgos institucionales de tipo afectación reputacional y económica.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 4 de 32

7.1.5. Recomendación 1: Realizar varias socializaciones en diferentes tiempos del mismo protocolo para que todo el personal pueda acceder a la información, entenderla, apropiarla y ponerla en práctica de manera inmediata, por parte del servicio realizar la evaluación correspondiente y hacer controles de manera rutinaria a la adherencia a los protocolos y a los procedimientos incluyendo a todos los colaboradores involucrados en dicha actividad de manera que se garantice su correcta aplicación.

Las capacitaciones bien podrían ser tanto presenciales como virtuales y en varios tiempos con el objeto de incluir a todo el personal.

7.1.6 **HALLAZGO 1:** No se ha logrado la socialización, evaluación y seguimiento de la adherencia en el 100% del personal y aunque se evidencio socialización y evaluación de un porcentaje importante de los integrantes del equipo está pendiente el seguimiento a la adherencia de manera presencial durante la práctica rutinaria y diaria de protocolos en el 2023.

8.1 Adherencia al protocolo de limpieza y desinfección de áreas críticas, semicríticas y no críticas

8.1.1 Condición: En la evaluación de adherencia al protocolo de limpieza y desinfección de áreas críticas, semicríticas y no críticas realizado el 5 de mayo de 2023 muestra que no se están implementando idealmente las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

8.1.2 Criterio: protocolo de limpieza y desinfección de áreas críticas, semicríticas y no críticas código: AH-CLME-PT-03

PROTOCOLO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS, SEMICRÍTICAS Y NO CRÍTICAS	CODIGO	AH-CLME-PT-03	VERSION	08
		Página:			6 de 100
2. CONSIDERACIONES IMPORTANTES					
2.3.2 ÁREAS SEMICRÍTICAS: Son áreas donde el paciente permanece largos periodos o de manera transitoria y durante su estancia entra en contacto con elementos o mobiliarios a través de piel intacta.	<i>difficile, /Cándida haemulonii /Cándida auris /gérmenes resistentes (BLEE, KPC, VRE) /otros tipos de Asilamientos según concepto de infectología y/o epidemiología.</i> Hacen parte de estas áreas los servicios Hospitalización. • Consultorios de urgencias • Área de quimioterapia ambulatoria. • Patología. • Medicina nuclear, • Baños públicos de salas de espera, • Servicios de alimentación. • Baños de hospitalización, • Radioterapia • Salas de rayos x. • Los depósitos de medicamentos • Farmacia • Nutrición • Área de preparación de alimentos • Centrales de enfermería, • Cuarto limpio • Cuarto sucio • Ropería. • Servicios ambulatorios de terapias. • Consultorio médico.	1. Jabón líquido neutro biodegradable para mobiliario hospitalario y equipo biomédico 2. jabón líquido multiusos para superficies duras (pisos, paredes, techos, unidades sanitarias, patos, pisingos, gramuros, rifoneras. NOTA: Manejo de acuerdo a la ficha técnica y recomendaciones del proveedor.	Desinfectante: • Glutaraldehído 0,05% (mobiliario hospitalario) • Hipoclorito de sodio al 5% 10.000 Partes por millón (para desinfección de derrames) • Hipoclorito de sodio al 5% a 5000 partes por millón (para desinfección rutinaria y terminal.)		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 5 de 32

PROTOCOLO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS, SEMICRÍTICAS Y NO CRÍTICAS	CODIGO	AH-CLME-PT-03	VERSION	08
		Página:			52 de 100
4. DESCRIPCIÓN					
4.1.2	ÁREAS SEMICRÍTICAS (Imágenes Diagnósticas) RESONANCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, MAMOGRAFÍA, TOMOGRAFÍA Y ECOGRAFÍA. (áreas semicríticas) LIMPIEZA RUTINARIA (Técnicos de radiología)- Rutinario - Realice siempre el protocolo de higiene de manos institucional y mantenga las medidas de bioseguridad establecidas en la institución. - Realice limpieza y desinfección de los equipos entre paciente y paciente con amonio cuaternario, basado en los principios de limpieza y desinfección. - Realice limpieza y desinfección de petos o chalecos y cuellos plomados basados en la ficha técnica y recomendaciones de cada fabricante, estos deben ser almacenados adecuadamente. LIMPIEZA TERMINAL (Técnicos de radiología)- Rutinario - Se debe realizar cada 8 días, basados en los principios de limpieza y desinfección tanto para equipos como para petos, chalecos y cuellos plomados.				

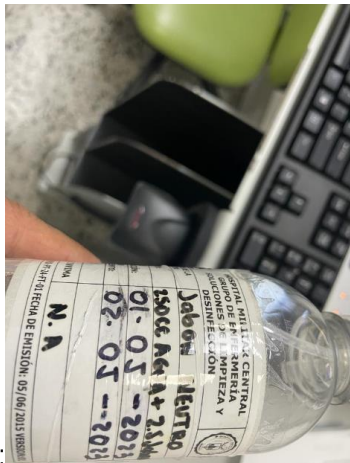
- 8.1.3 Causas: Los funcionarios por falta de control están relajando los hábitos de limpieza, La actividad de capacitación, evaluación y seguimiento a la adherencia no se está realizando a la totalidad de funcionarios y seguramente se relaciona con los diferentes horarios en que trabaja el personal en la atención 365 días al año, 7 días a la semana x 24 horas del servicio de radiología.
- 8.1.4 Consecuencia: Prestación del servicio en condiciones deficientes de aseo, limpieza y desinfección.
- 8.1.5 Recomendación: para evitarle al hospital posible detrimento tanto patrimonial como reputacional, Lo anterior constituye una oportunidad de mejora.



Hallazgo 2:

Foto tomada el 5 de mayo de 2023 en el equipo de Rayos X de Urgencias, en donde se evidencia abundante material particulado sobre el equipo, siendo responsabilidad del servicio mantener los equipos en adecuadas condiciones de limpieza y desinfección para la correcta y apropiada atención de pacientes.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 6 de 32



Hallazgo 2:

- 8.1.6 Foto tomada el 5 de mayo de 2023 a la 7:21 am en donde se evidencia jabón neutro (solución de limpieza y desinfección) con fecha de vencimiento del producto, que habría vencido tres días antes de la auditoría, en el caso de ser usado dicho insumo la efectividad del proceso de limpieza y desinfección no es la más adecuada para la atención de pacientes, como debió ser en los días anteriores a nuestra revista.

Hallazgo 3: El día 26 de abril por ejemplo a las 7.53 a.m. en el área de TAC en el edificio de imágenes diagnósticas se realizó un procedimiento por parte del servicio de neurocirugía Dr. Orlando Rojas y posteriormente se pasó al paciente Bustos Castiblanco José Otoniel, evidenciándose que no se realizó limpieza y desinfección entre paciente y paciente como lo ordena el protocolo.

Observación 1: El proceso de limpieza y desinfección de las áreas, críticas, semicríticas y no críticos, en el HOSPITAL MILITAR CENTRAL, debe estar estandarizado y debe ser de cumplimiento obligatorio, con realización de manera rutinaria, garantizando el cumplimiento de las normas y requisitos del proceso de limpieza y desinfección, de acuerdo con los lineamientos normativos vigentes.

8.2 Falta de adherencia al adecuado uso del aplicativo P

8.3 RIS PACS:

- 8.3.1 Condición: Al revisar el aplicativo RIS PACS de radiología e imágenes diagnósticas, para determinar las razones por las cuales los pacientes que efectivamente “arriban” es decir acuden al servicio para la toma de estudios de imágenes diagnósticas son devueltos sin la respectiva toma del estudio imagenológico, se encontró que en muchos casos, la razón por la cual se devolvió al paciente fue omitida el ser consignada en el espacio que el sistema tiene destinado para tal fin un punto o un signo y en lugar de hacerse la descripción adecuada que sugiere el aplicativo se evade éste requerimiento por parte de los funcionarios de dejar observaciones o notas correspondientes, impidiendo que se pueda documentar cuantitativa ni cuantitativamente este tema, dicha falla o situación constituye un oportunidad de mejora con miras al mejoramiento el servicio.

En el mismo sentido cuando se borra un turno, el aplicativo exige toda vez que tiene disponible un espacio para que se deje la razón por la cual se tomó esa determinación y el funcionario evade esa obligación colocando un punto una letra en el ítem de observaciones, logrando de esta manera burlar el requerimiento.

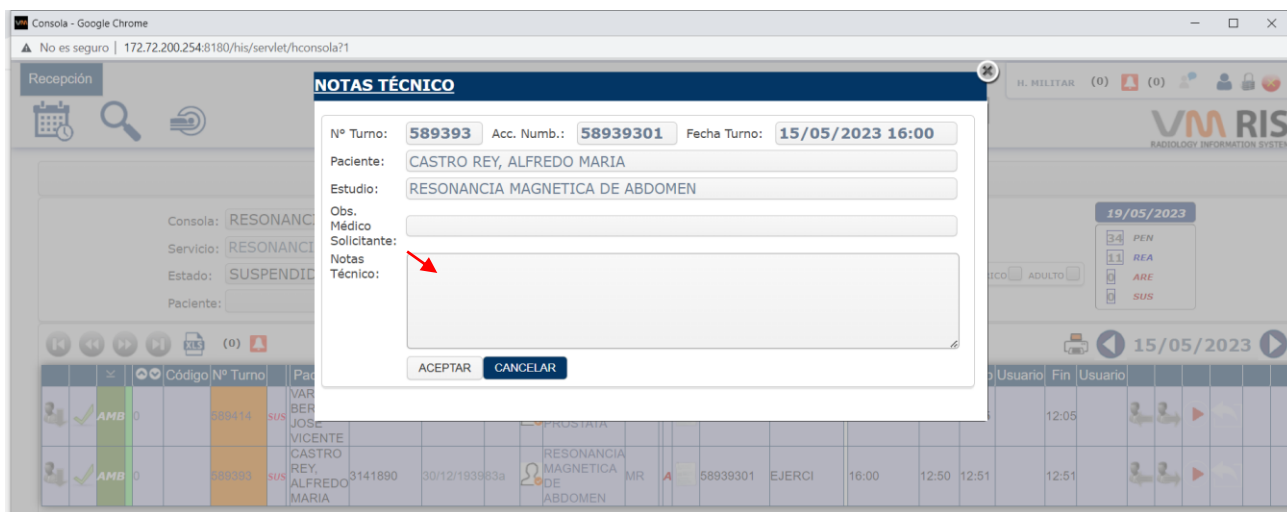
- 8.3.2 Criterio: Manual de uso de aplicativo RIS-PACS”.

Los sistemas de información se construyen con una lógica en donde con la información ingresada, la plataforma pueda retroalimentarnos y generar los indicadores, trazabilidad, tendencias, memoria histórica del servicio, incrementar la

HOSPITAL MILITAR CENTRAL  	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03 FECHA EMISIÓN: 14-06-2022 VERSIÓN: 02 Página 7 de 32
--	---	---

Efectividad en la operación, proporcionar ventajas competitivas y valor agregado así como disponibilidad de mayor y mejor información para los usuarios en tiempo real.

- 8.3.3 Causa: Al parecer el personal que diligencia el campo de notas en observaciones por parte del tecnólogo en radiología olvida o no le da importancia y trascendencia a la información que debe quedar consignada para soportar la no realización de un procedimiento en imágenes diagnósticas.
- 8.3.4 Consecuencia: La no inclusión de la información correspondiente, impide hacer una trazabilidad de los casos para realizar mejoramiento continuo acerca de las causas que originaron la no atención de pacientes o el devolverlos, pues esta situación debería tender a cero una vez se puedan intervenir dichas causas.
El no contar en todos los casos con el soporte pertinente de la devolución de pacientes y las razones de la no toma de las imágenes, genera una vulnerabilidad jurídica, reputacional y posiblemente económica para el servicio y la institución, siendo que en muchos casos la responsabilidad de la devolución de los pacientes radica en otras áreas del hospital o en los mismos pacientes y tanto el funcionario como la entidad quedan sin soportes para hacer una defensa efectiva ante los entes de control.
- 8.3.5 Recomendación 2: La oficina de control Interno recomienda en todos los casos dejar evidencia de las razones por las cuales no se realizó un procedimiento en radiología y así evitarle al hospital posibles requerimientos de entes judiciales y de control, en caso de no poderse realizar en todos los casos por diferentes motivos resulta necesario modificar o ajustar el protocolo. Por lo que el presente hallazgo constituye una oportunidad mejora del servicio.
Recomendación 3: De otro lado es conveniente solicitar a la firma que administra el sistema de información que éste permita generar reportes de las inasistencias y de los pacientes que son devueltos por diferentes motivos con el objeto de realizar estrategias al interior del hospital para que no vuelvan ocurrir estos eventos.
- 8.3.6 HALLAZGO 4: El sistema información obliga y permite que se diligencien notas aclaratorias que den razón por qué se devolvió a un paciente o los soportes de la no atención de algún paciente, las cuales se están obviando.
- 8.3.7 HALLAZGO 5: El sistema información no permite generar de manera automática informes de pacientes devueltos.



HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 8 de 32

Consola - Google Chrome
No es seguro | 172.72.200.254:8180/his/servlet/hconsola?1

Recepción

NOTAS TÉCNICO

Nº Turno: 548842 Acc. Numb.: 54884201 Fecha Turno: 12/01/2023 15:20

Paciente: VELEZ PIEDRAHITA, OCTAVIO DE JESUS

Estudio: TC CRANEO SIMPLE

Obs. Médico Solicitante:

Notas Técnico:

ACEPTAR CANCELAR

Consola: TOMOGRAFIA
Servicio: TOMOGRAFIA
Estado: SUSPENDIDO
Paciente:

19/05/2023

12/01/2023

Usuario Fin Usuario

14:28

(vacío) =Pendiente REA=Realizado AUS=Ausente SUS=Suspendido ARE=A Rechazar AUR=Reasig / Ausente SUR=Reasig / Suspendido REC=Reasig / A Rechazar

NOTAS TÉCNICO

Nº Turno: 563630 Acc. Numb.: 56363001 Fecha Turno: 23/02/2023 08:40

Paciente: VARGAS ARGUELLO, DANIELA

Estudio: TC DE SENOS PARANASALES O CARA

Obs. Médico Solicitante:

Notas Técnico: PACIENTE NO ASISTIO A CITA

ACEPTAR CANCELAR

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 9 de 32

PACIENTE		
Nombre:	ALFONSO MOSQUERA, HECTOR MANUEL	Documento: 16466780 Sexo: Masculino
Fecha Nac.:	23/03/1952	Edad: 71 años y 2 meses Peso: 0,00
eMail:	S/D	Teléfono: S/D / S/D
Domicilio:		Contacto: S/D

FINANCIADOR	
Financiador:	ARMADA
Cuenta:	ARMADA
Nº Afiliado:	

Nota Paciente:		Nota Turno:	Observacion
----------------	--	-------------	-------------

Items:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Nombre</th> <th>Tipo Item</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>879111</td> <td>TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE</td> <td>PRESTACION</td> </tr> </tbody> </table>	Código	Nombre	Tipo Item	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	PRESTACION
Código	Nombre	Tipo Item					
879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	PRESTACION					

TURNO BORRADO	
Nº Turno:	546908
Fecha Turno:	02/01/23 15:24
Estudio:	US ABDOMEN TOTAL INCLUYE HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS
Servicio:	ECOGRAFÍA
Equipo:	US-EXT1
Financiador:	EJERCITO
Cuenta:	EJERCITO
Paciente:	LOPEZ CASAS, WILDER ANCIZAR
Documento:	80048086
Motivo:	.

borrado	
Fecha:	02/01/2023
Usuario:	MGUERREROG

asignado	
Fecha:	02/01/23 15:24
Usuario:	MGUERREROG

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 10 de 32

TURNO BORRADO

N° Turno: 546977
Fecha Turno: 02/01/23 23:16

Estudio: RX DE TORAX

Servicio: RADIOLOGIA CONVENCIONAL

Equipo: DR-CAMARA D

Financiador: EJERCITO
Cuenta: EJERCITO

Paciente: SALAZAR MUÑOZ DE ARBOLEDA, DOLORES
Documento: 29264004

Motivo: SE CANCELA SE TOMA ORDEN DE LA NOCHE

borrado

Fecha: 02/01/2023
Usuario: KSANCHEZV

asignado

Fecha: 02/01/23 23:16
Usuario: KSANCHEZV

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 11 de 32

TURNO BORRADO

Nº Turno: 546393
Fecha Turno: 03/01/23 07:00

Estudio: RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO

Servicio: RESONANCIA

Equipo: RESONADOR

Financiador: EJERCITO
Cuenta: EJERCITO

Paciente: ANGULO CHIGUAS, JAMES JAIR
Documento: 1080831283

Motivo: NO ASISTE

borrado

Fecha: 03/01/2023
Usuario: ASALAZAR

asignado

Fecha: 30/12/22 15:54
Usuario: DTORRESF

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 12 de 32

PACIENTE			
Nombre:	BARRERA ROJAS, CARLOS ANDRES	Documento:	14011044
Sexo:	Masculino	Fecha Nac.:	20/10/1984
Edad:	38 años y 7 meses	Peso:	0,00
eMail:	S/D	Teléfono:	S/D / S/D
Domicilio:		Contacto:	S/D

FINANCIADOR	
Financiador:	EJERCITO
Cuenta:	EJERCITO
Nº Afiliado:	

Nota Paciente:		Nota Turno:	aut-2023-02-231013 simple
----------------	--	-------------	---------------------------

Items:	Código	Nombre	Tipo Item
-	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	PRESTACION

8.4 Desarrollar un Proceso referente al informe de hallazgos críticos

- 8.4.1 Condición: El servicio de Radiología e imágenes diagnósticas, no cuenta con un protocolo de notificación de datos críticos identificados en el servicio, que permita informar de manera oportuna al paciente ni al médico remitente algún estado patológico identificado que pueda poner en peligro su vida.
- 8.4.2 Criterio: Estándar 37 de la resolución 5095 de 19 de noviembre de 2018 página 29: La organización garantiza que en imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuentan con los protocolos que definen criterios específicos para: información que debe formar parte de la seguridad del paciente.

Roberts K. A machine learning approach for identifying anatomical locations of actionable findings in radiology reports. 2012; 2012: 779-88

Reconocimiento de localización anatómica de patologías críticas para facilitar la comunicación a los profesionales clínicos tratantes como son, neumotórax a tensión, masas que afecten la vía aérea, derrame pleural masivo, derrame pericárdico con riesgos de taponamiento cardíaco, trombo embolismo pulmonar, síndrome aórtico agudo, neumonía extensa o multifocal, signos de sangrado activo de tórax, sonda de tubo endotraqueal en bronquios, sospecha de aneurisma aórtico o visceral complicado y aquellos que considere la sociedad colombiana de radiología y el servicio de radiología del Hospital.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 13 de 32

- 8.4.3 Causas: No se ha concretado la posibilidad de contar con un documento de notificación de hallazgos críticos en radiología e imágenes diagnósticas, desde el punto de vista de seguridad del paciente.
- 8.4.4 Consecuencia: El no contar con estrategias y mecanismos de comunicación de hallazgos críticos en imagenología, podría generar vulnerabilidad jurídica reputacional y económica para el Hospital, para los integrantes del servicio de imágenes diagnósticas.
- 8.4.5 Recomendación: Generar estrategias preventivas de comunicación y mecanismos redundantes de información de hallazgos críticos en radiología en materia de seguridad del paciente para evitarle al hospital posible detrimento tanto patrimonial como reputacional, lo anterior constituye una oportunidad de mejora.
- 8.4.6 Hallazgo 6: Ausencia de protocolo de reporte de hallazgos críticos en imágenes diagnósticas a personal asistencial tratante.
- 8.4.7 Observación: La OCIN considera que en el corto plazo debe contarse con el documento para reporte de datos críticos en radiología así como lo tienen otros servicios como es el caso del laboratorio clínico, por seguridad del paciente, evitar riesgos clínicos para el paciente y jurídicos para el Hospital y los funcionarios y para el cumplimiento de requisitos de acreditación.

8.5 Desarrollar un Procedimiento referente al informe al médico tratante y al usuario ante posibles de demoras

- 8.5.1 Condición: No se cuenta con procedimiento estandarizado como lo exige acreditación para informar al médico solicitante del estudio ni al paciente sobre las causas de demoras en los resultados de los estudios y definirles a ellos cuando pueden disponer de dicho resultado.
- 8.5.2 Criterio: Estándar 38 de la resolución 5095 de 19 de noviembre de 2018, Acreditación Criterio 1: Si por alguna razón los resultados van a demorar más de lo previsto se tiene un sistema para avisar al profesional y/o usuario de dicha demora, la explicación debe estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán las medidas al respecto.
- 8.5.3 Causa: Se trata de una situación de baja ocurrencia (falla el reconocimiento de voz, Red de sistemas institucional, etc.) para la cual no se había definido el deber ser, pero que requiere de un procedimiento escrito, normalizado y socializado.
- 8.5.4 Consecuencia: El no contar con estrategias y mecanismos de comunicación de demoras la duración del procesamiento y entrega de resultados en imagenología, podría generar vulnerabilidad jurídica, reputacional y económica para el Hospital y para los integrantes del servicio de imágenes diagnósticas.
- 8.5.5 Hallazgo 7: Ausencia de protocolo de reporte de prolongación de tiempos de procesamiento y entrega de resultados en imágenes diagnósticas a personal asistencial tratante y al paciente.
- 8.5.6 Recomendación: Generar estrategias preventivas de comunicación y mecanismos redundantes de comunicación de reporte y entrega de informes en radiología para evitarle al hospital posible detrimento tanto patrimonial como reputacional, lo anterior constituye una oportunidad de mejora.
- 8.5.7 Observación: La OCIN considera que en el corto plazo debe contarse con el documento para reporte de datos críticos en radiología así como lo tienen otros servicios como es el caso del laboratorio clínico, por seguridad del paciente, evitar riesgos clínicos para el paciente y jurídicos para el Hospital y los funcionarios y para el cumplimiento de requisitos de acreditación.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 14 de 32

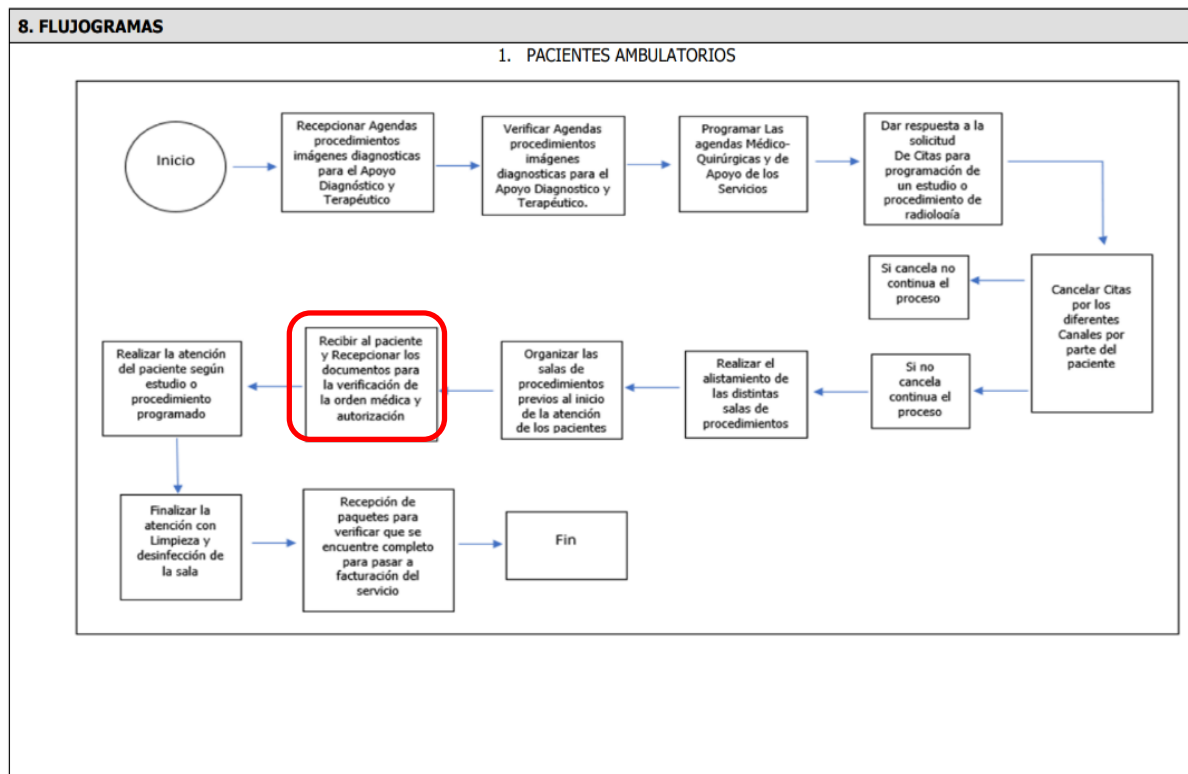
8.6 Planeación de personal:

8.6.1 Condición: Se verificó que la persona responsable de asignar citas del tercer piso del edificio de imágenes diagnósticas para el 25 de abril de 2023 refería que la persona que asignaba en el segundo piso (OPS Nathaly Vergara) se encuentra en licencia de maternidad y por ese motivo se debe atender mayor volumen de pacientes en el punto de atención del tercer piso, esto con mayor congestionamiento y celeridad a los pacientes que solicitan asignación de citas por el servicio, al averiguar en talento humano no se encontró solicitud de apoyo de personal de reemplazo

8.6.2 Criterio: Protocolo atención integral de paciente en imágenes diagnosticas AA-IMDG-PR-07 VERSION 06

 PR 07 ATENCION INTEGR....pdf

 Información



SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

FT-CLDD-04_V4

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 15 de 32

PROCEDIMIENTO		ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS		CODIGO	AA-IMDG-PR-07	VERSION	06
				Página:	17 de 37		
5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES							
ID	(QUE) ACTIVIDAD	(COMO) TAREA	(QUIEN-DONDE) RESPONSABLE / LUGAR	CUANDO	REGISTRO		
		Cuando la condición clínica del usuario lo requiera se realizará la respectiva limpieza y desinfección entre paciente y paciente. Verificara que en las salas no se encuentre muestras anatomopatológicas de los procedimientos realizados, en caso de encontrarlas, se debe reportar como Incidente o Evento adverso según corresponda de acuerdo a la Política de Seguridad. Con el fin de reducir los impactos ambientales y los riesgos a la salud de funcionarios, usuarios de los servicios, visitantes del Hospital Militar Central y de la comunidad en general asociados con la producción, manejo y disposición final de los residuos, todo el personal Médico, tecnólogo, Enfermería, Administrativo y en formación debe aplicar en todos sus procesos el manejo de desechos generados durante la atención y/o procedimientos (ver Plan de Gestión Integral de Residuos Cód. GL-CAMT-PL-03).	Auxiliar de Enfermería asignada al recibo en todos los consultorios	Viernes de cada mes	Rutinaria/terminal AH-CLME-PT-03-FT-01 Formato de Limpieza y desinfección Diaria Cód.: AM-COEX-PT-04-FT-01 Formato Verificación del Proceso de Limpieza y Desinfección Rutinaria/terminal AH-CLME-PT-03-FT-01		
11.	Recepción de paquetes para verificar que se encuentre completo para pasar a facturación del servicio.	Al finalizar la jornada de la atención al paciente y/o procedimiento, la auxiliar de enfermería de cada servicio asignado debe armar el paquete para facturación y entregar al facturador los siguientes soportes: Orden médica vigente (No mayor a un año) que la información corresponda al paciente, por el respaldo de la orden médica o en la hoja de autorización, debe ir con el nombre completo, firma, Cedula de Ciudadanía y especialidad del profesional, tecnólogo que realizó la atención o el procedimiento.	Auxiliar de Enfermería asignada al recibo en todas las salas de procedimientos o estudios / personal de facturación	Todos los días Ordenes médicas y de Procedimientos con las respectivas	Todos los días Ordenes médicas y de Procedimientos con las respectivas Autorizaciones vigentes / Planillas de Citas Asignadas / Libro de Registro de Facturación.		

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

FT-CLDD-04_V4

- 8.6.3 Causas: Deficiencia en la planeación de personal.
- 8.6.4 Consecuencia: Prestación del servicio en deficientes condiciones de sobrecarga de trabajo, generando descontento en los usuarios y demoras en las actividades de responsabilidad de la funcionaria de asignación de citas, demoras en la entrega de documentos para facturación.
- 8.6.5 Recomendación: para evitarle al hospital posible detrimento tanto patrimonial como reputacional, lo anterior constituye una oportunidad de mejora.
- 8.6.6 Hallazgo 8 (ver cuadro)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 16 de 32

El cuadro muestra como los documentos para facturación que deben ser pasados a esta dependencia el mismo día para el 3 de mayo de 2023, se están enviando la documentación del 26 al 28 de abril de 2023

IMPRESIÓN 3 DE MAYO

IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7595706 PARA FACTUR	20229530 ELVIA	GUTIERREZ	001-235A	DIGSA 2023 FUERZA REGISTRADO	AMBULATORI	26/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7596237 PARA FACTUR	41311380 SANDOVAL	AVILA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	27/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7597817 PARA FACTUR	41360710 FLOR	DELIA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	27/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7597822 PARA FACTUR	23275523 NOHORA	CECILIA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	27/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7598186 PARA FACTUR	41424921 MYRIAM	PATRICIA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7598189 PARA FACTUR	33121756 ALINA	ALMIDA	001-234A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7598193 PARA FACTUR	47428227 MARIELA	VILLARROYA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7598196 PARA FACTUR	20241696 BEATRIZ	LESME	001-233A	DIGSA 2023 FUERZA REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7598199 PARA FACTUR	12199984 ZENON	TRIANA	001-235A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7598202 PARA FACTUR	28893532 LILIANA	WALTERO	001-233A	DIGSA 2023 FUERZA REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7599381 PARA FACTUR	41320888 NUBIA	MENDOZA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599463 PARA FACTUR	33366614 SANDRA	SALAZAR	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7599464 PARA FACTUR	108718855 JULIO	MILENA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599468 PARA FACTUR	20701050 YAZMIN	LEONADO	001-234A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599476 PARA FACTUR	17175345 ALVARO	TRIANA	001-233A	DIGSA 2023 ARMAD. REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599483 PARA FACTUR	4955680 FIDELINO	DE JESUS	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599488 PARA FACTUR	19357256 CAMPO	ZAPATA	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599494 PARA FACTUR	10538229 RAFAEL	SOLARTE	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
MEDNIMAG	MEDN	MEDICINA NU	7599497 PARA FACTUR	52375671 ELIZABETH	ANIBAL	001-234A	DIGSA 2023 ARMAD. REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
RAINPRO	RAIN	RADIOLOGIA I	7599499 PARA FACTUR	123478829 CARMEN	ANTONIO	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
IMAGIMAG	IMAG	RADIOLOGIA	7599547 PARA FACTUR	1102814138 MAICOL	VELEZ	001-233A	DIGSA 2023 EJERCITI REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
					ANDREA	001-234A	DIGSA 2023 ARMAD. REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
					EDUARDO	001-234A	DIGSA 2023 ARMAD. REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
					PATERNINA	001-234A	DIGSA 2023 ARMAD. REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023
					BLANCO	001-234A	DIGSA 2023 ARMAD. REGISTRADO	AMBULATORI	28/04/2023

Impresión de 3 de mayo, se nota que se están radicando paquetes de pacientes atendidos 8 días antes.

8.7 Generalidades de condiciones de orden aseo, limpieza y desinfección.

8.6.1 Condición: En varias áreas de radiología tanto en urgencias como en el edificio de imágenes diagnósticas se aprecian, dilataciones pérdida de la continuidad de la superficie, falta de sellamientos en pisos, deterioro en la pintura en paredes , puestas y paredes , cemento expuesto.

8.6.2 Criterio: Resolución 3100 de 2019

11. Estándares y criterios de Habilitación.

11.1. Estándares y criterios aplicables a todos los servicios.

11.1.2 Estándares de infraestructura.

Generalidades de condiciones de orden aseo, limpieza y desinfección.

Numeral 43: Los cielorasos o techos, y paredes o muros, deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección, cuando se tengan dilataciones o juntas, estas deben ser selladas de manera que tengan continuidad de la superficie.

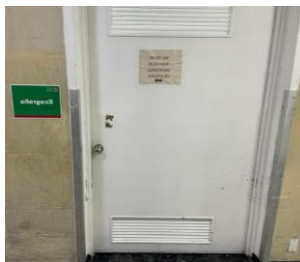
8.6.3 Causa: Falta solicitud permanente a mantenimiento, para subsanar el deterioro normal en la infraestructura de las instalaciones.

8.6.4 Consecuencia: posible Detrimento reputacional y económico ante eventuales demandas.

8.6.5 Recomendación: Con el ánimo de prevenir riesgos para el paciente y eventuales sanciones de los entes de control, resulta pertinente ajustarse a la normatividad legal de habilitación.

8.6.6 Hallazgo 9: Se evidencia, deterioro en pintura, con fisuras, pérdida en la continuidad de las superficies en paredes y puertas, en radiología de urgencias el piso presenta exposición a cemento dilataciones antecedentes de anclajes anteriores no impermeables que dificultan la limpieza y desinfección del piso de esa área.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 17 de 32



8.6.7

8.6.8 Observación 1: La OCIN recomienda realizar solicitud a mantenimiento cada vez que se detecte afectación al estándar de habilitación.

8.7 Radio protección:

8.7.1 Condición: Se requirió al área de seguridad y salud en el trabajo con el objeto de determinar respecto a la dosimetría de los funcionarios del servicio y adicionalmente se solicitaron los controles de calidad para algunos equipos de radiología para evidenciar:

- Se evaluó el desempeño de los equipos generadores de rayos X para así establecer que efectivamente se encuentran dentro de los rangos de aceptación establecidos por los protocolos internacionales de control de calidad en radiodiagnóstico.
- Se evidencia la realización de pruebas de verificación del funcionamiento de los equipos generadores de rayos X relacionadas con la calidad en la generación de la imagen de diagnóstico (energía media del haz, intensidad del kerma, resolución, alineación y exactitud de los controles de emisión).
- Y determinar los niveles de referencia (dosis en pacientes) con el propósito de verificar las condiciones de seguridad de acuerdo con los aspectos relacionados con la protección radiológica de los pacientes.

Encontrándose que los equipos y el control de dosimetría están dentro de los rangos de la normalidad

8.7.2 Criterios:

- Resolución 482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social el 22 de febrero de 2018, "por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 18 1434 de 2002 del Ministerio de Minas y Energía, en cumplimiento del deber constitucional de garantizar la salud de los colombianos y la protección del medio ambiente, y en el marco de los compromisos adquiridos como Estado Miembro del Organismo Internacional de Energía Atómica – OIEA, el 5 de diciembre de 2002, se expidió dicha resolución, mediante la cual se adopta el Reglamento de Protección y Seguridad Radiológica, el cual constituye un paso fundamental en la construcción de un marco regulatorio para el uso seguro de materiales radiactivos y nucleares coherente con la legislación Nacional e Internacional.
- Resolución 3100 de 25 de nov de 2019 Estándar proceso prioritarios, Historia clínica y registros 3.3 Control de calidad a equipos de radiación ionizante, que incluye toma de medidas cuando aplique

8.7.4 Causa: No aplica

8.7.5 Consecuencia: No aplica

8.7.6 Hallazgos 10: Los hallazgos para los equipos de Rayos X fue satisfactorio en el desempeño de la actividad radiológica

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 18 de 32

para pacientes, funcionarios y público en general, lo que permite la expedición de la licencia de funcionamiento por parte de la Secretaría Distrital de Salud. Todas las personas expuestas ocupacionalmente a radiaciones ionizantes en el hospital presentan lecturas de los dosímetros dentro de los niveles tolerables para el periodo revisado, por lo que no hubo la necesidad de investigación, documentación ni reporte de casos.



Bogotá, 24 de septiembre de 2022

A QUIEN INTERESE

En mi condición de Físico Especialista en Protección Radiológica y Seguridad Nuclear con Licencia para Prestación de Servicios de Radioprotección **CERTIFICO:**

Al equipo:

DATOS DE LOS EQUIPOS		
N° 1 - EQUIPO DE RAYOS X		
Marca: PHILIPS	Modelo: ZENITHION 70	Serie: 3150
TUBO DE RAYOS X		
Marca: I.A.E. SpA	Modelo: RTM 780 H	Serie: 82Z394
DATOS		
Voltaje: 110 VAC a 50-60 Hz	Kilovoltaje: 120 kV	Corriente: 167 mA
Filtración: 5,73 mm Al	Carga (#/sem): 25	Carga (mA·min/Sem): 100

Instalado en el HOSPITAL MILITAR CENTRAL (TV. 3C No. 49-02 Bogotá), se le realizaron pruebas de control de calidad para garantizar que su desempeño es satisfactorio en relación a la seguridad radiológica de trabajadores, público y pacientes.

En consecuencia emito concepto técnico favorable con el objetivo de que sea otorgada la correspondiente Licencia de Funcionamiento emitida por la Secretaría de Salud.

Realizado por:

URIEL CHICA VILLEGAS
PhD. Física Médica
Licencia 203 de Ministerio de Salud y Protección Social.

Carrera 14 N° 87-60 Tel: 318 312 36 20 Bogotá D.C.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 19 de 32



**CONTROL DE CALIDAD
CALCULO DE BLINDAJE
CAPACITACION
ASESORIA
FISICA MEDICA
DOSIMETRIA**

Bogotá, 4 de mayo de 2023

A QUIEN INTERESE

En mi condición de Físico Especialista en Protección Radiológica y Seguridad Nuclear con Licencia para Prestación de Servicios de Radioprotección CERTIFICO:

Al equipo:

DATOS DE LOS EQUIPOS		
Nº 1 - EQUIPO DE RAYOS X		
Marca: TOSHIBA	Modelo: AQUILION PRIME TSX-303A	Serie: ACA1492030
TUBO DE RAYOS X		
Marca tubo: VAREX IMAGING	Modelo tubo: B-805H	Serie tubo: 97052-3M
DATOS		
Voltaje: 110 VAC a 50-60 Hz	Kilovoltaje: 140 kV	Corriente: 600 mA
Filtración: 2.0 mm Al	Carga semana (mA.min):	200

Instalado en el HOSPITAL MILITAR CENTRAL (TV. 3C No. 49-02Bogotá) se le realizaron pruebas de control de calidad para garantizar que su desempeño es satisfactorio en relación a la seguridad radiológica de trabajadores, público y pacientes.

En consecuencia emito concepto técnico favorable con el objetivo de que sea otorgada la correspondiente Licencia de Funcionamiento emitida por la Secretaría de Salud.

Realizado por:

URIEL CHICA VILLEGAS
PhD. Física Médica
Licencia 203 de Ministerio de Salud y Protección Social.

Carrera 14 N° 87-60 Tel: 2368554 –Cel. 3157592171 / info@radproct.com / www.radproct.com / Bogotá D.C.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 20 de 32



**CONTROL DE CALIDAD
CALCULO DE BLINDAJE
CAPACITACION
ASESORIA
FISICA MÉDICA
DOSIMETRIA**

Bogotá, 10 de noviembre de 2022

A QUIEN INTERESE

En mi condición de Físico Especialista en Protección Radiológica y Seguridad Nuclear con Licencia para Prestación de Servicios de Radioprotección CERTIFICO:

Al equipo

DATOS DE LOS EQUIPOS		
N° 1 - EQUIPO DE RAYOS X		
Marca: GENERAL ELECTRIC HEALTHCARE	Modelo: OPTIMA NM/CT 640	Serie: 640Y25543
TUBO DE RAYOS X		
Marca: GEBE PRIVATE LTDA	Modelo: 46-274891G1	Serie: 192941BC3
DATOS		
Voltaje: 380 VAC a 50-60 Hz	Kilovoltaje: 140 kV	Corriente: 30 mA
Filtración: 0,8 mm Al	Carga (#/sem): 60	Carga (mA·min/Sem): 100

Instalado en el HOSPITAL MILITAR CENTRAL (TV. 3C No. 49-02 Bogotá) se le realizaron pruebas de control de calidad para garantizar que su desempeño es satisfactorio en relación a la seguridad radiológica de trabajadores, público y pacientes.

En consecuencia emito concepto técnico favorable con el objetivo de que sea otorgada la correspondiente Licencia de Funcionamiento emitida por la Secretaría de Salud.

Realizado por:

URIEL CHICA VILLEGAS
PhD. Física Médica
Licencia 203 de Ministerio de Salud y Protección Social.

Carrera 14 N° 87-60 Tel: 318 312 36 20 / Bogotá D.C.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 21 de 32

2/6/23, 10:26

Reporte

 CARE DOSIMETRY S.A.S NIT:900.565.894-7(Licencia Ministerio de Minas y Energía No CD-003) Periodo de Validez: 19 DE NOVIEMBRE DE 2021 – 18 DE NOVIEMBRE 2025 Calle 13F# 55-44 Barrio Primero de Mayo Cali, Valle del Cauca Tels: (602)514 3992 / 514 6205 Móvil: 321 721 6755 E-mail: laboratoriotld@caresdosimetry.com	No. de cuenta ó clave	192	Fecha recibo dosim.	2023-05-26
	NIT Entidad Usuaría	8300402560	Fecha del reporte	2023-06-02 15:25:11
	Municipio / Ciudad	BOGOTA	Vo.Bo. / Firma del responsable del Reporte	
	Persona Contacto	NANCY JANETH MATAMOROS VELASQUEZ	MAURICIO ARIZA - FISICO ESP	
	Cargo del contacto	AUX SERVICIOS		
Código Institución: 283				
REPORTE DE DOSIMETRIA 2023-04-01		HOSPITAL MILITAR CENTRAL - RADIOLOGIA		

Nombre	Género	Ocupación	CC	Fecha de Ingreso al Servicio	Periodo de uso del dosímetro		Referencia Recambio	Ubicación del dosímetro	Energía ó calidad de radiación	Observ.	Dosis del Periodo (mSv)			Dosis Acumulada 12 meses (mSv)			Dosis Acumulada total(mSv)		
					Primer día	Ultimo día					Hp(10)	Hp(0.07)	Hp(3)	Hp(10)	Hp(0.07)	Hp(3)	Hp(10)	Hp(0.07)	Hp(3)
AGUDELO MOLINA NINI JOHANA	F	RC	42030651	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,077	0,144		0,864	1,636		1,550	2,905	
ALARCON GRANADOS SANDRA VIVIANA	F	RC	53066244	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,031	0,057		0,591	1,127		1,294	2,303	
ALBEAR BERNAL GINA ALEXANDRA	F	RC	1030596847	2023-03-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,048	0,090		0,066	0,123		0,066	0,123	
AMADO MERCHAN MARIA CONSUELO	F	RC	52088598	2022-08-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,459	0,871		1,989	3,767		1,989	3,767	
AMBIENTAL ANGIOGRAFIA_UNO	F	RC	14	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,034	0,064							
AMBIENTAL TOMOGRAFIA_EXTERNA	F	N	13	2021-05-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,029	0,054							
AMBIENTAL TOMOGRAFIA_URGENCIAS	F	RC	12	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,021	0,038							
ARDILA VARGAS JACKSON	M	RC	1012331032	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,042	0,078		0,898	1,702		1,578	2,771	
ARENAS CASTAÑO EFRAIN	M	RC	88275734	2023-03-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,000	0,000		0,013	0,024		0,013	0,024	
ARIZA ALARCON EMILSEN	F	RC	52787654	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,020	0,037		1,091	2,053		2,513	4,270	
BARRERO HERMOSA ALEXANDER	M	RC	83229572	2022-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,021	0,039		1,099	2,006		1,099	2,006	
BERDUGO MORENO JUAN OSWALDO	M	RC	79150678	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x		0,018	0,033		0,550	1,028		1,089	2,030	

 	HOSPITAL MILITAR CENTRAL										FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA										CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03									
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO										FECHA EMISIÓN: 14-06-2022										VERSIÓN: 02									
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO										SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI										Página 22 de 32									

2/6/23, 10:26

Reporte

CAICEDO VANEGAS LEIDY	F	RC	1004065567	2021-11-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,731	1,373	1,322	2,434	
CALLEJAS OLIVERA MARIA DEISY	F	RC	52155085	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,047	0,088	0,707	1,322	1,167	2,219	
CANTOR OSORIO ANDREA DEL PILAR	F	RC	1013624175	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,032	0,059	1,620	3,059	2,051	3,807	
CARRERO QUINTERO LUZ MERY	F	RC	52768010	2022-08-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,013	0,023	1,039	1,682	1,039	1,682	
CASTRO FRESNEDA XIMENA	F	RC	1019091920	2023-02-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,032	0,059	0,102	0,190	0,102	0,190	
CAÑIZALES ANGULO DIANA YESENIA	F	RC	52753262	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,023	0,042	0,651	1,216	1,151	2,105	
CAÑÓN ESPINEL NUBIA FABIOLA	F	RC	52189299	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,017	0,030	0,554	1,007	1,113	1,997	
CELY CRUZ LUZ DAMARY	F	RC	1115851131	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,029	0,054	0,575	1,072	1,186	2,154	
CHAVARRO CASTEAÑEDA CRISTIAN CAMILO	M	RC	1083879596	2022-04-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,028	0,051	1,550	2,711	1,618	2,839	
COLLAZOS MUÑOZ NELSON ANDRÉS	M	RC	7729562	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,010	0,538	1,042	1,163	2,135	
CORREA SANCHEZ CÉSAR AUGUSTO	M	RC	2968650	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,565	1,055	1,168	2,127	
COVALEDA MONTERO ISABEL HERMINIA	F	RC	40929937	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,026	0,048	0,928	1,690	1,552	2,832	
DONATO RONDON ANGEL OCTAVIO	M	RI	79525959	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,722	1,365	1,256	2,265	
DUARTE GARCIA MARIXABEL	F	RC	1001174054	2021-12-16	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,024	0,045	1,990	3,767	2,303	4,314	
DUARTE GARCIA CRISTIAN STIVEN	F	RC	1000800778	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,024	0,044	1,431	2,704	2,862	5,121	
DUEÑAS RAMIREZ MARIA DORIS	F	RC	40396997	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,041	0,076	0,573	1,099	1,112	2,131	
GARCIA GUERRERO IRINA	F	RC	31577176	2022-09-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,034	0,063	0,364	0,672	0,364	0,672	
GARCIA MANTILLA GRACIANO	M	RC	91497513	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,069	0,130	0,781	1,498	1,292	2,460	
GIRALDO CASTRO WILLIAM ANDERSON	M	RC	1022345722	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,044	0,083	0,935	1,766	1,559	2,904	
GIRALDO ARBOLEDA DIDIER FERNAN	M	RC	80734437	2021-12-19	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,043	0,080	0,757	1,401	1,094	2,007	
GOMEZ JORGE ENRIQUE	M	RC	3186413	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,042	0,078	0,844	1,628	0,891	1,705	
GONZALEZ AGUILERA DUAN ANDRES	M	RC	80792015	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,030	0,056	0,676	1,282	1,357	2,413	
GONZALEZ GUTIERREZ LUZ EDITH	F	RC	39569763	2021-12-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,247	0,467	1,581	2,941	2,140	3,929	
GONZALEZ OLIVEROS NOLBERTO	M	RC	14253453	2021-11-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,036	0,066	0,615	1,148	1,075	1,974	
GONZALEZ SANCHEZ LAURA DINEY	F	RC	1054550641	2023-04-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,024	0,044	0,024	0,044	0,024	0,044	
GONZALEZ SOLANO CELIMO ARBEY	F	RC	1056552474	2023-02-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,014	0,026	0,184	0,347	0,184	0,347	
GRISALES ARBOLEDA VALENTINA	F	RC	1233497164	2022-12-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,047	0,087	0,428	0,805	0,428	0,805	
GUERRERO GOMEZ MONICA	F	RC	1055730188	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,051	0,096	0,768	1,450	1,504	2,752	

plataforma.caredosimetry.com/pdfReporte/13471

2/4

 	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO		FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 23 de 32

2/6/23, 10:26

Reporte

GUTIERREZ SARMIENTO JULIANA	F	RC	102079906	2022-02-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,619	1,170	0,745	1,387
HERNANDEZ GUTIERREZ JOHANA KATHERINE	F	RC	1022324964	2023-04-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
HIGUITA SUCERQUIA JOVANY DE_JESUS	M	RC	98661906	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,032	0,060	0,598	1,104	1,022	1,968
HURTADO JHON ALEXANDER	M	RC	13872022	2022-07-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,024	0,044	0,568	1,062	0,568	1,062
HURTADO BENITEZ JESSICA ANDREA	F	RC	1033751127	2021-12-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,028	0,051	0,823	1,543	1,124	2,098
LEON SANABRIA FREDDY	M	RC	7173648	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,010	0,620	1,185	1,064	2,024
ORTIZ DAGUA PAOLA ANDREA	F	RC	1106780310	2021-11-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,052	0,098	0,799	1,504	1,112	2,043
OSPINA BUITRAGO MILTON JAVIER	M	RC	1098307853	2023-02-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,015	0,027	0,127	0,238	0,127	0,238
OTALORA LEIVA DIANA MARCELA	F	RC	1014188066	2021-12-20	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,016	0,029	0,884	1,705	1,188	2,238
PARDO PARDO GERMAN	M	RI	79152397	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,010	0,732	1,385	1,388	2,502
PINZON POVEDA DIANA CAROLINA	F	RC	1070602738	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,016	0,028	1,458	2,296	1,953	3,102
REY AMAYA ALISON LORENA	F	RC	1032492759	2022-12-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,024	0,045	0,325	0,610	0,325	0,610
RODRIGUEZ MARIÑO JANETH SOLANGE	F	N	52213577	2023-03-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,046	0,086	0,046	0,086
RODRIGUEZ BAYONA JULIETH JOHANNA	F	RC	1057578109	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,028	0,052	1,199	2,259	1,723	3,205
ROMERO VARGAS EDWIN JAVIER	M	RC	1030525083	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	NRD		0,761	1,410	1,215	2,333
SALAZAR GARCIA ANA MARIA	F	RC	52666828	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,016	0,783	1,466	1,328	2,571
SALCEDO JIMENEZ GINA MARCELA	F	RC	1023913678	2021-12-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	1,173	2,175	1,459	2,725
SANCHEZ CHINCHILLA LIZETH ANDREA	M	RC	1098684954	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,018	0,032	1,356	2,559	2,267	4,053
SANCHEZ VARGAS KAREN JISETH	F	RC	53031135	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	NRD		0,845	1,585	1,615	2,946
SIERRA BUITRAO DIANA CAROLINA	F	RC	1053347542	2022-12-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,019	0,538	1,037	0,538	1,037
SILVA GONZALEZ WILMAR MAURICIO	M	RC	1130610098	2022-11-01	2023-04-01	2023-04-30	30	cristalino	x		0,000		0,116		0,116
SILVA GONZALEZ WILMAR MAURICIO	M	RC	1130610098	2022-11-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,010	0,378	0,721	0,378	0,721
SUSATAMA GALVIS NELSON ALIRIO	F	RC	80235793	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,028	0,052	0,649	1,215	1,274	2,344
TAFUR ANZOLA ALVARO AMADOR	M	RC	79142176	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,017	0,030	0,638	1,195	1,164	2,192
VARGAS MALAVER ALFONSO FRANCISCO	M	RC	7180401	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	cristalino	x		0,010		0,433		2,321
VARGAS MALAVER ALFONSO FRANCISCO	M	RC	7180401	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,024	0,045	0,744	1,399	2,760	4,418
VELASQUEZ BAUTISTA JULY TATIANA	F	RC	1012378962	2022-09-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	0,449	0,842	0,449	0,842
VELASQUEZ SOCHE JOHN EDWIN	M	RC	80793956	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,052	0,097	0,949	1,784	1,487	2,704

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 24 de 32

2/6/23, 10:26

Reporte

VELOSA PORRAS JANETH	F	RC	40031172	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,039	0,072	0,652	1,217	1,410	2,499
VIVEROS CARREÑO JUAN MANUEL	M	RC	1010187457	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	cristalino	x		0,000		1,194		2,707
VIVEROS CARREÑO JUAN MANUEL	M	RC	1010187457	2021-06-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,000	0,000	1,504	2,841	3,352	5,288
ZAMBRANO PEÑA SHIRLEY DANIEL	F	RC	1012452126	2023-04-01	2023-04-01	2023-04-30	30	tronco	x	0,033	0,061	0,033	0,061	0,033	0,061

Observaciones: NRD: No Retorno Dosímetro, DNL: Dosímetro no Legible, DN: Dosímetro Normal, DPC: Dosímetro Presenta Contaminación, DPD: Dosímetro Presenta Daño, DELM: Dosímetro Excedió Límite Mensual, DELA: Dosímetro Excedió Límite Anual, BCNE: Dosímetro Control No Evaluable, ND: No Detectable, VAC: Vacaciones, DUB: Dosímetro Uso Bimensual, P: Perdido, DID: Dosímetro irradiado Directo

- [1] Varios registros para un mismo usuario, puede significar: i) que usa un segundo dosímetro, ej. de anillo, ó, ii) tiene reportes para más de un periodo, al no haber entregado el dosímetro para su lectura.
- [2] Un dosímetro puede ser no legible = DNL, por deterioro de los materiales portadores de los elementos sensibles a la radiación.

Una Nota Importante:
La razón por la cual la ICRP «Comisión Internacional de Protección Radiológica, recomienda que el límite de dosis para Trabajadores Ocupacionalmente Expuestos sea de 20 mSv año obedece a estimar que la vida laboral de una persona es de 50 años y que en toda la vida debe recibirse como máximo una dosis de un Sievert.

Información de interés general:

- * Una dosis reportada como ND=No Detectable, significa que la lectura está entre cero y el nivel de detección (indicar el nivel en mSv)
- * Hp(0), es la dosis equivalente personal a la profundidad indicada en milímetros. Así: Hp(10) estima la dosis en tejido profundo, Hp(0.07) estima la dosis en tejido superficial y Hp(3) estima la dosis al cristalino.
- * Los dosímetros de anillo y brazalete tienen aplicación en prácticas donde el usuario manipula los materiales radiactivos.
- * Los dosímetros de control, tienen por objeto la verificación de irradiaciones incidentales o accidentales durante el transporte y/o lugar de almacenamiento mientras es retornado para lectura. No deben utilizarse o ser asignados a usuario alguno.
- * Toda dosis que supere el valor de 1.67 mSv/mes para la magnitud Hp(10); 42 mSv/año para Hp(0.07) y 12.5 mSv/año para Hp(3) debe ser investigada y documentada al interior de la instalación. Tal registro, es una señal de alerta indicadora de la posibilidad de sobrepasar el límite anual, o indicadores de la necesidad de optimizar la práctica.
- * Toda dosis que supere el valor de 12.0 mSv/mes debe ser inmediatamente reportada a la Autoridad Reguladora, con el fin de emprender acciones que reduzcan o eviten la exposición o la probabilidad de exposición.
- * La periodicidad de recambio de los dosímetros, reviste importancia ante la necesidad de investigar registros de dosis fuera de los rangos recomendados, ante un incidente, un accidente o una situación de emergencia.

8.7.7. Recomendación: No aplica

9 Seguimiento PQRSDF:

Previo búsqueda en la base de datos de PQRSDF (peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias, felicitaciones) Carpeta de OCIN y en la oficina de atención al usuario, se verificó el servicio de radiología e imágenes diagnósticas auditado presenta PQRSDF, evidenciándose que en lo corrido de enero a mayo de la vigencia 2023, se han interpuesto 77 acciones de las cuales 2 son felicitaciones, 26 reclamos, 2 quejas y 47 peticiones.

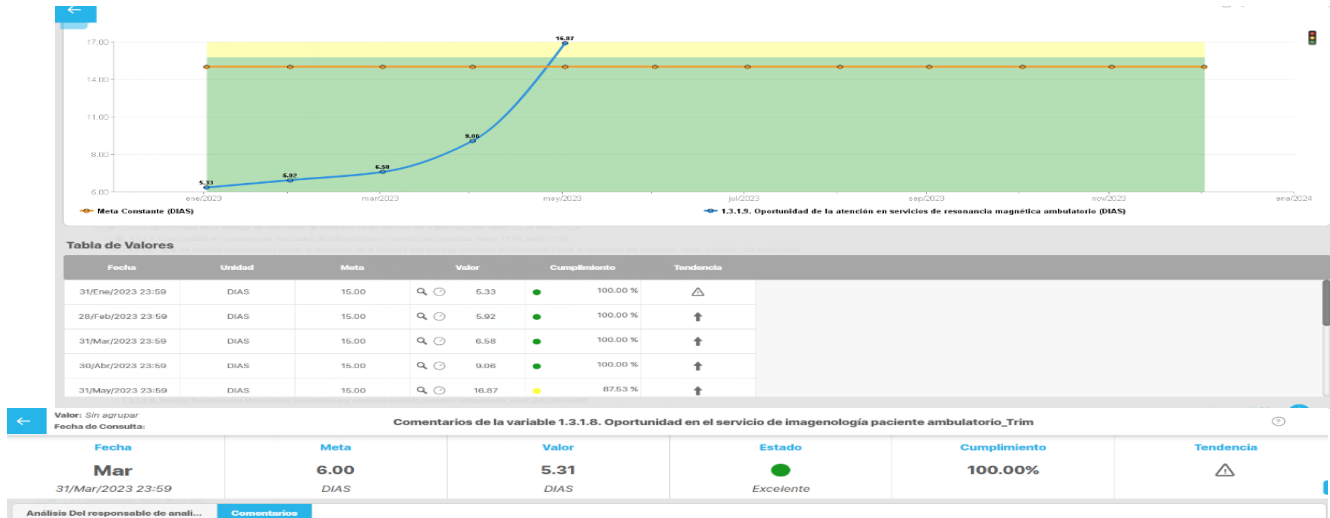
Las dos quejas corresponden a inconformidades con la humanización en la prestación del servicio, de los 26 reclamos 6 corresponden a oportunidad en citas para resonancia magnética, 3 citas para eco doopler y dos por osteodensitometría.

Dentro de las 47 peticiones, los más representativos son: 22 casos corresponden a solicitudes de citas Resonancia o lectura de la misma, solicitan resultados de estudios radiológicos, 3 solicitan cita para ecografía, y 2 por gammagrafía, por lo que resulta pertinente realizar acciones en mejora de la humanización y en oportunidad del servicio.

10 Sistemas de información: Verificada la presentación de sistemas de información Carpeta “Z” OCIN, se encuentra que sistema que le aplica al tema auditado es El sistema de información RIS PACS, analizando sus reportes se pudo obtener la información de primera mano por parte del servicio de imágenes diagnósticas, utilizando éste sistema de información para la presente auditoría obteniendo del **sistema RIS** (sistema de información radiológica) que se encarga principalmente de la gestión de la información administrativa y clínica relacionada con la radiología, como la programación de citas, el registro de pacientes y la gestión de resultados de pruebas. Mientras que, el sistema PACS se encarga de almacenar, gestionar y distribuir las imágenes de diagnóstico, el sistema de información no genera información estadística para la mejora.

11 Indicadores de Gestión: Se revisó la Suite Visión con el ánimo de determinar si el tema auditado cuenta con indicadores de Gestión, y determinar cual es su avance de acuerdo a la ficha del indicador encontrándose lo siguiente :

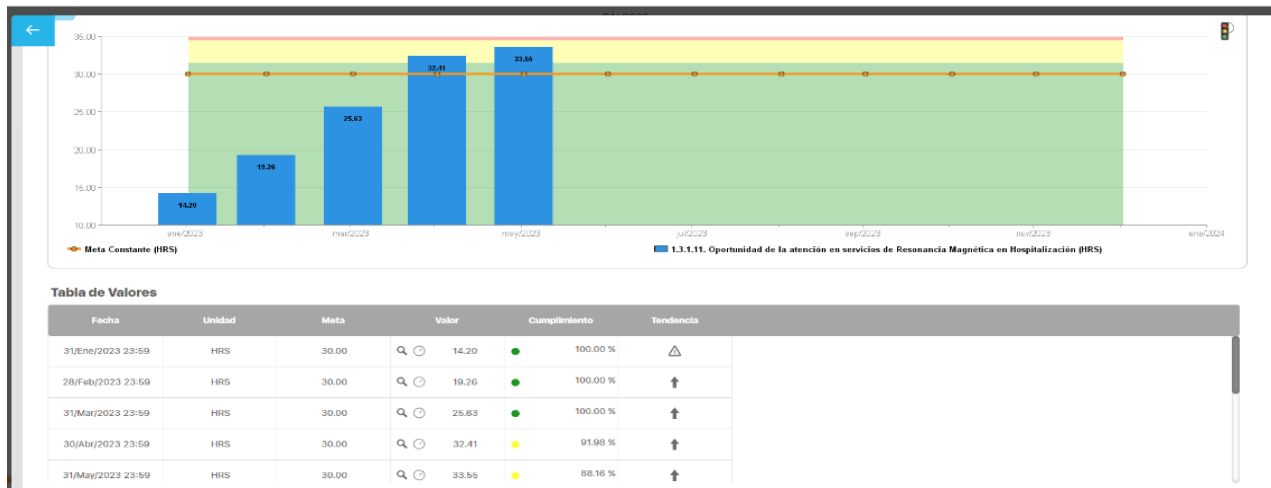
HOSPITAL MILITAR CENTRAL  	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03 FECHA EMISIÓN: 14-06-2022 VERSIÓN: 02 Página 25 de 32
--	---	--



Fuente Planeación HOMIL. Suit Visión **Oportunidad en el servicio de Resonancia Magnética** en los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2023, con periodicidad mensual, cuya meta debe ser inferior a 16 días, con cumplimiento de enero a abril del 100% y en mayo presente 16.87 días, con un cumplimiento del 87.53%.

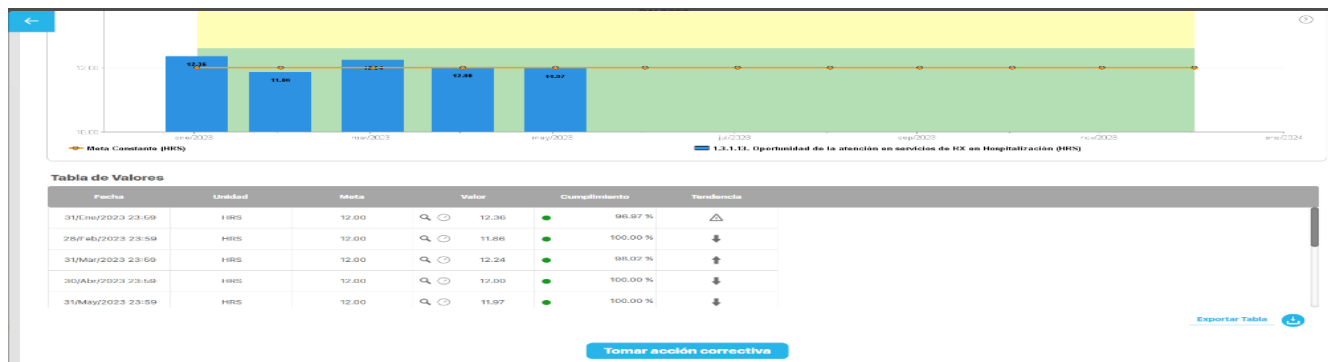
Para: Julio Cesar Quiroga Duran

Mié 28/06/2023 15:34

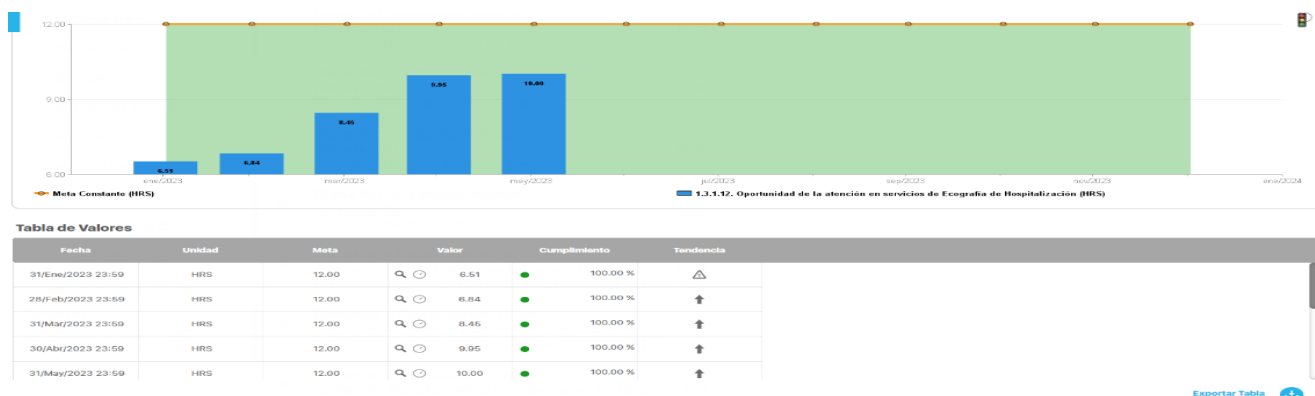


Fuente: Planeación HOMIL Suit Visión. El cuadro anterior muestra **la oportunidad de la atención en los servicios de resonancia magnética en Hospitalización** de enero a mayo de 2023, en donde la meta establece que no debe sobrepasar los 30 días, como en efecto se cumplió en enero, febrero y Marzo, pero en los meses de abril el indicador fue de 32.41 con un cumplimiento del 91.98% y en mayo de 2023 de 33.55 cumpliendo el 88.16%.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 26 de 32



Fuente: Planeación HOMIL Suit Vision Indicador: **Oportunidad de la atención de servicio de Rayos X en Hospitalización**, reporte mensual, la meta se definió que no debe superar las 12 horas presentándose que en los meses de enero 12.36 horas con cumplimiento del 96.97% y en el mes de marzo 12.24 horas con un cumplimiento de 98.02%, lo otros meses de 2023 están en un cumplimiento del 100%.



Fuente: Planeación Suit Vision. El presente cuadro de indicadores reporta Oportunidad de atención en el servicio de Ecografía en Hospitalización con una meta establecida menor a 12 horas, con un cumplimiento de metas en los meses de enero a mayo de 2023 en todos los casos inferior a 10 Horas es decir del 100%.

12 Seguimiento a informes anteriores y Planes de mejoramiento anteriores: Revisando la base de datos de planes de mejoramiento Carpeta Z de OCIN (2019-2022) No se encontraron planes de mejoramiento abiertos de vigencias anteriores que persistan a la fecha, es decir cumplieron con su desarrollo.

13 Políticas comprometidas de gestión y desempeño institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en la presente auditoría:

- **Talento Humano:** Fortalecimiento como motor de generación de resultados positivos en la entidad
- **Fortalecimiento institucional:** Agilizar la operación y procesos para la toma de decisiones efectivas sobre la vida de los pacientes.
- **Servicio al ciudadano:** Mayor bienestar social como principio de eficacia.
- **Racionalización de trámites:** La entrega oportuna de resultado de servicios genera seguridad, satisfacción y confianza en los pacientes.
- **Gobierno digital:** Genera innovación, agilidad y efectividad de los procesos

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 27 de 32

- Mejora normativa: La claridad en los criterios de los protocolos, precisa y facilita el cumplir cabalmente los requerimientos.
- Seguimiento y evaluación del desempeño: Se evalúa periódicamente los resultados de la gestión, se verifican resultados en cuanto a plazos previstos y calidad requerida.

14 Seguimiento al matriz de riesgos asociados al proceso:

15.1 Condición: De acuerdo con la revisión de los riesgos asociados al Proceso Misional Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico, un riesgo tiene como responsable al Servicio de Radiología, tal como se presenta a continuación:

RIESGO	CAUSA RAÍZ	ZONA DE RIESGOS INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	OBSERVACIÓN OCIN
Posibilidad de afectación reputacional por error en el diagnóstico y tratamiento de los usuarios atendido por el HOMIL, debido al no cumplimiento de protocolos, errores de interpretación, lectura, transcripción y validación de los resultados y/o estudios.	No cumplimiento de protocolos, errores de interpretación, lectura, transcripción y validación de los resultados y/o estudios.	Alto	1. El líder de sección y/o área realiza socialización, evaluación y adherencia anual de los protocolos del servicio de acuerdo al cronograma establecido de cada servicio. 2. El líder de calidad (de los servicios de patología, laboratorio y radiología) realiza reporte mensual del formato Cód. AA-LACL-PT-13-FT-01 - ERRORES EN LA VALIDACION DE RESULTADOS Y/O PERDIDA DE MUESTRAS EN LABORATORIO CLINICO -PATOLOGIA IMÁGENES DIAGNOSTICAS, con el fin de hacer seguimiento y evitar errores de interpretación, lectura, transcripción y validación de los resultados y/o estudios.	En el primer trimestre de 2023 no se evidenció materialización del riesgo en lo referente a errores de interpretación, lectura, transcripción y validación de los resultados y/o estudios.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2023

Referencia	Código Único (iD)	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control (Propósito, forma como se realiza, responsable, periodicidad,	Observaciones de OCIN
23	GAAF_12	Desabastecimiento de insumos para la realización y procesamiento de estudios y muestras.	Falta de planeación, aumento o disminución en la demanda de	Posibilidad de afectación reputacional por <u>desabastecimiento de insumos para la realización y procesamiento de estudios y muestras</u> , debido a <u>falta de planeación</u> , aumento o disminución en la	Moderado	Moderado		En el año 2023, no se han presentado eventos donde se materialice desabastecimientos de insumos por

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 28 de 32

24	GAAF_13	Aumento de los niveles permitidos de radiación provocando posibles efectos nocivos para la salud de los trabajadores expuestos a radiación ionizante.	No uso del dosímetro y no uso de los elementos de radio-protección personal.	Posibilidad de afectación reputacional por aumento de los niveles permitidos de <u>radiación ionizante</u> provocando posibles efectos nocivos para la salud de los trabajadores expuestos, debido al <u>no uso del dosímetro y no uso de los elementos de radio-protección personal</u> .	Moderado	Moderado	El líder del servicio garantiza el cumplimiento de los cronogramas de mantenimientos preventivos y/o correctivos de los equipos emisores de radiación ionizantes, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de los equipos.	No se evidenciaron casos el riesgo en lo corrido de 2023
		los pacientes y falta de control a las existencias de insumos.		demandas de los pacientes y falta de control a las existencias de insumos.			falta de control, se tiene el mecanismo de compra por caja menor para casos de procedimientos de baja frecuencia.	

15 Seguimiento a la habilitación:

Estándar de Historia Clínica y Registros 3.3 de la Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2018

Cuenta con tecnólogos en imágenes diagnósticas para operación de equipos y adquisición de imágenes, se dispone de médicos radiólogos de planta y de contrato a quienes se les acreditó su formación académica y se corroboró tanto el Rethus respectivo para el manejo e interpretación de las imágenes diagnósticas de ultrasonido y de radiaciones ionizantes para establecer diagnóstico y tratamientos de acuerdo a sus especialidades como para la supervisión de los tecnólogos, así como cursos adicionales que exige.

En infraestructura: Cumple con los criterios que le son aplicables a todos los servicios, vestidor de pacientes, área para almacenamiento de dispositivos médicos e insumos, área de procesamiento de imágenes, ambiente para la lectura, sala de espera y unidades sanitarias por sexo. Ambiente exclusivo para equipos generadores de radiación ionizante y área o ambiente de control / comando de equipo, de acuerdo con la tecnología utilizada y además permite la visualización del paciente, movilización del talento humano, pacientes usuarios y equipos biomédicos, cuenta con área de preparación de pacientes y ambiente de trabajo sucio. Cuenta con sistemas de alimentación eléctrica de acuerdo a la tecnología utilizada y de acuerdo con especificaciones del fabricante, con fijación de equipos

En radiología intervencionista cuenta con lavamanos quirúrgico, mesa para instrumental área de recepción y entrega de pacientes, área de recuperación de pacientes, con oxígeno medicinal y succión, inyector de medios de contraste.

Dotación:

Cuenta con pantalla o monitor de grado médico para imágenes radiológicas, ultrasonido y en RMN. Elementos de protección radiológica adulto y pediátrico, según ofertas y protocolos, (delantal plomado, protector de tiroides, protector de gónadas, gafas plomadas cuando se requiera), Fluoroscopio, cuenta con equipo de captura y transmisión de datos e imágenes que aseguran condiciones visualización de imágenes y de lectura.

Procesos prioritarios:

Realizan acciones para evitar efectos nocivos al personal, los pacientes, los visitantes y el público en general, hay mecanismos para verificar la calidad de la imagen, incluida la toma de medidas preventivas y correctivas cuando se requiera, se realiza control de calidad de equipos de generación de radiación ionizante.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO		FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 29 de 32

Cuenta con procedimientos escritos para realización de procedimientos diagnósticos.

Estándar de Historia clínica y registros: La norma de habilitación exige lo siguiente:

Dosis de radiación expresadas en unidades según la tecnología del equipo.

Número de estudios repetidos y las causas.

Por lo que el servicio debe realizar los ajustes a que haya lugar para contar con la totalidad de la información correspondiente al estándar de historias clínicas y registros en los aspectos que anteceden, toda vez que es responsabilidad del prestador el cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables al servicio.

FORMATO	NOVEDADES DE ESTUDIOS	CODIGO	AA-RADL-FT-04	VERSION	01
		Página:		2 de 2	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 30 de 32

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: NOVEDADES DE ESTUDIOS	CÓDIGO: AA-RADL-FT-04
 	UNIDAD: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (SERVICIO DE RADIOLOGIA)	FECHA DE EMISIÓN: 07-09-2022
	PROCESO: GESTIÓN APOYO ASISTENCIAL Y FARMACEUTICA	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 de 2

Diligencie el formato con letra clara y legible sin tachones ni enmendaduras:

FECHA DE REGISTRO	FECHA Y HORA DE TOMA DEL ESTUDIO	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DEL PACIENTE	ESTUDIO	NOVEDAD	QUIEN LO REPORTA
26-03-23	6-03-23	WISNER PAZ Pulanque	11902126	Rx panoraica inferior	Se debe usar el grad plato para la toma	Dr Madero
27-03-23	13-03-23	Pablo Tobías Ruiz Meneses	12107268	Rx cadera	No hay imágenes	Dr Madero
27-03-23	16-03-23	KARCO Lina Toranzo	19367801	Falta estudio Rx Dorsal-lumbar	Reporte Incompleto estudio Dorsal-lumbar	Dr Jirga
24-03-23	28-03-23	Yenny Cardenas Alfonso	52612368	Rx Surveillance	No apto para lectura X de control de preparación	Dr Tafel
29-03-23	28-03-23	Adrian Sandoval Bernal Quintana	10983376	Rx ant-surveillance	Falta proyecciones oblicuas	Dr Tafel
31-03-23	29-03-23	Lina Tercera Lopez	37330089	Rx cadera	Sin imágenes para lectura	Dr Tafel
3-04-23	24-03-23	Tatiana Gomez	1110552167	Rx cadera	Unilateral la lateralidad proyecciones invertidas	Dr Jirga
6-04-23	4-04-23	WZ Kila Ortega Morales	21726460	Tac Cuerpo Total	Estudio Incompleto falta proyecciones caderas	Dr cherry
17-04-23	17-04-23	Eliud Medina Gonzalez	10517953	Rx Toracica	Falta proyección lateral y central en T4-T10	Dr Tafel
17-04-23	20-04-23	Santiago Andres Paz Herrera	1014943326	Resonancia M. Inferior	Falta separar estudio indicado por los carpetas	Dr baiduy
30-04-23	22-04-23	Scarlet Quino Nadiuska	52520004	Resonancia Abdomen	Paciente con sospecha de insulina se hizo simple falta secuencias	Dr Vasco
29-04-23	29-04-23	Juan Carlos Pesa Bethan	17705694	Resonancia columna cervical	No se puede realizar por artefacto y esquiva en cuello todo izquierdo	Tecnologo Edwin Romero

15 Seguimiento a Acreditación: Estándar 37 resolución 5095 de 19 de noviembre de 2018

La organización con el objeto de poder garantizar que en imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y cuenta con protocolos que definen criterios específicos para competencias del personal, información clínica mínima que deben contener las solicitudes de imágenes y de muestras, verificación de la identidad del paciente, cotejo y marcación de insumos médicos en los procedimientos. Control de tiempos de traslado de muestras. Medición de oportunidad de reportes.

Aceptación o rechazo de imágenes, si se aceptan imágenes dudosas el reporte final debe indicar la

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 31 de 32

naturaleza del problema y la precaución para la interpretación del resultado incluye análisis para identificar las causas que motivaron el daño en la imagen.

Información para la retoma de imágenes, a que hace parte del programa de seguridad del paciente, debe ajustar los mecanismos de autocontrol, ejercer inspección vigilancia dejando evidencia de los hallazgos de los correctivos implementados frente a desviaciones encontradas, evidencia de la mejora continua lograda y de ser posible contar con un control de calidad externo.

16 CONCLUSIONES.

- Durante el seguimiento a la adherencia de los lineamientos establecidos en los diferentes normas, protocolos y procedimientos que se han establecido para el funcionamiento del servicio de imágenes diagnósticas, para garantizar los mejores niveles de seguridad, oportunidad, seguridad, calidad, eficiencia, equidad, para nuestros usuarios en el Hospital Militar Central, se encontraron hallazgos que ameritan la realización de un plan de mejora para crear, ajustar y completar procedimientos, así como autocontrolar, inspeccionar, vigilar e intervenir en los diferentes niveles, la correcta implementación de los mismos así:
- Completar y ajustar a la normatividad legal vigente los protocolos y procedimientos, estos documentos deben incluir el talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos lo anterior de acuerdo a lo publicado en el numeral 11.1.5 Estándar de procesos prioritarios página 73 de la resolución 3100 de 2019 de habilitación de servicios de salud.
- Realizar la socialización, evaluación y seguimiento de la adherencia a todo del personal de la normas, protocolos y procedimientos, adicionalmente el seguimiento a la adherencia de manera presencial durante la práctica diaria y rutinaria de protocolos.
- Ante la falta de los protocolos para el reporte de información crítica en radiología e imágenes diagnósticas se que requiere la creación del documento como parte del plan de mejora.
- Es recomendable que el servicio defina las necesidades de información para la toma oportuna de decisiones, la recolección sistemática de ésta, necesidades de almacenamiento, archivo, minería de datos, niveles de satisfacción de los usuarios, espacios gerenciales para la y técnicos para el análisis de información, comparación con las mejores prácticas.
- Solicitar a la firma que administra el sistema de información que esta plataforma permita generar reportes e indicadores entre otros de las inasistencias de los pacientes que son devueltos por diferentes motivos con el objeto de realizar estrategias al interior del hospital para que no vuelvan ocurrir estos eventos.
- Ante el deterioro por el uso de las instalaciones de radiología, se hace necesario la solicitud a la unidad de apoyo logístico para la realización de acciones de mantenimiento a la infraestructura del servicio.
- No se está dejando evidencia en todos los casos de las razones de la no realización los procedimientos en radiología por lo que el hospital situación que debe corregirse en el menor tiempo posible.
- En los temas de habilitación y acreditación el servicio de imágenes diagnósticas deben contar con las evidencias consistentes, válidas y oportunas que demuestren el cumplimiento de los estándares y de la mejora continua.
- La OCIN exhorta al servicio de imágenes diagnósticas elaborar un Plan de Mejoramiento para subsanar las observaciones encontradas, tener en cuenta el procedimiento interno de la OCIN "Elaboración y Seguimiento de Planes de Mejoramiento", Plan que se debe allegar en los próximos cinco (5) días hábiles siguientes al radicado de éste seguimiento y enviar el informe final por parte del servicio a través de la Jefatura Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de la Subdirección de Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico al correo controlinterno@homil.gov.co

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 32 de 32

17 RECOMENDACIONES.

- La OCIN recomienda que el servicio de imágenes diagnósticas formule en sus documentos, documente sus acciones y evalúe el resultado de su implementación la política de seguridad del paciente, (reduciendo el riesgo de infecciones, el uso seguro de medios de contraste, asegurar la correcta identificación del paciente, la oportuna obtención de imágenes diagnósticas, involucrar a pacientes y allegados en su seguridad)
- Se recomienda implementar estrategias para disminuir el riesgo de inasistencia.
- Es recomendable dejar constancia física (en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación.
- Se debe contar con mecanismos para la comunicación oportuna de la lectura de imágenes, medición de oportunidad de reportes, la correlación de éstas con y las decisiones clínicas y la información al paciente para la retoma de imágenes.
- La privacidad auditiva y visual de los pacientes en el servicio debe garantizarse.
- En cuanto a la acreditación la OCIN recomienda, su enfoque debe ser proactivo y preventivo, los resultados deben ser causados por acciones sistemáticas de mejoramiento, monitoreados por los líderes y con la información obtenida será utilizada en la toma de decisiones y mejoramiento de procesos, los resultados serán comparados inicialmente con referentes acreditados del orden nacional.

No de Hallazgos	No de observaciones	Responsable
10		Servicio de Radiología e imágenes diagnósticas
	3	Servicio de Radiología e imágenes diagnósticas

Fuente OCIN. Elaboración propia

Cordialmente,



SMSM
Julio C Quiroga Durán
Auditor Médico

Anexos

- Formato plan de mejoramiento
- formato: análisis de causas y formulación de acciones código: EM-OCIN-PR-03-DI-01
- acta de cierre

Transversal 3C# 49 - 02 Bogotá, Colombia - **Conmutador** (57 1) 348 6868 - www.hospitalmilitar.gov.co

Redes sociales Facebook: [hospital.militarcentral](https://www.facebook.com/hospital.militarcentral) Twitter: [@HOSMILC](https://twitter.com/HOSMILC)