	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 1 - 1
	VERSION: 3	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

1100-380-10
CI - 187

Bucaramanga, 18 de septiembre de 2023

Doctor
GERMAN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente

Dra. CLARA INÉS STRAUCH DIAZ
Directora Técnica Unidades Hospitalarias HLN-UIMIST

Dra. DENNIS SALAZAR MANRIQUE
Coordinadora área de radiología
ESE ISABU
Bucaramanga

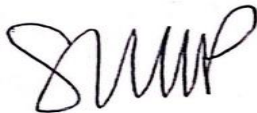
Asunto: Informe final de auditoría al Proceso Apoyo Diagnóstico – Radiología

Cordial saludo:

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en desarrollo de sus funciones y conforme al plan de auditorías para la vigencia 2023, presenta informe final de la auditoría realizada al proceso Apoyo Diagnóstico – Radiología para su conocimiento y fines pertinentes.

Teniendo en cuenta que se generaron hallazgos, se debe presentar a esta oficina, el plan de mejoramiento dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación.

Agradezco su atención.




SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

P: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo control interno

R: Silvia Juliana Pinzón Cuevas
Jefe Oficina de Control Interno

Firma _____
Radicado: 00003772
Enviado: 18/09/2023 - 1:26 p.m.
ventanillaunica
ESE ISABU



	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 1-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno

AUDITORIA DE PROCESO Y/O SUBPROCESO: APOYO DIAGNÓSTICO – RADIOLOGÍA

FECHA DE INICIO: 01 de julio de 2023

FECHA DE FINALIZACIÓN: 18 de septiembre de 2023

RESPONSABLES DEL PROCESO: Dra. CLARA INÉS STRAUCH DIAZ
Directora Técnica Unidades Hospitalarias HLN-UIMIST

Dra. DENNIS SALAZAR MANRIQUE
Coordinadora área de radiología

ALCANCE:

El alcance de la auditoria comprenderá: Aplicación de procesos y procedimientos del área, recurso humano, evaluación del riesgo, contratos ejecutados en el proceso de radiología e interacción del sistema PANACEA.

OBJETIVOS:

Evaluar de manera independiente y objetiva el proceso de Radiología, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales.

MARCO NORMATIVO:

- Constitución política de Colombia, artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interne en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."
- *Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"*
- *Resolución 482 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" expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.*
- *Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.*
- Procedimientos internos del área de Radiología.
- Manual de Protección radiológica de la ESE ISABU.

VISITAS Y ENTREVISTAS REALIZADAS:

En el marco de la auditoría, se realizaron entrevistas en las siguientes fechas: 16/08/2023 (jornada mañana y tarde), 22/08/2023, 29/08/2023, Visita de verificación dosímetros personal de turno 31/08/2023, 1/09/2023 verificación cumplimiento de actividades de contratos, 01/09/2023 entrevista verificación personal de radiología con el área de seguridad y salud en el trabajo.

Personal entrevistado:

Dra. DENNIS SALAZAR MANRIQUE Coordinadora área de radiología, Mónica Patricia García tecnóloga en RX, Jackeline Pabón Mendoza tecnóloga en RX, Clara Inés Strauch Diaz directora

técnica Unidades Hospitalarias, Iván de la Hoz, tecnólogo en radiología. Vilma Ariza, tecnólogo en radiología – Mamografía y Beatriz Helena Amaya Jiménez, profesional de Seguridad y salud en trabajo ESE ISABU.

Igualmente se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Revisión y verificación documental de las evidencias entregadas por el personal entrevistado.
- Revisión y verificación de los procesos y procedimientos que aplican al área de radiología.
- Observación directa, en la cual se pudo identificar debilidades y las fortalezas del área de radiología.
- Inspección de uso correcto del dosímetro en el personal de turno.

Desarrollo de la auditoria

La oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en cumplimiento de sus funciones, Plan Anual de Auditoría basado en riesgos de la vigencia 2023 y en el marco del MIPG, presenta informe final de auditoría realizado al proceso de apoyo diagnóstico- radiología.

La presente auditoría se llevó a cabo en atención a las normas y técnicas de auditoría, e incluyó las evidencias que dan fe del proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales.

Comentario de la oficina de Control Interno: La presente auditoria se limitó a la verificación documental del proceso, debido a la falta de un auditor especializado o con conocimientos específicos en el área misional de la entidad.

➤ **REVISIÓN Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS**

El área de radiología cuenta con la siguiente documentación la cual se encuentra actualizada:

CARACTERIZACIÓN	FECHA
APD-C- 001 CARACTERIZACION PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO VERSIÓN 3	21/03/2023
PROCEDIMIENTOS	
RAY- PR 001 PROCEDIMIENTO ASIGNACION DE CITAS Y ENTREGA DE RESULTADOS AREA DE IMAGENOLOGIA VERSIÓN 4	1/04/2023
RAY-P-002 PROCEDIMIENTO TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ORALES VERSIÓN 4	10/04/2023
RAY-P-008 TRASLADO DE EQUIPOS DE RADIOLOGIA VERSIÓN 1	16/11/2021
PROTOCOLOS	
RAY-PT-002 PROTOCOLO TOMA DE EXAMENES RADIOLOGICOS VERSIÓN 4	16/11/2021
RAY-PT-001 PROTOCOLO CALIDAD DE IMAGEN VERSIÓN 3	18/06/2022
RAY-PT-006 TRASLADO DE PACIENTE EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA VERSIÓN 1	16/11/2021
MANUALES	
RAY-M-012 MANUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA VERSIÓN 3	16/11/2021
INSTRUCTIVO	
RAY-I-001 SOLICITUD DE ORDENES DE IMAGENOLOGIA VERSIÓN 1	16/11/2021

RAY-I-002 PREPARACION ESTUDIOS RADIOLOGICOS VERSIÓN 1	16/11/2021
FORMATOS	
RAY-F-021 PLANILLA CONTROL DIARIO PACIENTES ATENDIDOS & PACIENTES EN SISTEMA INTERNO IQWEB VERSIÓN 1	30/06/2021
RAY-F-014 FORMATO CONTROL DE FALLAS EN EL AREA DE IMAGENOLOGIA VERSIÓN 2	17/11/2021
RAY-F-015 FORMATO CONTROL DE ATENCION Y SEGUIMIENTO AL PACIENTE SOSPECHOSO COVID-19 EN EL AREA DE RADIOLOGIA VERSIÓN 2	17/08/2022
RAY-F-017 FORMATO CONTROL Y ESTIMACIÓN DE DOSIS PACIENTES AREA DE ODONTOLOGIA VERSIÓN 3	10/04/2023
RAY-F-018 FORMATO CONTROL DIARIO TOMA DE ECOGRAFIAS VERSIÓN 1	15/06/2021
RAY-F-019 FORMATO CONTROL ERRORES DE FACTURACIÓN RADIOLOGIA VERSIÓN 1	15/06/2021
RAY-F-020 FORMATO CONTROL HORAS LABORADOS AREA DE RADIOLOGIA VERSIÓN 1	30/06/2021
RAY-F-024 CONTROL DARIO RAYOS X VERSIÓN 1	30/06/2021
RAY-F-027 FORMATO CONTROL DE DISPAROS AREA DE RADIOLOGIA VERSIÓN 1	27/11/2021
RAY-F-028 FORMATO CONTROL NIVELES DE REFERENCIA RADIOLOGIA RAYOS X VERSIÓN 1	16/11/2021
RAY-F-029 FORMATO AUDITORIA Y CONTROL DE SOLICITUDES MEDICAS AREA DE RADIOLOGIA VERSIÓN 1	17/11/2021
RAY-F-030 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS VERSIÓN 2	16/11/2021
RAY-F-031 PLANILLA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION RADIOLOGIA VERSIÓN 1	10/06/2022
RAY-F-033 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS PERIAPICALES VERSIÓN 1	17/08/2022
RAY-F-032 FORMATO CONTROL NIVELES DE REFERENCIA RADIOLOGIA MAMOGRAFIA VERSIÓN 1	16/11/2022
FOLLETOS	
PREPARACION PARA ESTUDIOS DE RAYOS X: ABDOMEN SIMPLE, COLUMNA LUMBAR, SACRO COXIS VERSIÓN 1	30/06/2021
RAY-F-024 GUIA ENTREGA DE RESULTADOS RX VERSIÓN 1 VERSIÓN 1	

Se procedió a la verificación del cumplimiento de las actividades en los procedimientos que se relacionan a continuación:

- Procedimiento asignación de citas y entrega de resultados área de imagenología
- Procedimiento toma de imágenes diagnósticas orales
- Traslado de equipos de radiología

Al realizar la verificación de las actividades de los procedimientos anteriormente relacionados, se evidenció que están actualizados; permitiendo llevar a cabo controles que minimicen los riesgos asociados al proceso.

De la verificación del procedimiento se pudo evidenciar el cumplimiento total de las actividades plasmadas tal y como se relacionan en el paso a paso del procedimiento.

➤ **TALENTO HUMANO**

El proceso Apoyo Diagnóstico-Radiología cuenta con el siguiente personal para el desarrollo de sus actividades: (4) técnicos en el área de la salud de planta en provisionalidad, (6) tecnólogos en RX de apoyo asistencial con vinculación de contrato de prestación de servicios, (1) Oficial de Protección Radiológica, (1) apoyo administrativo con contrato de prestación de servicios y (3) médicos especialistas en radiología con contrato de prestación de servicios.

CARGO	TIPO DE VINCULACIÓN
Técnico en el área de salud	Provisionalidad
Técnico en el área de salud	Provisionalidad
Técnico en el área de salud	Provisionalidad
Técnico en el área de salud	Provisionalidad
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Tecnólogo en RX de apoyo asistencial	CPS
Oficial de Protección Radiológica -Líder Área de Radiología	CPS
Apoyo administrativo	CPS
Médico Especialista en Radiología	CPS
Médico Especialista en Radiología	CPS
Médico Especialista en Radiología	CPS

Fuente: Oficio radicado 3165 del 10/08/2023

De acuerdo con lo anterior, la entidad cuenta con el personal suficiente para cubrir la atención de los usuarios.

En entrevista realizada con la oficial de protección radiológica, se evidenció de manera directa el cumplimiento de los perfiles de cada uno de los profesionales del área.

➤ **APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO**

El desarrollo de la auditoría se basó igualmente en la aplicación de una lista de chequeo para el proceso de apoyo diagnóstico- imagenología.

N°	CRITERIO	C	NC	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Tiene la institución un comité de Protección Radiológica - PR?		x		<p>No se evidenció Comité de Protección Radiológica, se encuentra proyectada la resolución de conformación del comité de protección radiológica la cual está en revisión para aprobación. Se anexa como soporte correo electrónico al área de talento humano para revisión, acta de reunión preliminar.</p> <p>Comentario OCI: Se debe conformar e implementar el Comité de Protección Radiológica para dar cumplimiento con el Estándar 32 (TH 18) RESOLUCION 1328/2021, el cual define "Existe un programa de seguridad radiológica, cuando en la organización se utilizan radiaciones ionizantes que cumple con el plan de control de riesgos y gestión del servicio y esta incorporado en el programa de Seguridad del paciente institucional y alineado con el programa de Seguridad y salud en el Trabajo".</p> <p>Hallazgo No. 1</p>

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
INTERNA**

CODIGO: 1300-CIN-F-013

VERSION: 1

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021

PAGINA: 5-2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de
Gestión de Control Interno

2	¿El personal tiene adecuada formación para el manejo de Radiaciones ionizantes?	x			<p>Todos los meses se realiza capacitación al personal del área ya que es de carácter obligatorio. Se evidenció actas de capacitación según información enviada.</p>
3	¿El personal recibió capacitación para el manejo de los equipos?: Conoce el personal el Manual de Protección Radiológica - MPR	x			<p>El personal tiene capacitación de manejo de equipos, la capacitación la brinda los contratistas (quien es el dueño del equipo) en manejo limpieza y desinfección y riesgos y normativas de seguridad y alarmas. Por ejemplo, INBIOMEC da capacitaciones.</p> <p>Del manual de protección radiológica la capacitación la realiza la coordinadora de radiología, para esta vigencia se realiza una capacitación por mes, se tiene estipulado realizar más capacitaciones. Igualmente se realiza inducción al personal nuevo, se llevan a cabo evaluación pre test y post test.</p>
4	Se establecen actividades de promoción y prevención para la protección individual o colectiva para riesgos (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad), y el personal participa en acciones para optimización de uso de la radiación.	x			<p>En las capacitaciones se maneja temas de trauma, lavado de manos, normas de radio protección, decálogo de derechos y deberes.</p>
5	¿Se lleva registro de la toma de los exámenes de radiología? ¿Cómo se realiza? ¿Se identifica el responsable de la toma?	x			<p>Se lleva registro de la toma de exámenes de radiología en formato denominado "FORMATO REGISTRO DIARIO TOMA DE RAYOS X, se lleva consolidado y registro de quien toma el RX.</p>
6	¿El servicio de radiología cuenta con tecnólogo en radiología e imágenes dx?,	x			<p>El proceso Apoyo Diagnóstico-Radiología cuenta con el siguiente personal para el desarrollo de sus actividades: (4) técnicos en el área de la salud de planta en provisionalidad, (6) tecnólogos en RX de apoyo asistencial con vinculación en contrato de prestación de servicios, (1) oficial de Oficial de Protección Radiológica, (1) apoyo administrativo con contrato de prestación de servicios y (3) médicos especialistas en radiología con contrato de prestación de servicios.</p>
7	¿La interpretación de los exámenes diagnósticos, es realizada por el médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas? En que horarios.	x			<p>La profesional de protección radiológica informa que la interpretación de los exámenes diagnósticos la realiza el médico de urgencias y la lectura la realiza el radiólogo especialista. Se cuenta con cuadro de turnos servicio de radiología HLN-UIMIST.</p> <p>Horarios de los médicos radiólogos: lunes a viernes jornada mañana y tarde, sábados jornada mañana.</p> <p>1 radiólogo para ecografías de consulta externa y 2 radiólogos de rx de urgencias, consulta externa y ecografías de urgencias y prioritarias.</p>
8	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.	x			<p>Es responsabilidad del área de Talento Humano, respecto al personal de planta y el área de jurídica respecto a las CPS, velar porque el personal cuente con toda la documentación exigida de forma legible y completa.</p> <p>Igualmente, internamente en el área de radiología se cuenta con un drive con las hojas de vida del personal: Estas cuentan con la respectiva documentación (cédula, actas y diplomas de médico y de especialista, vacunas, certificado de protección radiológica, retus, certificado de cursos de actualización, duelo y víctimas sexuales y demás cursos, documento y resolución de la secretaría de salud. La información incluye médicos especialistas (radiólogos y especialistas) y oficial de protección radiológica.</p>
9	¿Se tiene clasificado el Personal ocupacionalmente expuesto?		x		<p>Se evidencia que la profesional de protección radiológica lleva control de dosimetría el cual le permite clasificar el personal ocupacionalmente expuesto.</p> <p>Comentario OCI: La oficina de control interno realizó entrevista el día 01/09/2023 a la profesional encargada del área de SST con respecto a la clasificación del personal ocupacionalmente expuesto, quien manifiesta que esta identificación se da a través de la ARL, pero no se tiene identificado el personal ocupacionalmente expuesto, por lo cual</p>

				<p>informa que realizó la solicitud al área de radiología.</p> <p>Conforme a lo establecido en el parágrafo 4 del Decreto 1072 del 2015, las empresas en su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en lo concerniente a la identificación de peligros, evaluación y valoración riesgos, debe identificar y relacionar los cargos, así como los trabajadores que se dediquen en forma permanente a las actividades de alto riesgo según Decreto 2090 del 2003.</p> <p>Si bien el profesional de protección radiológica tiene identificado el personal que labora en el área, es deber igualmente por lineamientos normativos que el área de SST cumpla con lo requerido.</p> <p>Hallazgo No. 2</p>
10	¿Existe un protocolo para el manejo de los horarios de trabajo con el fin de disminuir el riesgo de radiación del Personal ocupacionalmente expuesto? POE	x		<p>Con el fin de disminuir los riesgos por radiación se elabora cuadro de turnos y el personal no hace más de 228 horas. No se ha presentado marcación dosimétrica. Se revisa cuadro de turnos mes de agosto de 2023.</p>
11	¿Cuenta el servicio con registro de permanencia y disponibilidad de los profesionales que laboran en el área de radiología?	x		<p>No, por ser personal de CPS, pero el servicio cuenta con personal de planta y de CPS para la prestación del servicio.</p>
12	¿El personal cuenta con los elementos de protección?	x		<p>Si, es obligatorio para todo el personal gafas en cirugía, dosímetros: para personal en centros de salud y HLN-UIMIST. Usuarios: chaleco, protector gonadal.</p> <p>Registro fotográfico:</p> <p style="text-align: center;">Dosímetros del personal</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p style="text-align: center;">chalecos</p> 

protector gonadal






Dosímetros ambientales



13	¿Se cuenta con registro de dosis de radiación?	x		<p>Se lleva control de dosimetría, el registro se lleva por el contratista, contrato de dosimetría, HLN; UIMIST, rosario odontología mutis café, por cada centro de salud.</p> <p>Comentario OCI: Al indagarse por los reportes de la dosimetría del área de mamografía la oficial de Protección radiología manifiesta no tener soportes del control de dosimetría ya que este lo lleva directamente el contratista del CONTRATO 0844-2023 SANTANDER MEDICAL GROUP SAS.</p> <p>Cabe resaltar que al momento de la visita al área de radiología el día 22/08/2023, no se evidenciaron los reportes de la dosimetría del área de mamografía, estos fueron allegados posteriormente el día 01/09/2023 por la supervisora del contrato. Es de gran importancia contar con la información inmediata en referencia al personal que labora en el área de radiología, ya que es responsabilidad de la Institución (Empleador, Titular Licenciado) "10. Velar por la seguridad de las fuentes de radiación ionizantes existentes en la ESE ISABU" e igualmente, 26. Proporcionar acceso a los registros de dosis, del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, a la Autoridad Competente; cuando así sea requerido.¹</p> <p>Hallazgo No. 3</p>
14	¿Se firma formulario de consentimiento al paciente? En qué casos	x		<p>Se firma formulario para consentimiento en odontología (periapical), todos los pacientes que tienen mamografía y radiología convencional-mujeres embarazadas. El ginecólogo aprueba la toma o no la RX. De igual manera se lleva el registro por mes y día de los pacientes atendidos.</p> <p>Se realizó verificación en el desarrollo de la auditoria de los consentimientos informados.</p>
15	¿Se registran los eventos adversos del subproceso de imagenología? (¿administrativos y asistenciales?)	x		<p>En lo que se lleva del año no se han presentado en el área; pero por otras áreas si se reportan, por ejemplo: cuando un paciente llega sin la manilla correspondiente de urgencias o cuando el paciente llega con orden errada o el estudio está mal solicitado o mal citado.</p>
16	Agendamiento: ¿Se cuenta con registro que permita verificar la oportunidad de agendamiento a citas de RX e imagenología?	x		<p>El agendamiento de citas se realiza a través del Software Panacea el cual permite consultar, imprimir.</p>
17	¿Se cuenta con instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos?	x		<p>Se cuenta con folletos para la preparación de pacientes, de igual manera los facturadores y el personal está capacitado para impartir las instrucciones.</p> <p>Folleto preparación de exámenes</p>

¹ Manual de Protección radiológica ESE ISABU.

				 <p style="text-align: center;">Versión: 1 30-06-2021</p> <p style="text-align: center;">Guía entrega de resultados</p> 
18	<p>Se cuenta con ambientes, áreas o espacios delimitados y señalizados, sala de espera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área para cambio de ropas de pacientes (vestuario) - Sala exclusiva para equipo de rx con las protecciones contra radiaciones ionizantes. 	x		<p>Se evidenciaron los espacios de sala de espera, área para cambio de ropa de los pacientes, sala exclusiva para toma de RX, señalización.</p> <p style="text-align: center;">Sala de espera</p> 

Señalización al entrar al área de toma de RX



Señalización



Señalización en toma de mamografía






Cartelera informativa



Área para cambio de ropa de los pacientes



19	Oficina para el radiólogo, cuarto para lectura de placas.	x		<p>Se evidenció área para el radiólogo.</p> <p>Sala de lectura del radiólogo</p>  
20	Área para el control y disparo del equipo	x		<p>Se evidenció área para el control y disparo de equipo.</p> <p>Área de comando</p>  <p style="text-align: center;">Área de comando</p>

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 13-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno



De la aplicación de la lista de chequeo se identificaron posibles hallazgos:

Hallazgo No.1

Condición: No se evidenció Comité de Protección Radiológica, se encuentra proyectada la resolución de conformación del comité de protección radiológica la cual está en revisión para aprobación.

Criterio: Manual de Protección radiológica de la ESE ISABU – 2.2. Responsabilidades # 139 y **Estándar 32 (TH 18) RESOLUCION 1328/2021** establece “Existe un programa de seguridad radiológica, cuando en la organización se utilizan radiaciones ionizantes que cumple con el plan de control de riesgos y gestión del servicio y esta incorporado en el programa de Seguridad del paciente institucional y alineado con el programa de Seguridad y salud en el Trabajo”.

Causa: Ausencia de control, seguimiento y aplicabilidad de la normatividad vigente.

Consecuencia: Riesgo de demandas debido a la falta de control en las prácticas de seguridad y prevención para el personal que hace uso de las radiaciones ionizantes.

Hallazgo No. 2

Condición: La oficina de control interno realizó entrevista el día 01/09/2023 a la profesional encargada del área de SST con respecto a la clasificación del personal ocupacionalmente expuesto, quien manifiesta que esta identificación se da a través de la ARL, pero no se tiene identificado el personal ocupacionalmente expuesto, por lo cual informa que realizó la solicitud al área de radiología.

Criterio: Decreto 1072 del 2015, las empresas en su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en lo concerniente a la identificación de peligros, evaluación y valoración riesgos, debe identificar y relacionar los cargos, así como los trabajadores que se dediquen en forma permanente a las actividades de alto riesgo según Decreto 2090 del 2003.

Causa: Ausencia de control, seguimiento y aplicabilidad de la normatividad vigente.

Consecuencia: Riesgo de demandas debido a la falta de control en las prácticas de seguridad y prevención para el personal que hace uso de las radiaciones ionizantes.

Observación: Si bien el profesional de protección radiológica tiene identificado el personal que labora en el área, es deber igualmente por lineamientos normativos que el área de SST cumpla con lo requerido.

Hallazgo 3:

Condición: Al indagarse por los reportes de la dosimetría del área de mamografía la oficial de Protección radiología manifiesta no tener soportes del control de dosimetría ya que este lo lleva directamente el contratista del **CONTRATO 0844-2023 SANTANDER MEDICAL GROUP SAS.**

Cabe resaltar que al momento de la visita al área de radiología el día 22/08/2023, no se evidenciaron los reportes de la dosimetría del área de mamografía, estos fueron allegados posteriormente el día 01/09/2023. Es de gran importancia contar con la información inmediata en referencia al personal que labora en el área de radiología, ya que es **responsabilidad de la Institución (Empleador, Titular Licenciado)** “10. Velar por la seguridad de las fuentes de radiación ionizantes existentes en la ESE ISABU” e igualmente, 26. Proporcionar acceso a los registros de dosis, del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, a la Autoridad Competente; cuando así sea requerido”.²

Criterio: Contrato 0844-2023 Obligaciones del Contratista ítem 15. Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral, prestacional y seguridad en el trabajo con el personal que sea requerido para la operación del objeto del presente contrato.

Causa: Ausencia de control y seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales para el área de mamografía.

Consecuencia: Posibles demandas, sanciones por incumplimiento de normatividad vigente.

Recomendación: A manera de recomendación, esta oficina de control interno considera pertinente que se solicite al área jurídica una obligación del contratista adicional, en la cual se le comine a hacer entrega de manera OPORTUNA de los reportes de dosimetría de todo el personal que labore en los turnos y en ejecución del contrato No. 0844-2023.

➤ **INFRAESTRUCTURA**

En lo correspondiente a la infraestructura, se realizó visita al área de radiología del Hospital Local del Norte el 22/08/2023 evidenciándose daño en el techo por humedad en la sala de espera para toma de RX.

Hallazgo 4:

Condición: Debilidad en la infraestructura del área de Radiología en el Hospital Local del Norte se

² Manual de Protección Radiológica E.S.E ISABU

evidenció daño en el techo por humedad.

Criterio: Resolución 3100 de 2019 Estándar Infraestructura “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud”.

Causa: Ausencia de control, seguimiento y aplicabilidad de la normatividad vigente que rige el servicio de radiología.

Consecuencia: Riesgo de accidentes del personal del área y pacientes ya que la zona afectada se encuentra en la sala de espera la cual es de constante tránsito.

Registro fotográfico:



➤ **ANÁLISIS Y VERIFICACIÓN DE LA CONTRATACION RELACIONADA CON EL PROCESO**

Se realizó verificación de los siguientes contratos del área de radiología que se encuentran vigentes conforme a la información allegada por el responsable del proceso:

CONTRATO OS-001-2023 ISECURE SAS

CONTRATO OS-001-2023			
Objeto: PRESTACION DE SERVICIO DE DOSIMETRÍA PARA LOS OPERADORES DE EQUIPOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y DE RADIOLOGÍA DENTAL DE LA ESE ISABU			
Supervisor: Mónica Patricia García Delgado			
Valor: 11,016,000			
PLAZO: 9 MESES ACTA DE INICIO: 27/01/2023			
OBLIGACIONES CONTRATISTA	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Entregar y retirar los primeros diez (10) días de cada mes los dosímetros del personal en los centros de salud y Hospital local del norte donde se encuentran ubicados, cuyo costo debe estar incluido en la tarifa plena del servicio de dosimetría	x		Si cumple parcialmente. Llegan los dosímetros y se reparten, UIMIST y Centros de Salud. Las entregas si se realizan a tiempo, pero para recogerlos algunas veces el proceso tarda. Mamografía no entrega resultados de la dosimetría: No se evidencia lecturas dosimétricas de mamografía. Hallazgo No. 3
2. Entregar los primeros 10 días de cada mes los resultados de las mediciones producto del servicio de dosimetría personal	x		Sí cumple parcialmente, se evidencia formato de lecturas. No se evidencia lecturas dosimétricas de mamografía. No se ha podido identificar "posible riesgo" Hallazgo No. 3
3. Entregar la cuenta de control del mes cumplido antes de los quince días de su finalización	x		El contratista cumple con las fechas establecidas, pero se devuelven por errores, se recordó las obligaciones del supervisor.
4. Realizar la dosimetría con tecnología TLD cuya lectura arroje información de la medición dosis recibida en tejido profundo y a nivel óptico	x		Lectura e informe de dosimetría óptico y tejidos.
5. Prestar el servicio del contrato en el plazo, las cantidades y condiciones, de acuerdo con lo solicitado en las especificaciones técnicas del estudio previo y el contrato suscrito	x		Cumple con las obligaciones del contrato.
6. Acatar las indicaciones e instrucciones del supervisor del contrato	x		No se ha realizado llamado de atención
7. Informar oportunamente a la ESE ISABU sobre cualquier eventualidad que pueda sobrevenir y que afecte el desarrollo del contrato.	x		Si se realizó una anotación respecto a las cuentas.

8.En caso de presentarse dosímetros defectuosos, de mala calidad o que no correspondan a las especificaciones técnicas exigidas, el contratista debe garantizar el mantenimiento y la sustitución de estos de forma inmediata de tal forma que garanticen la continuidad en la utilización de los mismos por parte del personal de la ESE ISABU.	x		No se ha presentado, pero se tiene un plan de contingencia tomando el dosímetro ambiental y lo vuelve personal. Las novedades las debe reportar la ESE ISABU, y si hay un problema se coge un dosímetro ambiental y se surte en 5 días.
9.Pagar los costos directos e indirectos que implique el cumplimiento del objeto contractual entre estos el transporte.	x		Todo lo cubre los contratistas. El supervisor y el apoyo realizan control financiero tiene identificado el momento en que acaba el dinero y ya está haciendo adicional.
10.Realizar la entrega de los materiales al área del almacén de la ESE ISABU ubicada en el Hospital local del Norte.	x		Cumple, no es necesario realizar entrega
11.Cuentas de cobro. ¿Se cumple con las obligaciones de contratista y el supervisor cumple con sus obligaciones?			Si entregan las cuentas de cobro, pero se devuelve por errores, y no ponen tiempo para las devoluciones. Recomendación de la OCI: La oficina de control interno recomienda a la supervisora y al apoyo realizar requerimiento de cuentas cumpliendo con lo estipulado en el contrato.

CONTRATO 519-2023 RX S A

CONTRATO 519-2023			
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS AL SISTEMA DE DIGITALIZACION DEL EQUIPO DE RAYOS X DE LA E.S.E. ISABU, SEDE UIMIST Y HOSPITAL LOCAL DEL NORTE			
Supervisor: JACQUELINE PABON MENDOZA 1 DE JULIO DE 2023			
Valor: 79,994,015			
PLAZO: HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 ACTA DE INICIO: 20/02/2023			
VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
1.Cuales son los equipos del sistema de digitalización			RX portátil y equipos de digitalización (CR, servidores y unidad de diagnóstico) de UIMIST y HLN
2.Cronograma de mantenimientos - lo conoce?	x		Preventivos 3 al año y correctivos ilimitados. Si se tiene cronograma, se ha cumplido con el cronograma.
3.Se cumple con el cronograma	x		si se cumple según lo establecido
4.Cuantos mantenimientos correctivos y preventivos se han realizado a la fecha?			falta un preventivo, correctivo cuando se detecta falla funcional operativa o de sistema, el sistema arroja el mantenimiento correctivo y eso se toma foto del error y el contratista dice si paran o no el equipo.

INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA

CODIGO: 1300-CIN-F-013

VERSION: 1

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021

PAGINA: 18-2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno

5.Compra de repuestos de los digitalizadores CR 30X	x		sí, en el portátil se cambió las baterías, cargador de las baterías. Rodillos, pieza por rotura a la entrada de folio. Los repuestos se los llevan para la fábrica, pero en el informe se dejan los reportes y la biomédica los revisa.
6.Garantiza disponibilidad 24/7 del personal técnico días hábiles y fines de semana para mantenimiento correctivo?	x		Sí, tiene apoyo telefónico 24/7 PRESENCIALIDAD DE LUNES A VIERNES hasta las 6 pm y los fines de semana y la presencialidad solo si lo amerita el daño del equipo.
7.Se capacita sobre el manejo y cuidados de los equipos al personal asistencial que los utiliza	x		El mismo contratista capacita, manejo del equipo, seguridad, urgencia del equipo cómo reaccionar y limpieza del equipo.
8.Se han requerido la adquisición de repuestos por mantenimiento? ¿Lo ha avalado el Biomédico? ¿Se tiene soporte de ello?	x		sí, informe que avala el biomédico, el biomédico avala que hay un daño y que está fuera de servicio, avala si está funcionando a través del personal de radiología y autoriza la salida del repuesto a almacén.
9.Se lleva reporte de mantenimiento de los equipos? Registrando datos como: ¿equipo, correctivo o preventivo?	x		sí, se tiene hoja de vida de cada equipo, de INBIOMECS se baja lo que ellos mismos suben al sistema, pero respecto a RX SA se levanta reporte de servicio o asistencia que los contratistas levantan una vez realizan el mantenimiento.

CONTRATO 0844-2023 SANTANDER MEDICAL GROUP SAS


CONTRATO 844-2023			
objeto: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MAMOGRAFIA PARA LA ESE ISABU			
Supervisor: CLARA INES STRAUCH			
Valor: 86,304,000			
PLAZO:3 MESES ACTA DE INICIO: 06/07/2023			
VERIFICACION DE ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
100% del servicio de mamografía (instalación administración y operación de un mamógrafo)	X		Si, lo certifica en el cumplimiento que consta en el SECOP II. Anotación: Constancia de cumplimiento en el SECOP II sin firma de la supervisora.
Obligación No. 2: El contratista garantiza el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos utilizados para la mamografía, para lo cual la ESE ISABU entregará el inventario de equipo biomédico, cómputo y elementos de protección.			UPS y mamógrafo es del contratista, solo usan infraestructura y los chasis ellos, el digitalizador se usa entre los dos por turnos. Cronograma de mantenimiento de los equipos y cuando se requiera se activa el mantenimiento

			correctivo, el mismo operario. Se adjunta cronograma y ultimo mantenimiento preventivo (1) al año por ser equipo nuevo.
Ejecutar el servicio de mamografía con personal capacitado e idóneo. ¿se cuenta con hojas de vida?	X		Si, se pudo verificar con la coordinadora de radiología la existencia de las hojas de vida del talento Humano del contratista.
Dar acceso al link de resultados a la ESE ISABU	x		se pudo verificar en la constancia de cumplimiento del supervisor, sin embargo, esta se encuentra en el SECOP II sin firma.
Informes mensuales con las cuentas	x		Se verificó en SECOP II el informe del contratista. Una única cuenta INICIO EL 07/07/2023
Hoja de vida del mamógrafo	x		Se pudo verificar ficha técnica del equipo
cumplimiento de normas laborales por parte del contratista. ¿La supervisora corrobora?	x		sí, se expide certificación del cumplimiento de pago de seguridad social.
¿Se cumple con las tarifas institucionales cuando se presta el servicio a particulares? ¿Se verifica?	x		No se ha presentado venta a particulares
¿Cumple con el coordinador de enlace del contratista? ¿Es el mismo enlace administrativo para resolver diferencias con la supervisora?	x		Liliana medina coordinador, correo electrónico medio oficial para la ejecución del contrato.
reporte mensual de pacientes, numero de procedimientos realizados, monto de ejecución del contrato,	x		se lleva diario y se hace un conteo para pasar la cuenta, se evidencia en la cuenta de cobro.
¿Lleva como supervisor una relación financiera de ejecución del contrato? Para no superar el 100% del valor del contrato?	X		Cuadro Excel de las ejecuciones- sirve para el análisis presupuestal. Se anexa cuadro de relación presupuestal.
Talleres de educación grupal o individual a los usuarios en temas relacionados con el autoexamen de mama y detección temprana del cáncer de seno.	X		Se solicita según necesidad del servicio, por ahora no se ha requerido, pero se tiene presente la actividad.

➤ **SISTEMA PANACEA EN EL ÁREA DE RADIOLOGIA**

HALLAZGO No. 5

Condición: De la entrevista realizada, se pudo identificar falencias del sistema PANACEA en el cargue de resultados por parte de los transcriptoros. Conforme a correos evidenciados a continuación:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 20-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno

CONTINUA PROBLEMÁTICA DE SUBIR RESPORTES AL SISTEMA Recibidos x

Dennis Salazar <proteccionradiologicaisabu@gmail.com> para Sistemas mar, 25 abr, 11:43


Ingeniero buenos dias

Le notifico que siguen los quejar por parte de los transcripores de los especialistas con la dificultad de subir los reportes al sistema.

Se les informó de la situación que hay con el servidor pero aun así cumplir con las fechas de entrega cada vez se hace más difícil por esta situación.

Anexo los videos al whatsapp que solicité para el acompañamiento de los dos nuevos transcripores del Dr Hector Rincon que se han podido capacitar porque desconocimiento del área del proceso, agradezco pueda organizar y dar fecha para dicha capacitación ya que tiene descargado el Anydesk de la última vez que se solicitó el apoyo.

Quedo atenta a la fecha programada.



DENNIS IRENE SALAZAR MANRIQUE
 Oficial de protección radiológica
 Coordinador Radiológica
 Instituto de Salud de Bucaramanga
 Hospital Local del Norte
 radiologia@isabu.gov.co
 320 4280619


ECOS 30 JULIO DOC OLARTE Recibidos x

isabel ardila dom, 30 jul, 15:16
 BUENAS TARDES TODAS LAS ECOS EN SISTEMA MENOS LUIS EDUARDO HERNANDEZ BENAVIDEZ MEGAN ALANNA VARELA AVILA VICTOR FABIAN ORDUZ NAVARRO ADJUNTO LECTURAS GRACIAS

Dennis Salazar <proteccionradiologicaisabu@gmail.com> para Sistemas, DRA lun, 31 jul, 7:41


Buenos dias, anexo estudios que no se han podido subir al sistema.

Sin otro particular




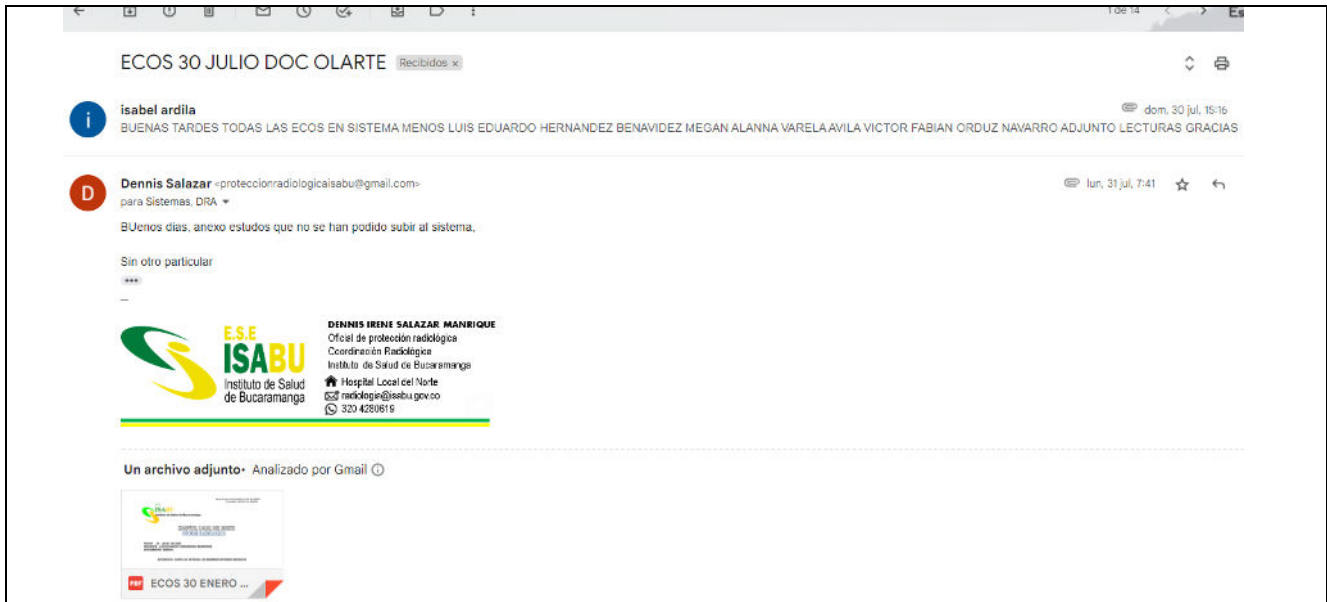
DENNIS IRENE SALAZAR MANRIQUE
 Oficial de protección radiológica
 Coordinación Radiológica
 Instituto de Salud de Bucaramanga
 Hospital Local del Norte
 radiologia@isabu.gov.co
 320 4280619

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail



La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 21-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno



Criterio: Procedimientos área de radiología.

Causa: Falta de funcionalidad del sistema PANACEA en las actividades propias del área, retrasos en la información que debe estar contenida en el sistema PANACEA.

Consecuencia: Pérdida de calidad del dato, inefectividad en el trabajo.

MAPA DE RIESGOS

Se evidenció en los mapas de riesgos de la E.S.E ISABU que el proceso Gestión Apoyo Diagnostico área de radiología tiene identificado los siguientes riesgos para la vigencia 2023.

- MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN-SICOF

Riesgo 6: “Posibilidad de pérdida financiera para la entidad que conlleva a sanciones disciplinarias del personal de las áreas de radiología y laboratorio clínico por uso inapropiado de la investidura para utilizar los servicios de salud en beneficio del personal o a terceros (ayudas diagnosticas) o por recibir dinero o dadas para la realización de exámenes y tomas de estudio radiológicos sin estar facturados, generados por falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico con el sistema de información PANACEA u lo facturado y faltas y controles de lo realizado con lo facturado en el área de radiología”.

- MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES

RIESGO OP 50: “Posibilidad de afectación de imagen, reputacional por falta de adherencia al procedimiento de asignación de citas y procedimiento de preparación para la toma de estudios radiológicos produciendo mal agendamiento, ocasionando la no atención adecuada del paciente afectando la oportunidad de atención”.

RIESGO OP 51: “Posibilidad de afectación de imagen, reputacional y disciplinaria, penal, económica, por queja o demanda del usuario por posible sobredosis de exposición durante la toma de rayos x periapicales por incumplimiento del protocolo de toma de imágenes odontológicas, que exige el diligenciamiento del consentimiento informado, el cual obliga al profesional de odontología a explicar el motivo de la toma de RX odontológico y las normas de seguridad previas”.

Observación:

La oficina de control interno ha venido realizando el seguimiento a los mapas de riesgos de Corrupción-SICOF y Operacionales del proceso apoyo diagnóstico, evidenciándose el cumplimiento a los controles **establecidos para cada riesgo, acción de relevancia con el fin de mitigar la probabilidad de ocurrencia de estos.**

REUNIÓN DE CIERRE

Se realizó reunión de cierre el día 11/09/2023 con la participación de la Dra. Clara Inés Strauch Díaz, directora técnica de Unidades Hospitalarias, Dra. Dennis Salazar Manrique, Líder de Radiología, Diana M. Fajardo S, jefe de seguridad del paciente, Dra. Silvia Juliana Pinzón Cuevas jefe de control interno y los profesionales de apoyo de control interno Vianey González Gamarra y Elvis Jiménez Quiroz.

En la reunión de cierre, la jefe de control interno presenta los resultados y observaciones llevados a cabo en la auditoria a radiología, expone los hechos que constituyen fortalezas y presenta un análisis de los riesgos relevantes dentro del proceso auditado.


Entendidos los resultados de la auditoría, la Dra. Clara Inés Strauch Díaz, en calidad de responsable del proceso de radiología, **ACEPTA** el resultado del informe preliminar y entregará la respuesta al informe preliminar acompañado del plan de mejoramiento.

La jefe de la oficina de control interno explica el procedimiento y los términos con los que se cuenta para estructurar el plan de mejoramiento una vez se emita el informe definitivo, enfatizando que por ahora solo es procedente entregar la respuesta de la aceptación o no de los hallazgos formulados.

ACEPTACION O NO ACEPTACIÓN DEL HALLAZGO:

Se recibe oficio con radicado 3713 del 13/09/2023, con asunto “RESPUESTA 1100-380-10 CI -176 Informe preliminar de auditoría proceso de apoyo diagnóstico – radiología”, en la cual da respuesta a cada uno de los presuntos hallazgos, resumidos en el siguiente cuadro:

HOSPITAL LOCAL DEL NORTE			
ITEM	DESCRIPCION	RESPUESTA	OBSERVACION
1	No se evidenció Comité de Protección Radiológica, se encuentra proyectada la resolución de conformación del comité de protección radiológica la cual está en revisión para aprobación.	Se acepta el hallazgo	Se anexa plan de mejora, un (01) folio.
2	La oficina de control interno realizó entrevista el día 01/09/2023 a la profesional encargada del área de SST con respecto a la clasificación del personal ocupacionalmente expuesto, quien manifiesta que esta identificación se da a través de la ARL, pero no se tiene identificado el personal ocupacionalmente expuesto, por lo cual informa que realizó la solicitud	No se acepta el hallazgo	De acuerdo al hallazgo se traslada por competencia a la Profesional de Seguridad y Salud en el trabajo. Como evidencia se anexa oficio 3645 de 11/9/2023 en 4 folios útiles y correo de respuesta en 1 folio útil.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 23-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno

	al área de radiología.		Esta acción queda en seguimiento de la Profesional de Seguridad y salud en el trabajo.
3	<p>Al indagarse por los reportes de la dosimetría del área de mamografía la oficial de Protección radiología manifiesta no tener soportes del control de dosimetría ya que este lo lleva directamente el contratista del CONTRATO 0844-2023 SANTANDER MEDICAL GROUP SAS.</p> <p>Cabe resaltar que al momento de la visita al área de radiología el día 22/08/2023, no se evidenciaron los reportes de la dosimetría del área de mamografía, estos fueron allegados posteriormente el día 01/09/2023. Es de gran importancia contar con la información inmediata en referencia al personal que labora en el área de radiología, ya que es responsabilidad de la Institución (Empleador, Titular Licenciado) "10. Velar por la seguridad de las fuentes de radiación ionizantes existentes en la ESE ISABU" e igualmente, 26. Proporcionar acceso a los registros de dosis, del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, a la Autoridad Competente; cuando así sea requerido"</p>	Hallazgo subsanado	Se anexa oficio a SANTANDER MEDICAL GROUP radicado 3643 en dos (02) folios.
4	Debilidad en la infraestructura del área de Radiología en el Hospital Local del Norte se evidenció daño en el techo por humedad.	No se acepta el hallazgo	De acuerdo al hallazgo se traslada por competencia a la subgerencia administrativa mediante radicado 3644 de 11 de septiembre de 2023, un (01) folio y respuesta dado por el área mediante radicado 3671 de 12 de septiembre de 2023 en tres (03) folios. Esta acción queda en seguimiento de la subgerencia administrativa.
5	De la entrevista realizada, se pudo identificar falencias del sistema PANACEA en el cargue de resultados por parte de los transcriptoros.	No se acepta el hallazgo	De acuerdo al hallazgo se traslada por competencia a la subgerencia administrativa mediante radicado 3642 de 11 de septiembre de 2023 en dos (02) folios y respuesta dado por el área mediante radicado 3659 de 11 de septiembre de 2023 en dos folios. Esta acción queda en seguimiento de la subgerencia administrativa. Sin embargo, en mi calidad de directora técnico hice una prueba en campo donde se evidencia que la respuesta no refleja lo evidenciado de forma presencial donde los tiempos afectan la transcripción y por ende los resultados de la operación.

Respuesta oficio con radicado 3713 del 13/09/2022

Igualmente, frente a las recomendaciones responden:

“Recomendación No. 1

Se anexo oficio remitido mediante radicado 3662 de 11 de septiembre a la Jefe de la Oficina Jurídica y respuesta por el área mediante correo electrónico dos (02) folios.

Recomendación No. 2

Se anexó oficio remitido mediante radicado 3646 de 11 de septiembre a la supervisora del contrato Mónica Patricia García – Técnica de Radiología”.

Analizados los planteamientos de la directora técnica frente a cada uno de los hallazgos, es necesario un pronunciamiento por parte de esta oficina de control interno.

HALLAZGO No. 1: Este hallazgo fue aceptado por la parte auditada; **proponiendo estructurar un plan de mejoramiento.**

HALLAZGO No. 2: Si bien se trasladó el hallazgo al área de seguridad y salud en el trabajo, considera esta oficina de control interno que es necesario un seguimiento del cumplimiento de la actividad ya que la actividad involucra el quehacer de las dos áreas.

Teniendo en cuenta lo anterior, **es necesario plantear un plan de mejora** que incluya el seguimiento de cumplimiento que se desarrollará desde el área de radiología.

HALLAZGO No. 3: Se aceptan las actividades adelantadas por parte del área auditada con el fin de subsanar el hallazgo identificado. Sin embargo, se recomienda, verificar que en el contrato adicional que se suscribirá en octubre, se incluya la cláusula que se menciona en la respuesta ofrecida por la oficina asesora jurídica, de tal manera que se garantice que la coordinadora de Radiología u oficial radiológica cuente con la información debida, para afrontar una auditoría interna o externa.

HALLAZGO No. 4: El traslado de hallazgos es aceptado teniendo en cuenta que el área auditada no cuenta con la injerencia en los arreglos locativos. Sin embargo, se recomienda por parte de esta oficina de control interno, que las áreas se comprometan a documentar todo daño que requiera de intervención oportuna por parte del área de infraestructura, realizando seguimiento continuo del cumplimiento de las actividades.

HALLAZGO No. 5: El traslado de hallazgos es aceptado teniendo en cuenta que el área auditada no tiene injerencia en los ajustes tecnológicos que se pudieran aplicar en el software PANACEA. Sin embargo, si es responsabilidad del área auditada informar regularmente las situaciones que se presenten con el sistema en sus actividades diarias, buscar los espacios para solucionarlos procurando la mejora continua para su área.


Teniendo en cuenta lo anterior, se espera que el área auditada estructure un plan de mejoramiento basado en este informe definitivo, incluyendo actividades contenidas en un plan de mejoramiento correspondiente a los hallazgos No. 1 y 2, según lo antes expuesto.

PLANES DE MEJORAMIENTO:

Mediante oficio con radicado 3713 del 13/09/2023, la directora técnica de las unidades hospitalarias adjuntó un documento denominado “PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS” en el cual se incluyen actividades de mejora para el hallazgo No. 1.


Esta oficina de control interno **NO ACEPTA** el plan de mejora propuesto por el área auditada ya que este DEBE obedecer a actividades que nacen de un INFORME DEFINITIVO, no preliminar, como en el caso que nos ocupa.

Ahora, el área auditada se anticipó a la estructuración del plan de mejora sin conocer las decisiones

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 25-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno

adoptadas por la oficina de control interno frente a los argumentos expuestos en la respuesta al informe preliminar, desconociendo por completo el procedimiento de la oficina de control interno frente a las auditorías internas.

Si analizamos el procedimiento VIGENTE de auditoría interna de la oficina de control interno, posterior al envío del informe DEFINITIVO, es deber del área auditada estructurar un plan de mejoramiento producto del trabajo de auditoría en los próximos 10 días hábiles al envío del informe definitivo.

	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO	FECHA ELABORACIÓN: 18-06-2019
	CODIGO: 1300-CIN-P-003	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 3	PAGINA: 3-3
		REVISO Y APROBÓ: Grupo primario de Gestión de Control Interno

No.	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Formato
10.	Informe final de auditoria	Se elabora informe final de auditoría, y se envía mediante comunicación al Representante Legal de la Entidad y al líder del proceso.	Jefe oficina de gestión y control interno/ equipo auditor	Formato 1300-CIN-F-013 Informe final de auditoria Formato único de comunicaciones F-1400-27
11.	Plan de mejoramiento	Si hay acciones a mejorar el responsable del proceso deberá elaborar el respectivo plan de mejoramiento a <u>presentar en el término de diez (10) días hábiles y lo remite a la oficina de control interno; transcurrido el término de no recibir el plan de mejoramiento, se informa al Comité de Control Disciplinario Interno. (Ley 734-2002 art. 34 numeral 7, Decreto Ley 403-2020 art.151).</u>	líder proceso auditado /jefe oficina de gestión y control interno	Formato de Plan de mejoramiento F-1400-18

Es necesario recalcar que esta oficina de control interno, en la reunión de cierre adelantada, informó al área auditada el procedimiento a seguir, recalcando que, por procedimiento por ahora, solo debía dar respuesta al informe definitivo aceptando o no los hallazgos, argumentando sus respuestas.


Teniendo en cuenta lo anterior, reitera, **NO SE ACEPTA** el plan de mejoramiento formulado por el área auditada.

Ante esto, una vez enviado y conocido el informe definitivo, se concede a Radiología, el término de diez (10) días hábiles para la estructuración del plan de mejoramiento, teniendo en cuenta las decisiones aquí adoptadas por esta oficina de control interno.

Se recuerda que las actividades propuestas no pueden exceder en fecha de cumplimiento la vigencia 2023.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta lo anterior esta oficina de control interno recomienda al área auditada, realizar seguimiento de los hallazgos trasladados, sin perjuicio del seguimiento realizado por esta oficina de control interno.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-08-2021
	VERSION: 1	PAGINA: 26-2
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario de Gestión de Control Interno

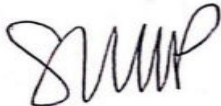
FORTALEZAS

- Disposición del personal convocado en el desarrollo de la auditoria, brindando información oportuna y atención a las visitas realizadas.
- Se evidencia compromiso y buen manejo del área por parte de la oficial de protección radiológica.
- Se cuenta con la documentación del proceso (procedimientos, protocolos, manuales, formatos, instructivos, folletos) actualizados lo que permite la mejora continua del proceso.

CONCLUSIONES

Conforme a la auditoría realizada al proceso apoyo diagnostico área de radiología la oficina de control interno emite el presente informe final, del cual se requiere estructurar un plan de mejoramiento de acuerdo a lo expuesto en el presente informe, para ello se concede el término de diez (10) días hábiles al recibo del presente informe.

Equipo auditor,



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Equipo auditor de apoyo:

Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo Oficina de control interno