	CALIDAD	Código: E-CA-FO-13
		Versión: 1.0
		Fecha de aprobación: 01/02/2019
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Página 1 de 22

1. **NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:** E.S.E. Hospital San José del Guaviare.
2. **FECHA DEL INFORME PRELIMINAR:** 20 de febrero de 2019.
3. **FECHA DE LA AUDITORIA:** 14 y 20 de febrero de 2019.
4. **PROCESO AUDITADO: IMAGENOLOGIA**
5. **DURACION DE LA AUDITORIA:** 5 días.
6. **AUDITOR LIDER:** Jacqueline Sánchez Comba.
7. **RESPONSABLE(S) AUDITADO:**
Sergio Tejeda - Líder área de radiología e imágenes diagnósticas.
8. **OBJETIVO DE LA AUDITORIA:** Realizar verificación al cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica en cumplimiento al decreto 1011 de 2006 y resolución 2003 de 2014, 4445 de 1996, 5381 de 2013.

Realizar verificación en la aplicación de procedimientos y/o intervenciones a las personas que requieran una atención oportuna, con el ánimo de mejorar el estado de salud.
9. **ALCANCE DE LA AUDITORIA:** La auditoría contempla la revisión de cada uno de los criterios de los estándares del sistema único de habilitación SUH.

Inspección de la admisión del paciente y egreso del mismo.
10. **DESARROLLO DE LA AUDITORIA:**
 - Revisar los documentos que soportan el cumplimiento de los procesos del servicio de radiología e imágenes diagnosticas de baja y mediana complejidad, entrevistando a los involucrados en el proceso, inspección y observación.
 - Identificación de posibles oportunidades de mejoramiento.
 - Discusión y validación del informe con el coordinador del servicio de radiología e imágenes diagnósticas y definición de planes de acción estructurales para su remediación.



CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 2 de 22

TALENTO HUMANO

CRITERIO	OBSERVACIONES	DESCARGOS	NO CONFORMIDADES
Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	No se cuenta con el documento de la capacidad instalada de la instalación, en donde se evidencie la oferta y la demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	X	No se presentan descargos.
Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.	No se encontró el manual de docencia servicio por parte del líder del proceso, manifestando que si contaba con él en medio magnético, pero nunca se evidencio.	NO APLICA	Aunque el criterio del estándar no es responsabilidad del área de radiología, si es responsabilidad para el área de talento humano, la cual evidencia el manual de docencia servicio, en donde manifiesta que se realizó reunión con los directivos del centro educativo andino para la ampliación de los servicios habilitados para práctica, para lo cual no se evidencia listado de asistencia ni acta de reunión. Por lo anterior se mantiene la no conformidad.
Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de		NO APLICA	



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 3 de 22

respeto y dignidad del paciente y oportunidad.

Cuenta con:

Técnico o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas, para la operación de equipos y adquisición de imágenes, con supervisión por especialista en radiología e imágenes diagnósticas o aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes, para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades, para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado.

Todo el personal del servicio de radiología e imágenes diagnósticas cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente para ejercer la profesión.

Se evidencia que algunos de los contratos del personal contratista, se encuentran:

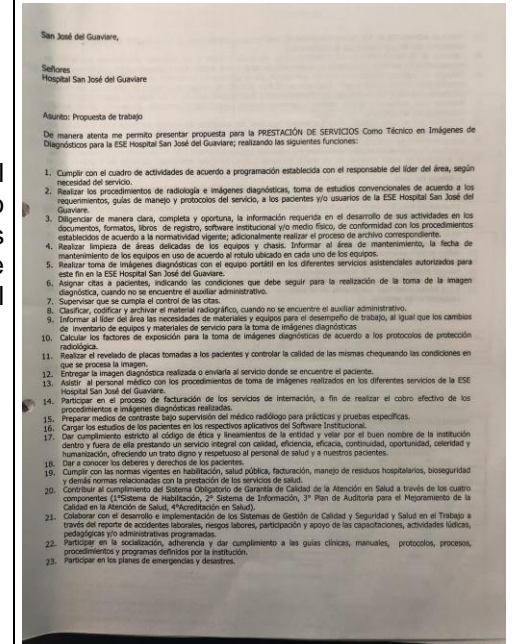
Fernando Marengo: Sin firma de la propuesta de trabajo, documentos poco visibles y sin formato de inducción y reinducción totalmente ejecutado.

Fabio Polo: Documentos poco visibles como: libreta militar, solicitud de propuesta de trabajo y propuesta de trabajo, además faltan firmas en la aceptación de la propuesta, acta de inicio, otros aclaratorio, falta de verificación por RETHUS y falta de formato totalmente diligenciado de inducción y reinducción.

No se evidencia reporte de dosimetrías por parte de la empresa contratada para tal fin, por lo cual no se ha realizado análisis de las mismas por parte del área de seguridad y salud en el trabajo, lo cual como institución no garantizamos el análisis de exposición de los trabajadores.

Fernando Marengo visita el área de talento humano y no encuentra los hallazgos descritos aquí por lo que solicitamos coherencia del mismo

Se verifica la respuesta y se concluye que la observación dada por el líder del proceso de radiología, no coincide con los descargos, ya que se realizó nuevamente la inspección y se observa la propuesta de trabajo del trabajador Fernando Marengo sin firma nuevamente.





HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 4 de 22

24. Participar activamente en los planes y procesos de mejoramiento suscritos por la E.S.E Hospital San José del Guaviare cumpliendo con las actividades que se implementan.
25. Participar en la construcción de los cronogramas de reuniones y asistir a las reuniones programadas con el fin de retroalimentar los alcances o problemas en la ejecución de los procesos, subprocesos y procedimientos contratados.
26. Entregar los soportes relacionados con las actividades y/o procedimientos generados en el desarrollo del proceso de atención para efectos de facturación, solicitados por el área de auditoría concurrentes, dentro del término de vencimiento (24) horas y asumir el costo de la factura correspondiente a la atención en caso de no ser soportada oportunamente.
27. Reportar todo incidente y evento adverso presentado durante periodo de la prestación del servicio, en el formato establecido por la institución.
28. Propender por el buen cuidado, control y manejo adecuado del inventario del servicio por turno y de las placas y/o insumos entregados, al igual que llevar registro de los mismos.
29. Reportar al líder del área y a la subgerencia de servicios de salud en el formato estandarizado por la institución de manera oportuna, las fallas en los equipos biomédicos y/o anomalías probales del servicio y dar un adecuado uso y manejo de ellos. El contratista no podrá disponer de los bienes entregados para desarrollar actividades por fuera de lo descrito en el presente contrato o para otras instalaciones o particulares, a menos que medie autorización escrita por parte del ordenador del gasto.
31. Tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo su uso, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reparación o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir; autorización que se entiende expresa y escrita para cada caso en particular.
32. Responder por cualquier daño potencial generado en desarrollo del objeto contractual e imputado a su responsabilidad a título de DOLo o CULPA generada por imprudencia, impericia, negligencia o por violación de reglamentos. En consecuencia se compromete a mantener lealtad a la ESE Hospital San José del Guaviare.
33. Utilizar el teléfono únicamente con fines oficiales, entendiéndose por razones estrictamente relacionadas con el servicio.
34. Garantizar la afiliación y pago mensual al sistema general de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales.
35. Guardar absoluta reserva de la información que en razón del presente contrato llegare a conocer.
36. Permitir la supervisión del contrato al personal que la ESE Hospital San José del Guaviare designe para tal efecto.
37. Y Las demás actividades que acuerde con el supervisor y que sean coherentes con el objeto del contrato, de acuerdo a la necesidad de los servicios.

La presente propuesta tiene un valor mensual de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$2.600.000/MVCTE).

Atentamente,


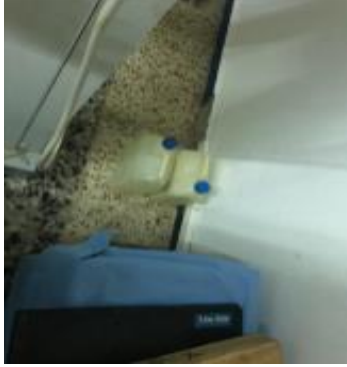
FERNANDO ANTONIO MARENCO MARCHENA


En cuanto al trabajador Fabio Polo se verifica nuevamente la documentación y hace falta la verificación por RETHUS y el formato totalmente diligenciado de inducción y reinducción.

Se le recuerda al líder de radiología que las hojas de vida del personal contratado por orden de prestación de servicios las almacena el área de jurídica y no el área de talento humano.

Además, es responsabilidad tanto del área de Talento Humano, jurídica y líder del proceso velar porque su personal cuente con toda la documentación exigida de forma legible y completa, por lo cual persiste la **no conformidad**.

El área de Seguridad y Salud en el Trabajo presenta informe de análisis de

			dosimetrías del mes de enero el día 01 de marzo del presente año, pero no se evidencia análisis de los últimos meses de la vigencia anterior.
INFRAESTRUCTURA			
CRITERIO	OBSERVACIONES	DESCARGOS	NO CONFORMIDADES
<p>Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.</p>	<p>En el servicio se evidencia latas de gaseosa en lugares inadecuados (ver evidencia n°1), galones de alcohol en el suelo en el área de toma de los estudios (ver evidencia n°2), elementos de protección gonadal en lugar inapropiado (Ver evidencia n°3), paredes sucias (evidencia n°4) y bata para los pacientes de manera inadecuada (evidencia n°5) dando un aspecto no muy agradable para el paciente próximo a utilizarla.</p> <p>No se evidencia registro de control de limpieza y desinfección actualizado, ya que el último reporte se realizó el 14 de enero del 2019 (Ver evidencia n° 6).</p> <p>El jabón quirúrgico ubicado en el baño y el gel antibacteriano no se encuentran rotulados y el envase no está en buenas condiciones (Ver evidencia n°7).</p>	 <p>Porta lapiz (preguntar antes de colocar como hallazgo o huele a persecución)</p>  <p>Pesas para la columna cervical</p>	<p>Se verifica la respuesta y se llega a la conclusión que el área tiene un lugar específico para todo lo relacionado con lo administrativo (Hojas, carpetas, marcadores, libros, porta lapiz, etc.) para no generar desorden y mala imagen dentro del servicio.</p> <p>Aun que se evidencia la buena intención por la prestación del servicio usando alternativas como galones de agua para la toma de radiografías, se recomienda gestionar ante la subgerencia administrativa y financiera la adquisición de los equipos adecuados para tal fin.</p>

		 <p>Sitio dispuesto por el coordinador del área</p> <p>Bata para paciente colocada por el ultimo paciente atendido</p> <p>Registro de limpieza no diligenciado por personal de servicios generales como quedo acordado</p> <p>Envase de jabón quirúrgico y gel antibacterial suministrado al servicio en el año 2012 informar cuando compren nuevos, los rótulos se pasó la propuesta de calcomanías en los soportes y no ha sido resuelta</p>	<p>El area cuenta con un lugar especifico para el almacenamiento de los elementos de proteccion radiologica, por lo cual se recomienda hacer uso del mismo, para evitar perdidas.</p> <p>Es responsabilidad del trabajador el orden y aseo de su lugar de trabajo, ya que el mismo da una buena imagen de la entidad y sobre todo del servicio</p> <p>Se evidencia registro de limpieza y desinfeccion por parte del personal de servicios generales, con supervicion del personal de radiologia.</p> <p>Gestionar la adquisicion de nuevos recipientes para el jabon y gel antibacterial del servicios.</p>
<p>Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.</p>	<p>Se evidencia la extracción de toma eléctrica, la cual no se protege, dejando así cable expuestos y lugar para la acumulación de polvo, tierra, etc. (Ver evidencia n°8)</p>	<p>Se habló con el contratista Gilberto y se comprometió en arreglar no solo es sino todas las inservibles solucionar con el supervisor</p>	<p>Se verifica la respuesta, y se concluye que es responsabilidad de la coordinación del servicio en cuanto a comunicar al área de mantenimiento las novedades presentadas para que se programe la intervención para dar solución. De igual forma aplica para el área de mantenimiento en programar la intervención correspondiente. Se adjunta</p>



CALIDAD

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 7 de 22

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

			<p>respuesta área de mantenimiento donde comunican <i>que se tomarán las medidas correctivas.</i></p> <p>Por lo cual persiste la no conformidad.</p>
<p>Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.</p>	<p>Las escaleras de la entrada principal (frente a flota la Macarena) no se encuentran en buen estado en su totalidad y se evidencia que el primer escalón es un poco alto para los usuarios, además el personal de vigilancia manifiesta que se han caído varios usuarios hasta los mismos trabajadores de la entidad</p>	<p>No puedo solucionar imagenología mucho menos la fachada principal, nos prohíben salir del servicio</p>	<p>Se verifica la respuesta y se recomienda responder técnicamente a dicha observación. Solamente se debe informar que tal observación no aplica directamente al servicio auditado.</p>
<p>En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.</p>	<p>No se encuentra bolsa en el recipiente de ropa hospitalaria contaminada, lo cual conlleva a un mayor índice de contaminación, el personal no conoce el procedimiento para la inactivación y/o reacción en caso de que los elementos de protección radiológica se contaminen.</p>	<p>Se cuenta con bolsas plásticas para no contaminar los elementos, la ARL no tiene dentro de nuestras funciones la inactivación de contaminantes.</p>	<p>Se verifica la respuesta, y se concluye que las observaciones encontradas son de cumplimiento del área de Servicios Generales, se adjunta respuesta del área de mantenimiento: "<i>Se recuerda al personal de lavandería asignado a esta área la importancia de la bolsa roja en el recipiente de ropa hospitalaria contaminada</i>". Por lo cual se recomienda continuar la gestión con el área de mantenimiento para subsanar la no conformidad.</p>
<p>En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.</p>	<p>En el servicio, ni áreas circunvecinas se cuenta con unidades sanitarias para persona con discapacidad totalmente dotadas.</p>	<p>Queja recurrente o se soluciona o que definitivamente no aparezca</p>	<p>Se verifica respuesta, y no se puede retirar definitivamente este criterio de cumplimiento. En conclusión, no se podrá cumplir hasta que se modifique estructuralmente el servicio de radiología e imágenes diagnósticas, por lo cual se continuará la no conformidad.</p>
<p>Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.</p>	<p>Se evidencia paredes en mal estado, con grietas y presencia de humedad, con pintura levantada y bordes sin pintar. (Ver evidencia n°9)</p> <p>Techo sin resanar con grieta de tamaño considerable para la acumulación de polvo, tierra y demás partículas volátiles, además</p>	<p>Se le planteo a la SSG en la visita y entendieron que el riel, el perchero y soportes de chasis pueden ser en madera por el tiempo y la utilidad de los mismos.</p> <p>En la visita se arregló todo</p>	<p>Se verifica la respuesta, y se concluye que las observaciones encontradas son de cumplimiento del área de Mantenimiento, se adjunta respuesta de ésta área: "<i>Se realizara el mantenimiento correspondiente tan pronto tengamos disponibilidad de personal</i>". Por lo cual</p>



CALIDAD

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 8 de 22

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	de que se cuenta con un soporte de madera utilizado como riel, objeto que no debería estar en el servicio por el tipo de material. (Ver evidencia n°10).	pero quedaron en pasar cronograma de visita y mantenimiento preventivo, Uds. saben más que yo como funciona eso.	se recomienda continuar la gestión con el área de mantenimiento para subsanar la no conformidad .
El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.	No se cuenta a la fecha con licencia de funcionamiento de equipos de rayos x, aunque se evidencia avances en el proceso de contratación	X	Se presenta contrato en medio magnético para la recolección de las firmas correspondientes y dar continuidad al proceso contractual con el contratista correspondiente, sin embargo persiste la no conformidad .
Dispone de unidad sanitaria discriminada por sexo.	El servicio de radiología e imágenes diagnósticas no cuenta con unidad sanitaria discriminada por sexo, solo cuenta con una sola unidad sanitaria para pacientes y funcionarios del servicio.	Queja recurrente o se soluciona o que definitivamente no aparezca. Además el servicio de baño es para los funcionarios de radiología	Se verifica respuesta, y no se puede retirar definitivamente este criterio de cumplimiento. En conclusión, no se podrá cumplir hasta que se modifique estructuralmente el servicio de radiología e imágenes diagnósticas, por lo cual se continuará la no conformidad .
DOTACIÓN			
CRITERIO	OBSERVACIONES	NO CUMPLE	
Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	Se identifica la existencia de equipos Biomédicos, de uso industriales, de sistemas, y de uso administrativo, sin hojas de vida; y los que cuentan con hojas de vida no están diligenciadas en su totalidad y sin los soportes completos, tales como: clasificación del riesgo, recomendaciones del fabricante y manual de usuario. Los datos de los equipos del servicio, no coinciden con los relacionados en activos fijos y en el plan de mantenimiento. En el Plan de mantenimiento no se relaciona las especificaciones completas del equipo a verificar.	Totalmente de acuerdo con el hallazgo, lo que no se entiende es que estos sean colocados al servicio de radiología sabiendo que no son de nuestro resorte	Se verifica respuesta, informando que estas observaciones son de competencia directa de las dos áreas, tanto del Ing. Biomédico como del servicio auditado, ya que permanentemente la coordinación del servicio debe de gestionar las solicitudes necesarias al Ingeniero Biomédico, dentro de la exigencia a la mejora continua, dejando evidencias por escrito de dichas solicitudes y poder dar agilidad al cumplimiento de lo exigido por la norma mínima que es la Resolución 2003 de 2014.



CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 9 de 22

No se actualizó el eslogan de la nueva gerencia.

Las personas responsables de cada equipo, continúan relacionadas las que laboraban en 2016.

Se debe ajustar el formato relacionado en el Plan adicionando la marca, modelo y registro sanitario del equipo. Colocar fecha a todos los equipos del mantenimiento preventivo realizado y dejar ficha en cada uno de los equipos y en la hoja de vida correspondiente.

No se cuenta con contrato de mantenimiento preventivo y correctivo en ejecución, a la igual no cuenta con un contrato de calibración en ejecución, poniendo en riesgo la seguridad del paciente por la falta de garantía del funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos, de sistemas, industriales, entre otros.

El Arco en C, no cuenta con el concepto técnico de baja, ya cumpliendo un año de haber interrumpido el servicio, pudiendo presentarse detrimento.

Por activos fijos, debe hacer el cambio de marca y demás características que se deben de identificar del equipo de Rx fijo convencional.

No se evidencia en el servicio, cronograma de capacitación en cuanto a Tecnovigilancia.

No se cuenta con informe de acciones realizadas en cumplimiento a lo programado

Se obtiene respuesta a las observaciones, por parte del Ing Biomédico, con la finalidad de dar aclaración a las mismas, y que el servicio auditado tome como base éstas, para la gestión a que haya lugar para subsanar la **no conformidad** identificada en el estándar de Dotación: "Los equipos cuentan con hojas de vida, en las cuales contiene los datos técnicos correspondientes a la fecha de elaboración de estas, los soportes de mantenimientos están pendientes por anexar.

En el cronograma de mantenimiento anexo en el plan de mantenimiento se formula de acuerdo a cuadro relacionado en la circular 029 de la superintendencia de salud, este formato no se puede modificar.

El contrato de mantenimiento se encuentra en tapa precontractual, los inicios de los mantenimientos están presupuestados para el mes de marzo. Las calibraciones se deben realizar en el mes de noviembre, por eso aún no se ha iniciado la contratación de estos servicios.

Ya se realizó una jornada de capacitación al servicio de imagenología"



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 10 de 22

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

	en objetivo general y específico del manual de tecnovigilancia.		
Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	Se encuentran equipos en otros servicios los cuales deben permanecer en el servicio de Rx y no están relacionados en activos fijos. No se observa el control que debe tener el (cambio o reemplazo) cilindro de oxígeno medicinal. No se ha definido la situación actual del sistema anterior, utilizado para la toma de imágenes diagnósticas, los cuales permanecen (equipos e insumos) en el servicio.	Por favor relacionar los equipos que se encuentran en otros servicios	Respuesta del Ing Biomédico: "El único equipo en servicio que esta por fuera del área es el equipo de rx portátil, dejado en el área de cirugía para evitar contaminación cruzada". Es importante definir con activos fijos el sitio de permanencia de este equipo y documentarlo en los protocolos correspondientes. En cuanto a las demás observaciones, persiste la no conformidad .
Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	El tecnólogo no cuenta con certificado de formación para el mantenimiento de los sistemas de gases medicinales.	No sé a ofertado capacitación para el mismo	N/A para el servicio, es competencia de la Subgerencia Administrativa y Financiera.
Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.	Las líneas telefónicas internas no funcionan. Red interna de sistemas con deficiencia para una respuesta oportuna, efectiva y de calidad.	La línea telefónica si funciona	Se verifica respuesta y se aclara que es intermitente el servicio telefónico fijo interno, ya que depende del sistema de cableado que no está funcionando óptimamente, por bien del servicio se recomienda solicitar al área de mantenimiento la verificación y la subsanación de ésta anomalía.
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS			
NO APLICA			N/A
GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.			
CRITERIO	OBSERVACIONES	NO CUMPLE	
Existe un Plan de Gestión Integral de	Se evidencia que el PGRHS se encuentra	No aplica	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

**Fecha de aprobación:
01/02/2019**

Página 11 de 22

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

<p>Residuos Hospitalarios y Similares - PGIRH, el cual fue remitido a la Secretaría de Salud departamental.</p>	<p>desactualizado, ya que se menciona el operador que se tenía contratado la vigencia anterior (IMEC Villavicencio), por lo que se recomienda no escribir nombre del operador sino dejar como "operador contratado". Se cuenta con cronograma de actividades y su cumplimiento.</p>		<p>Se verifica la respuesta, y se concluye que las observaciones encontradas en el área de radiología, son de cumplimiento de un equipo interdisciplinario, por ende si aplica para el servicio, aunque el comité de GAGAS sea el que vele por subsanar la no conformidad. Se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>
<p>El operador contratado por la institución cuenta con copia del Registro Nacional de Transporte de Carga de los vehículos y de la habilitación del transporte de carga del PSEA, si se realiza el transporte intermunicipal de residuos.</p>	<p>El operador AMBIENTAR: se evidencia registro nacional de transporte de carga de los vehículos y de la habilitación del transporte de carga del PSEA.</p>	<p>No conocía estas funciones pero espero sean socializadas para saber si se aceptan o no</p>	
<p>Existe y se encuentra en funcionamiento el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS</p>	<p>Acta de reunión n° 4 fecha 19-12-18. La resolución menciona que las reuniones deben ser cada mes. No evidenciando la realizada en el mes de enero de 2019.</p>	<p>Se han realizado las solicitudes para mejorar el servicio y no hay respuesta de la administración no existe autoridad moral para exigir, si no se cumple con lo mínimo</p>	<p>Se verifica la respuesta, y se concluye que las no conformidades encontradas en el área de radiología, son de cumplimiento de un equipo interdisciplinario, por ende si aplica para el servicio, aunque el comité de GAGAS sea el que vele por subsanar la no conformidad. Se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>
<p>Los residuos producidos en la Institución, se clasifican en el lugar de generación, teniendo en cuenta el código de colores establecido para tal efecto.</p>	<p>Se evidencia que en algunas áreas del servicio, se depositan residuos en las canecas que no corresponden y en el guardián se está desechando las agujas con el capuchón. (Evidencia 11 y evidencia 12).</p>	<p>Se recuerda que los tecnólogos no utilizan (jeringas (retirar el guardián para evitar que suceda esto) y los materiales que se depositan en las canecas son personal de otro (esperamos que Uds. socialicen la creación de rondas de canecas para controlar que depositan pese a que no podamos saber</p>	<p>Se verifica la respuesta, se concluye que si el recipiente de cortopunzantes no es de uso en el servicio, se deberá hacer la solicitud formal al comité de GAGAS para su retiro, por tanto se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad.</p>



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 12 de 22

		quién servicio.	
Los recipientes para segregación de los residuos, cumplen los requisitos de la norma, así:			
La forma ideal puede ser de tronco cilíndrico, sin aristas y de bordes redondeados, especialmente para el caso de los recipientes grandes, con tapa, que van a albergar las bolsas en los sitios de almacenamiento intermedio y central.	No se evidencia tapas en los recipientes biosanitarios.	Por favor especificar	Se verifica la respuesta, Se aclara que los recipientes de residuos que no tienen tapas son los ubicados en el almacenamiento intermedio, el comité de GAGAS debe velar por subsanar la no conformidad, por tanto se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanar la no conformidad .
Provistos de asas, especialmente para el caso de los recipientes grandes, con tapa, que van a albergar las bolsas en los sitios de almacenamiento intermedio y central.	No se evidencia tapas en los recipientes biosanitarios.	Por favor especificar	
Dotados de tapa con buen ajuste.	No se evidencian tapas	Por favor especificar	
Boca ancha, estando cerrados o tapados no permiten la entrada de agua, insectos o roedores, ni el escape de líquidos por sus paredes o por el fondo.	En el almacenamiento intermedio no se evidencia canecas con tapas, generando alto riesgo de ingreso de agua, insectos y roedores	Por favor especificar	
Rotulados con el nombre del departamento, área o servicio al cual pertenecen, con el color respectivo según las clases de residuos generados y con las figuras de rótulos respectivas.	Se evidencia que en el área de digitalización están uno de los recipientes del área de sala de espera, y en el cuarto de descanso este el recipiente de área de digitalización. (Evidencia 13).	Se debería capacitar al personal de servicios generales a no cambiar las canecas y/o en la ronda de verificación de canecas	
Recipientes para Residuos Corto punzantes: Rotulados según clase de residuo.	No esta rotulado	Preferimos sean retirados del área ya que no los utilizamos	Se verifica la respuesta, se concluye que si el recipiente de cortopunzantes no es de uso en el servicio, se deberá hacer la solicitud formal al comité de



CALIDAD

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 13 de 22

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

			GAGAS para su retiro, por tanto se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Todos los residuos peligrosos son desactivados, tratados antes de su gestión externa.	Se evidencia que no se está realizando ningún proceso de desactivación de los residuos peligrosos. Además en sala de revelación se evidencian recipientes con líquidos revelación, reactivos que no se utilizan desde el mes de agosto.	mantenimiento	Se verifica la respuesta, y se concluye que aunque el criterio no sea de cumplimiento del líder de radiología, es de cumplimiento de otras áreas, las cuales ya han sido notificadas, por tanto se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Existen planos de la Institución, en los cuales se incluyan las rutas sanitarias, con los siguientes aspectos: Ubicación en cada punto de generación de la cantidad, el color y la capacidad de los recipientes que se están empleando, así como la clase de residuo generado.	Se evidencia que el recipiente de biodegradable rotulado (sala de espera), estaba ubicado en área del digitalizador y el recipiente de biodegradable rotulado (digitalizador), se encontraba en cuarto de descanso.	Se debería capacitar al personal de servicios generales a no cambiar las canecas y/o en la ronda de verificación de canecas X	Se verifica la respuesta, se recuerda que el personal del área debe estar inspeccionando las labores del personal de servicios generales y esta no conformidad se hará llegar a la coordinación de servicios generales, por tanto se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Las IPS de segundo y tercer nivel llevan a cabo un control microbiológico periódico en los siguientes elementos y áreas: Ruta sanitaria y sitios de almacenamiento intermedio y central.	Estudio microbiológico no se evidencia que se hallan incluidos están áreas.	¿?	Se verifica la respuesta, esta no conformidad va dirigida al comité de GAGAS ya que la norma específica los elementos y áreas a los cuales se le debe hacer estudio microbiológico, y en el estudio evidenciado solo se tuvieron en cuenta unas de estas áreas y elementos, por tanto se mantiene el hallazgo y se recomienda realizar las



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 14 de 22

			respectivas gestiones y planes de mejoramiento con el fin de que sean tenidos en cuenta para dicho estudio que conlleve a mitigar /subsanan la no conformidad .
Los sitios de almacenamiento intermedio cumplen con las siguientes características:			
Señalizados y de acceso restringido.	No se evidencia señalización. (Evidencia 14)	NO APLICA	Se verifica la respuesta, y se concluye que las observaciones encontradas en el área de radiología, son de cumplimiento de un equipo interdisciplinario, por ende si aplica para el servicio, aunque el comité de GAGAS sea el que vele por subsanar la no conformidad. Se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Con equipo de extinción de incendios, acometida de agua y drenajes para lavado.	No se evidencia señalización. (Evidencia 15).	Nuestro equipo de extinción de incendios se encuentra frente de cirugía	
Con elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.	No se evidencia tapas en los recipientes biosanitarios	Especificar cuales	
El sitio de almacenamiento central debe cumplir con:			
Paredes lisas y de fácil limpieza.	Se evidencia que las paredes del almacenamiento central de residuos no peligrosos, no es de fácil limpieza.	NO APLICA	Se verifica la respuesta, y se concluye que las observaciones encontradas en el área de radiología, son de cumplimiento de un equipo interdisciplinario, por ende si aplica para el servicio, aunque el comité de GAGAS sea el que vele por subsanar la no conformidad. Se recomienda realizar los respectivos análisis y planes de mejoramiento con el fin de diseñar acciones y/o estrategias que conlleven a mitigar /subsanan la no conformidad .
Pisos duros y lavables con ligera pendiente hacia el interior.	Se evidencia central de residuos no peligros el piso está en mal estado, lo que ocasiona dificultad para ser lavado adecuadamente. (evidencia 16)	NO APLICA y nuestro piso es aséptico	
Con elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.	Se evidencia central de residuos no peligros no tiene puerta. (Evidencia 17) y la central de residuos peligrosos la puerta no está en las condiciones adecuadas. (Evidencia 18)	NO APLICA	
El almacenamiento de residuos anatomopatológicos debe realizarse a una temperatura no mayor de 4 °C.	No se evidencia termo higrómetro y formato de control de temperatura en el almacenamiento central de residuos peligrosos (anatomopatologicos).	NO APLICA	
Para garantizar la adecuada disposición sanitaria de residuos	No se cuenta con la autorización o permiso de vertimiento de líquidos otorgado por el	NO APLICA	



CALIDAD

Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0

Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 15 de 22

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA

líquidos, las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben contar con las correspondientes autorizaciones o permisos que se requieran, expedidos por la autoridad ambiental competente (permiso de vertimientos líquidos otorgado por el ente ambiental competente).	ente ambiental.		
PROCESOS PRIORITARIOS			
CRITERIO	OBSERVACIONES	NO CUMPLE	
Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	No se evidencia socialización y evaluación de los procesos del servicio de radiología.	X	No presento descargos.
Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	No se evidencia que se esté realizando el monitoreo y análisis a los indicadores de seguimiento del riesgo. En el subprograma de seguridad del paciente menciona unos indicadores para monitoreo de calidad: TASA DE CAIDA DE PACIENTE EN RX- EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN: no se están reportando estos indicadores al área de estadística como lo dice el documento.	X	No presento descargos.
Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.	No se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados.	X	No presento descargos.
Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	No se realizan evaluaciones de las acciones realizadas para minimizar el riesgo.	X	No presento descargos.
Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo	Se evidencia que se tienen definidos y documentados los procedimientos del servicio.	X	No presento descargos.



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CALIDAD

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA


Código: E-CA-FO-13

Versión: 1.0


Fecha de aprobación:
01/02/2019

Página 16 de 22


con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	<p>Se recomienda no escribir en los protocolos nombres de las empresas prestadoras ya que si se cambia de prestador se tendría que hacer actualización de protocolos, como es el caso del protocolo de residuos hospitalarios y similares de RX: se menciona IMEC, y la empresa con la que se está contratando actualmente es AMBIENTAR.</p> <p>No se evidencia que se esté realizando seguimiento a la adherencia de los procesos, procedimientos y protocolos del servicio.</p>		
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.	Se evidencia socialización y evaluación de la mayoría de protocolos del servicio pero en el mes de julio de 2018. Se debe realizar socialización de TODOS los protocolos.	X	No presento descargos.
Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.	Se evidencia protocolo pero no se cuenta con socialización con el personal de RX y con el personal asistencial.	X	No presento descargos.
Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	Se evidencia protocolo pero no se cuenta con socialización con el personal de RX y con el personal asistencial en general.	X	No presento descargos.
En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos.	Se evidencia en el protocolo de lavado de manos un indicador denominado: proporción de adherencia a la higiene de manos y una lista de chequeo, el cual no se están realizando. Se evidencia socialización del protocolo en el mes de julio de 2018.	X	No presento descargos.

	CALIDAD	Código: E-CA-FO-13
		Versión: 1.0
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 17 de 22

La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:			
Educación al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.	No se evidencia este documento.	¿?	Se verifica la respuesta, en donde se analiza y se concluye que este criterio NO APLICA para el servicio de radiología
Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.	No se evidencia que se esté haciendo medición de adherencia al protocolo de bioseguridad.	X	No presento descargos.
Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.	No se evidencia que estén haciendo medición de adherencia al protocolo de residuos hospitalarios y similares.	X	No presento descargos.
Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, instrumental y equipos.	No se evidencia que estén haciendo medición de adherencia al protocolo de limpieza y desinfección.	X	No presento descargos.
Cuenta con protocolo de Manejo de ropa hospitalaria.	No se evidencia documento del servicio.	X	No presento descargos.
El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.	Se evidencia que en el servicio se están recibiendo documentos que no cuentan con la información completa del paciente, por lo que no se está garantizando una completa identificación del paciente y lo que puede generar errores en la toma de procedimientos.	X	No presento descargos.
El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.	Se evidencia manual de bioseguridad, pero la socialización está del mes de julio del 2018.	X	No presento descargos.

	CALIDAD	Código: E-CA-FO-13
		Versión: 1.0
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 18 de 22

Además de contar con la licencia de rayos X expedida por Entidad Departamental o Distrital de Salud	No se evidencia licencia en el servicio.	X	No presento descargos.
Protocolos para garantizar la calidad de la imagen	No se evidencia socialización con el personal del servicio.	X	No presento descargos.
Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.	Se evidencia en el sistema de vigilancia epidemiológica. Indicadores de seguimiento: pero no se están realizando análisis de estos.	X	No presento descargos.
La empresa prestadora de servicios de dosimetría individual, cuenta con licencia vigente del Ministerio de Minas y Energía o su delegado.	No se evidencia licencia en el servicio.	X	No presento descargos.
Cumplimiento de los protocolos que incluyan, calidad de la imagen, vigilancia epidemiológica, vigilancia radiológica, establecidos por la Institución.	No se evidencia informes de adherencia a los protocolos	X	No presento descargos.
HISTORIAS CLINICAS			
Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.	No se evidencia diligenciamiento de consentimiento informado a los pacientes que ingresan a la toma de imágenes. No se ruta que garantice la custodia del consentimiento informado en el archivo central de la institución	X	No presento descargos.
Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	Se evidencia consentimiento informado para la toma de imágenes diagnósticas, pero no se está diligenciado con regularidad.	X	No presento descargos.
Número de estudios rechazados por	Se evidencia libro de estudios rechazado,	No se evidencia intensidad de	Se mantiene el hallazgo y se

	<h1>CALIDAD</h1>	Código: E-CA-FO-13
		Versión: 1.0
	<h2>FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA</h2>	Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 19 de 22


el médico especialista y sus causas.	en donde se registra una nota del radiólogo Ramon Ortua y el tecnólogo Sergio Tejeda, manifestando que se realizó un análisis de forma aleatoria en el mes de octubre en donde no se encuentra ningún estudio rechazado y recomienda realizar calibración de equipos.	solucionar el tema de diligenciar el digitalizador y calibrador	recomienda realizar las respectivas gestiones y planes de mejoramiento con el fin de que sean tenidos en cuenta para dicho estudio que conlleve a mitigar /subsanan la no conformidad .
INTERDEPENDENCIA			
NO APLICA			

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA:

Es importante resaltar que las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno de Gestión y Calidad a cada una de las áreas y servicios, se realizan con el propósito de buscar el mejoramiento *continuo* de la calidad de la atención en salud, centrados en la atención del paciente; buscando afianzar un proceso de autocontrol por parte de cada líder, los cuales deben ser aplicados a cada una de las áreas y servicios a su cargo, esto con la finalidad de crear capacidad de autogestión y autocontrol (Resolución Interna No. 1286 de 2017, *Decreto 1011 de 2006 Ministerio de Salud y Protección Social*), es decir, identificar permanentemente aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer de manera sistemática y objetiva los ajustes necesarios a realizar, llevándolos a un nivel de calidad deseada, permitiendo aprender la mejor manera de hacerlo posible y contribuir al logro de la estrategia organizacional proyectada.

Paralelamente se cuenta con el Equipo Técnico de Subgerencia de Servicios de Salud, de conformación interdisciplinaria, quienes se enfocan en el mejoramiento continuo, integrando de manera sistemática a las diferentes áreas en los procesos institucionales propendiendo por el mejoramiento organizacional, apoyando a cada uno de los Coordinadores y líderes de área y/o servicios desde las diferentes fuentes de monitoreo, con la finalidad de detectar, analizar y disminuir brechas de calidad en la prestación del servicio hacia la búsqueda del mejoramiento organizacional.

Dentro del mejoramiento continuo para la calidad, para el día 19 de noviembre de 2018 se realizó auditoría de procesos prioritarios complementando con el plan de mejoramiento producto de la apertura del servicio, para el 03 de diciembre de 2018 se hizo llegar el informe final al servicio auditado de acuerdo a auditoría interna de control para la verificaciones de avance en procesos prioritarios en cumplimiento a la Resolución 2003 de 2014, solicitando fecha límite para entrega del correspondiente Plan de Mejoramiento el

	CALIDAD	Código: E-CA-FO-13
		Versión: 1.0
	FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA	Fecha de aprobación: 01/02/2019
		Página 20 de 22

día 07 de diciembre de 2018, el cual fue entregado el día 07 de febrero de 2019, evidenciando incumplimiento a la programación inicial.

El presente informe que tiene el carácter de **DEFINITIVO**, frente al cual deberá suscribir plan de mejoramiento y remitirlo al área de calidad para su seguimiento y control antes del 11 de marzo de 2019.

Para su conocimiento y fin pertinente;

Atentamente,


JAQUELINE SÁNCHEZ COMBA
 Profesional Especializado SOGCS

ANEXO: Evidencia fotográficas

EVIDENCIA N°1



EVIDENCIA N°2



EVIDENCIA N°3



EVIDENCIA N°4



EVIDENCIA N°5



EVIDENCIA N°6

SERVICIOS GENERALES												
FORMATO DE REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION												
MES:		AÑO:		AREA:							Código: E-CA-FO-13	
											Versión: 1.0	
											Fecha de Aprobación: 27/04/2018	
FECHA	RESPONSABLE	TURNO	TIPO DE DESINFECCION	PISO	LAVAMANOS	PANES/TECHO	VENTANAS	PUEBLOS	REPUBERTES	VERIFICADOR / LIMPIEZA TECNICA		
08/01/19	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
07/01/19	Polanco Celso	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
06/01/19	Polanco Celso	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
05/01/19	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
04/01/19	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
03/01/19	Alba Garcia	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
02/01/19	Alba Garcia	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
01/01/19	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
31/12/18	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
30/12/18	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
29/12/18	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
28/12/18	Carmona escopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
27/12/18	Polanco Celso	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

EVIDENCIA N°7



EVIDENCIA N°8



EVIDENCIA N°9



EVIDENCIA N°10



EVIDENCIA N°11

EVIDENCIA N°12

EVIDENCIA N°13

EVIDENCIA N°14

FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA



EVIDENCIA N°15



EVIDENCIA N°16



EVIDENCIA N°17



EVIDENCIA N°18

