



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA  
SECRETARÍA DE SALUD

# ACTA DE INSPECCIÓN A ESTABLECIMIENTOS QUE OFRECEN SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS



SECRETARÍA  
DE SALUD  
DEL TOLIMA

ACTA No. 003

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

|                                                                                    |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUNICIPIO: <u>Tolima</u>                                                           | FECHA: <u>21-Feb-2018</u>                                                                                   |
| RAZÓN SOCIAL: <u>Clinica Tolima</u>                                                | NIT: <u>890303630-7</u>                                                                                     |
| Representante Legal: <u>Wilson Roldán Becerra P.</u>                               | C.C. <u>678391</u>                                                                                          |
| Dirección: <u>Cra. 1 No. 12-22 Barrio: Centro</u>                                  | Teléfono: <u>2308000</u>                                                                                    |
| Certificado de Uso cumple: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha Expedición:                                                                                           |
| Matrícula Cámara y Comercio N°.                                                    | Fecha                                                                                                       |
| Tipo de Establecimiento:                                                           | PRINCIPAL <input type="checkbox"/> SUCURSAL <input type="checkbox"/>                                        |
| Naturaleza Jurídica de la institución:                                             | PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> |

## 2. OBJETO DE LA VISITA

|                                                                 |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Inspección <u>vigilancia</u> y control <input type="checkbox"/> | Queja ciudadana <input type="checkbox"/>                  |
| Requerimiento de otro organismo <input type="checkbox"/>        | Solicitud visita mediante oficio <input type="checkbox"/> |

## 3. INFORMACIÓN DEL EQUIPO

|                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| LICENCIA No. <u>1574-23 mod 02017</u> | TIPO: <u>Convencional</u>     |
| MODELO <u>11DB-3</u>                  | MARCA <u>General Electric</u> |
|                                       | SERIE <u>606621</u>           |

## 4. CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LA INSTITUCIÓN

| OBSERVACIONES                                                                                                                                         | EVAL. | OBSERVACIONES    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|
| 1. Los PISOS, PAREDES Y TECHO del establecimiento son en material sanitario, impermeable, no tóxico, no poroso, no absorbente y de fácil lavado.      | 2     |                  |
| 2. Los pisos, techos y paredes presentan adecuado mantenimiento y limpieza                                                                            | 1     | Falta de higiene |
| 3. Las condiciones de aireación e iluminación de la áreas, tanto naturales como artificiales son adecuadas.                                           | 2     |                  |
| 4. ¿Son independientes las áreas destinadas a la prestación de los servicios de imagenología, de otras áreas no compatibles con estos procedimientos? | 2     |                  |
| 5. ¿Se dispone de áreas independientes que permitan el desarrollo de cada una de las actividades para la toma y revelado de la placa?                 | 2     |                  |
| 6. La institución cuenta con servicios sanitarios separados por géneros y en buen estado de limpieza y aseo?                                          | 2     |                  |
| 7. ¿Cuándo el usuario requiere de cambio de ropa para la toma correspondiente ¿se dispone de un vestier?                                              | 2     |                  |
| 8. Se realizan procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos, elementos e instrumentos utilizados por los usuarios?                        | 1     | Falta de orden   |
| 9. Cuenta con los protocolos para estos procedimientos?                                                                                               | 2     | aseo y limpieza  |
| 10. El cuarto de revelado presenta condiciones higiénicas, de mantenimiento                                                                           | 1     |                  |
| 11. Se realiza control de plagas?                                                                                                                     | 2     |                  |
| 10. Nombre de la empresa autorizada por la SST.                                                                                                       | 2     | Erradicar        |

## 5. CONDICIONES DE SEGURIDAD DE LAS AREAS

| OBSERVACIONES                                                                                                                                                   | EVAL. | OBSERVACIONES                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|
| 1. Las paredes, puertas y ventanas se encuentran debidamente blindadas de acuerdo a la norma? Resolución numero 13382 DE 1984.                                  | 2     |                              |
| 2. El área desde donde se realiza el disparo se encuentra separada del equipo?                                                                                  | 2     |                              |
| 3. Mediante que método? Cuarto, biombo, cabina.                                                                                                                 | 2     | cabina                       |
| 4. El área de revelado se encuentra debidamente separada?                                                                                                       | 2     |                              |
| 5. Método de revelado? Mecánico, manual, digital.                                                                                                               | 2     | digital                      |
| 6. Se cuenta con los elementos de protección personal para los usuarios? Delantales, gonadales y tiroideas                                                      | 1     | Se encuentran en mal estado. |
| 7. El personal que realiza el procedimiento, cuenta con elementos de protección personal?                                                                       | 2     |                              |
| 8. Se cuenta con dosimetría?                                                                                                                                    | 2     |                              |
| 9. Tienen monitoreo de dosimetría?                                                                                                                              | 2     |                              |
| 10. Cuenta con una vigilancia epidemiológica al personal ocupacionalmente expuesto?                                                                             | 2     |                              |
| 11. Se cuenta con protocolos de bioseguridad para el manejo de material radiactivo?                                                                             | NA    |                              |
| 12. El personal que realiza el procedimiento conoce y cumple con las normas de bioseguridad, establecidas en los protocolos para manejo de material radiactivo? | NA    |                              |





##### 5. CONDICIONES DE SEGURIDAD DE LAS ÁREAS

| OBSERVACIONES                                                                                                        | EVAL. | OBSERVACIONES                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| 13. Cuenta el personal con el carné de radio protección que lo acredita como Profesional, Técnico o Auxiliar?        | 2     | Claudia Ximena Rodríguez Gutiérrez, = |
| 14. Cuenta con un protocolo para Emergencias Radiológicas?                                                           | NA    |                                       |
| 15. Las áreas destinadas a la prestación del servicio en imágenes diagnósticas se encuentra debidamente señalizadas? | 2     |                                       |
| 16. Se ha realizado el control de calidad al equipo como mínimo cada 4 años?                                         | 2     |                                       |
| 17. Que empresa o persona natural realizó el control?                                                                | 2     | STED-Henry F. Ochoa                   |
| 18. Se encuentra el equipo debidamente calibrado, como mínimo cada 2 años?                                           | 2     |                                       |
| 19. Que empresa o persona natural realizó la calibración?                                                            | 2     | STED-Henry F. Ochoa                   |
| 20. Que modalidad de contrato para el personal tecnólogo o técnico y Radiólogo                                       | 2     | Indefinido                            |
| 21. Verifique hojas de vida                                                                                          | 2     |                                       |
| 22. Verifique turnos de trabajo.                                                                                     | 2     | Ver Anexo.                            |

##### 6. MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

| OBSERVACIONES                                                                                                                               | EVAL. | OBSERVACIONES                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
| 1. Se encuentra inmerso el manejo de residuos del área de imágenes diagnósticas en el plan de gestión?                                      | 2     |                                |
| 2. El personal se encuentra capacitado en el Manejo Integral de Residuos Hospitalarios y existe soportes de ello?                           | 2     |                                |
| 3. La separación selectiva de los Residuos Hospitalarios generados se encuentra acorde al código de colores.                                | 2     |                                |
| 4. Los recipientes desechables (Guardián de Bioseguridad) se encuentran bien ubicados y en óptimas condiciones de funcionamiento.           | 2     |                                |
| 5. Cuentan los recipientes reutilizables con tapa, bolsa interior para depositar los residuos y son evacuados de acuerdo a las necesidades. | 2     | colocar tapas e interior verde |
| 6. Se lleva registro de cantidades de líquido revelador y fijador que se disponen finalmente?                                               | NA    |                                |
| 7. Que empresa realiza la recolección de los residuos líquidos generados?                                                                   | 2     | Proyecto Ambiental             |

##### 7. EXIGENCIAS PARA EL CUMPLIMIENTO

1. Faltan de Higiene, orden y agua en recipientes, elementos vitales por ser malos, y control de residuos, así como dividir (en cuartos de residuos) por barrera la zona de acceso y la de limpieza y de acceso. 3. Poner tapas a los recipientes donde se encuentran los residuos. 4. Cambiar EPP por los usuarios y poner tapas en cuartos

De conformidad con lo establecido en la Legislación Sanitaria Vigente; Ley 9 de 1979, Ley 430 de 1998, Decreto 351/14 y reglamentario, Resolución 9031 de 1991.

2. Cumple satisfactoriamente, 1. Cumple Parcialmente, 0. No cumple, N/A No Aplica, NO: No Observado.

| CONCEPTO DE LA VISITA | TIEMPO DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------------|------------------------|
| FAVORABLE             | 30 días                |
| CONDICIONADO          |                        |
| DESFAVORABLE          |                        |

##### PROFESIONAL QUE REALIZA LA VISITA:

|                            |                                         |        |
|----------------------------|-----------------------------------------|--------|
| Firma <i>Andrés Ochoa</i>  | Firma <i>Cecilia B.</i>                 | Firma  |
| Nombre <i>Andrés Ochoa</i> | Nombre <i>Lorena Alvarado</i>           | Nombre |
| Cargo <i>Prof. Ochoa</i>   | Cargo <i>Ing. Ambiental y Sanitario</i> | Cargo  |

##### RESPONSABLE QUE ATIENDE LA VISITA:

|                                   |                                     |        |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------|
| Firma <i>Adrián Ortiz</i>         | Firma <i>Sandra Padilla Torres</i>  | Firma  |
| Nombre <i>Adrián Ortiz</i>        | Nombre <i>Sandra Padilla Torres</i> | Nombre |
| Cargo <i>Jefe de Bioseguridad</i> | Cargo <i>Médico auditor calidad</i> | Cargo  |



2018

CUADRO DE TURNO  
RADIOLOGIA FEBRERO

| AÑO 2018           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6  | 7   | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |   |
|--------------------|---|---|---|---|---|----|-----|---|---|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| FEBRERO            | J | V | S | D | L | M  | M   | J | V | S  | D  | L  | M  | M   | J  | V  | S  | D  | L  | M  | M  | J  | V  | S  | D  | L  | M  | M  |   |
|                    |   |   |   |   |   |    |     |   |   |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| Claudia Rodriguez  | C | N |   | C | N |    | CQ  |   |   |    | C  | N  |    | CQC |    | N  |    |    | CQ | C  | N  |    | C  |    |    | C  | N  | 1  |   |
| Leonardo Bocanegra | C | N |   | N |   |    | CGN |   | C | N  |    | C  | N  |     |    | CQ | C  |    | N  |    |    | CQ | N  |    | C  | N  |    | CQ | 1 |
| Sandra P.Diaz      | N | C |   |   |   | CQ | N   | C | N |    |    | CQ | N  |     | N  |    |    | C  |    |    |    | CQ | N  | C  | N  |    | CQ | N  | 1 |
| Jose J Ospina      |   |   |   | C | N |    |     | N |   |    |    |    |    |     | N  |    | N  |    |    | N  |    |    |    | N  |    |    |    | 1  |   |
| Cecilia Martinez   | O | O | O |   | O | O  | O   | O | O | O  |    | O  | O  | O   | O  | O  | O  |    | O  | O  | O  | O  | O  | O  |    | O  | O  | O  |   |
| Patricia Cortes    | F | F | F | F | F | F  | F   | F | F | F  | F  | F  | F  | F   | F  | F  | F  |    | F  | F  | F  | F  | F  | F  | F  | F  | F  | F  |   |
|                    |   |   |   |   |   |    |     |   |   |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

QUIROFANO: ROTACION

CORRIDO 7:00A.M. A 7:00 P.M.

NOCHE 7:00 P.M. A 7:00 A.M.

OFICINA 7:30 A.M. A 12:00 P.M. Y 2:00 P.M. A 6:00 P.M.

FLEXIBLE 8 HORAS

SABADOS O 7:00 A.M. A 12:00P.M.

SABADOS F 12:00PM A 8:00 PM

CORDINADOR: DR. RAFAEL PUERTAS F.

REALIZADO POR: CLAUDIA RODRIGUEZ