Chiquinquirá, 24 de febrero de 2026

CSA-GER-2026-004-EXT

Señores
CLINICA GIRON E.S.E
Girón

REF. RADICACIÓN FACTURAS ELECTRONICAS FE440 Y FE441 PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DEL ENERO DE 2026. CON CARGO AL CONTRATO 068-2026. MODALIDAD CAPITADO Y EVENTO, SUSCRITO ENTRE CORPORACION SALUD ANDINA Y LA CLINICA GIRON E.S.E

Respetados Señores:

Con un cordial saludo me permito radicar las facturas electrónicas No. **FE440 Y FE441**, por prestación de Servicios de radiología de baja complejidad contratados por la Clínica Girón ESE con la diferentes Administradoras de planes de beneficio bajo las modalidades CAPITADO y EVENTO, en el periodo comprendido del **01 de enero al 31 de enero de 2026**

Para ello se adjunta:

Item	Documentos	Nro. Folios
1.	Formato orden de pago	1 folio
2.	Facturas FE440 Y FE441	2 folio
3.	Formato Informe parcial nro. 1	8 folios
4.	Notas Crédito NC16 Y NC17	2 folios
5.	Trazabilidad de servicios cobrados capitado y evento	1cd
6.	Soportes obligación Nro. 1	8 folios
7.	Soportes obligación Nro. 2	4 folios
8.	Soportes obligación Nro. 3	7 folios
9.	Soportes obligación Nro. 4	6 folios
10.	Soportes obligación Nro. 5	5 folios
12.	Soportes obligación Nro. 6	9 folios
16.	Soportes obligación Nro. 7	9 folios
17.	Soportes obligación Nro. 8	3 folios
18.	Soportes obligación Nro. 9	9 folios
19.	Soportes obligación Nro. 10	1 folio

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

20.	Soportes obligación Nro. 11	5 folios
21.	Soportes obligación Nro. 12	3 folios
22.	Soportes obligación Nro. 13	4 folios
23.	Soportes obligación Nro. 14	1 folio
24	Soportes obligación Nro. 15	28 folios
25.	Soportes obligación Nro. 16	1 folio
26.	Soportes obligación Nro. 17	1 folio
27.	Soportes obligación Nro. 18	8 folios
28.	Soportes obligación Nro. 19	1 folio
29.	Soportes obligación Nro. 20	1 folio
30.	Soportes obligación Nro. 21	1 folio
31.	Soportes obligación Nro. 22	4 folios
32.	Soportes obligación Nro. 23	1 folio
33.	Soportes obligación Nro. 44	8 folios
34.	Certificación pago de parafiscales expedido Diego Ernesto Fonseca	1 folio
35.	Cedula y tarjeta contador público. Diego Ernesto Fonseca	1 folio
36.	Certificado de junta de contadores. Diego Ernesto Fonseca	1 folio
37	Planilla de seguridad social Salud Andina	1 folio

Nota: Los soportes o evidencias de los resultados entregados pueden ser consultados en el software synapse.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
Gerente
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 24 de febrero de 2026

Dra Natalia Reyes Chinchilla
Auditor General
T.P. 204277784

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO INTEGRAL DE TOMA, PROCESAMIENTO, LECTURA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO y GARANTIZO** que para el periodo del 1 de enero de 2026 al 27 de enero de 2026 y del 29 al 31 de enero de 2026.

El evento de interrupción del servicio de radiología presentado el día 27 de enero de 2026, corresponde a una consecuencia directa del daño eléctrico del equipo de rayos X marcha SHIMADZU de nuestra propiedad.

Se adjunta envió e informe evento interrupción del servicio 27 de enero 2026 en siete (07) folios.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Gmail

juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>

Notificación indisponibilidad sala de Rayos X

3 mensajes

suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co> 28 de enero de 2026 a las 7:26
Para: juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>, gerencia gerencia <gerencia@clinicagiron.gov.co>, Dirección Administrativa General <administrativa@clinicagiron.gov.co>, Coordinación Girón <COORDINACIONGIRON@vivasalud.co>, nataliabayona.md@gmail.com

Cordial saludo.

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General

Por medio de la presente me permito informar que la sala de Rayos X no se encuentra en funcionamiento desde el día martes 27 de enero a las 9:30 p. m. y, a la fecha de hoy miércoles 28 de enero, continúa fuera de servicio.

Esta situación representa una limitante significativa para la prestación oportuna del servicio de urgencias, afectando directamente la atención de los pacientes, como ocurrió en el caso de un paciente SOAT atendido durante la noche anterior.

En razón a lo anterior, solicito muy respetuosamente se nos informe la causa del daño presentado y el tiempo estimado para su reparación, esperando que dicha situación pueda ser solucionada a la mayor brevedad posible.

Agradezco de antemano su pronta respuesta y gestión para la solución de esta novedad.

Atentamente,

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla

Directora Operativa Médico Asistencial

--

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Director Operativo Medico Asistencial

CLÍNICA GIRÓN E.S.E
Progresa la Salud

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Directora Operativa Médico Asistencial
Suboperativa@clinicagiron.gov.co
(+57) 607 6159800 Ext. 108

---

suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co> 28 de enero de 2026 a las 16:59
Para: juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>, gerencia gerencia <gerencia@clinicagiron.gov.co>, Coordinación Girón <COORDINACIONGIRON@vivasalud.co>, nataliabayona.md@gmail.com, subadministrativa subadministrativa <subadministrativa@clinicagiron.gov.co>

Cordial saludo, buena tarde.

Por medio de la presente, solicito muy respetuosamente información sobre la fecha en la cual se retomará el funcionamiento del servicio por parte de **Andina** en la **Clínica de Girón**.

En estos momentos nos hemos visto en la necesidad de **rechazar atenciones médicas y remitir pacientes**, dada la no disponibilidad de este apoyo diagnóstico, el cual resulta fundamental para la adecuada atención de **lesiones, infecciones y demás patologías**.

Agradezco de antemano su pronta respuesta, teniendo en cuenta la importancia de restablecer el servicio a la mayor brevedad posible.

Cordialmente,
Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Directora Operativa Médico Asistencial

[El texto citado está oculto]

---

juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com> 6 de febrero de 2026 a las 17:02
Para: suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co>
Cc: gerencia gerencia <gerencia@clinicagiron.gov.co>, Coordinación Girón <COORDINACIONGIRON@vivasalud.co>, nataliabayona.md@gmail.com, subadministrativa subadministrativa <subadministrativa@clinicagiron.gov.co>

Chiquinquira, 06 de febrero de 2026

CSA-GER-2026-001-EXT

Señores
CLÍNICA GIRON ESE
Girón, Santander del sur.

ASUNTO: INFORME EVENTO INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO 27 DE ENERO 2026.

Reciban un cordial saludo. Yo, Juan Carlos Ortiz Martínez, identificado con la cedula de ciudadanía No. 91.485.998, expedida en la ciudad de Bucaramanga. actuando como representante legal de la entidad Corporación Salud Andina, identificada con el NIT 901.158,204-3, me permito pronunciarme frente al oficio remitido vía correo electrónico por la CLÍNICA GIRON ESE, el día 31 de enero de 2026, en los siguientes términos:

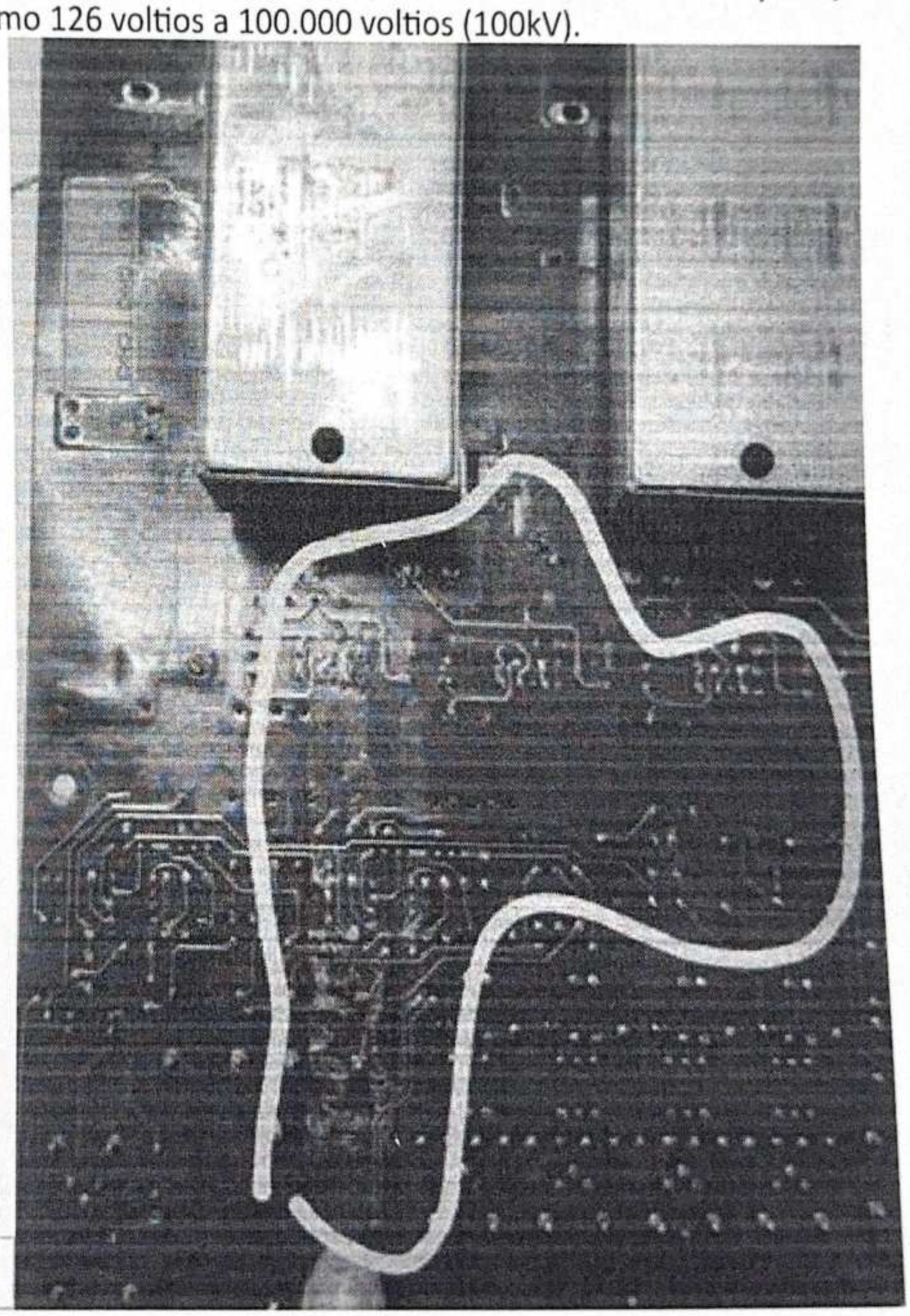
1. Efectivamente, el día veintisiete (27) de enero de 2026 sobre las 21:30 horas se presenta una falla en el funcionamiento del equipo de rayos X marca Shimadzu modelo MUX-10, el cual arroja un error en su panel dentro de su proceso de autodiagnóstico, identificado con el código "F14". El cual se describe en el manual del equipo como se enuncia a continuación:



F14	KVBR signal is supplied. (A glow discharge in X-ray tube, or abnormal high x-ray tube voltage has been detected.)

Traducción al castellano:
"**F14:** Se suministra señal KVBR. (Se ha detectado una descarga luminiscente en el tubo de rayos X, **o un voltaje anormalmente alto en el tubo de rayos X ha sido detectado**)."

2. De manera inmediata se procede a revisar el equipo por parte de nuestro personal técnico, evidenciando daños físicos en la tarjeta inversora, encargada de recibir la energía eléctrica de la red externa y elevar dicha energía a los parámetros exigidos por el equipo para poder disparar el tubo emisor de rayos X, es decir, su función es pasar de un voltaje de máximo 126 voltios a 100.000 voltios (100kV).

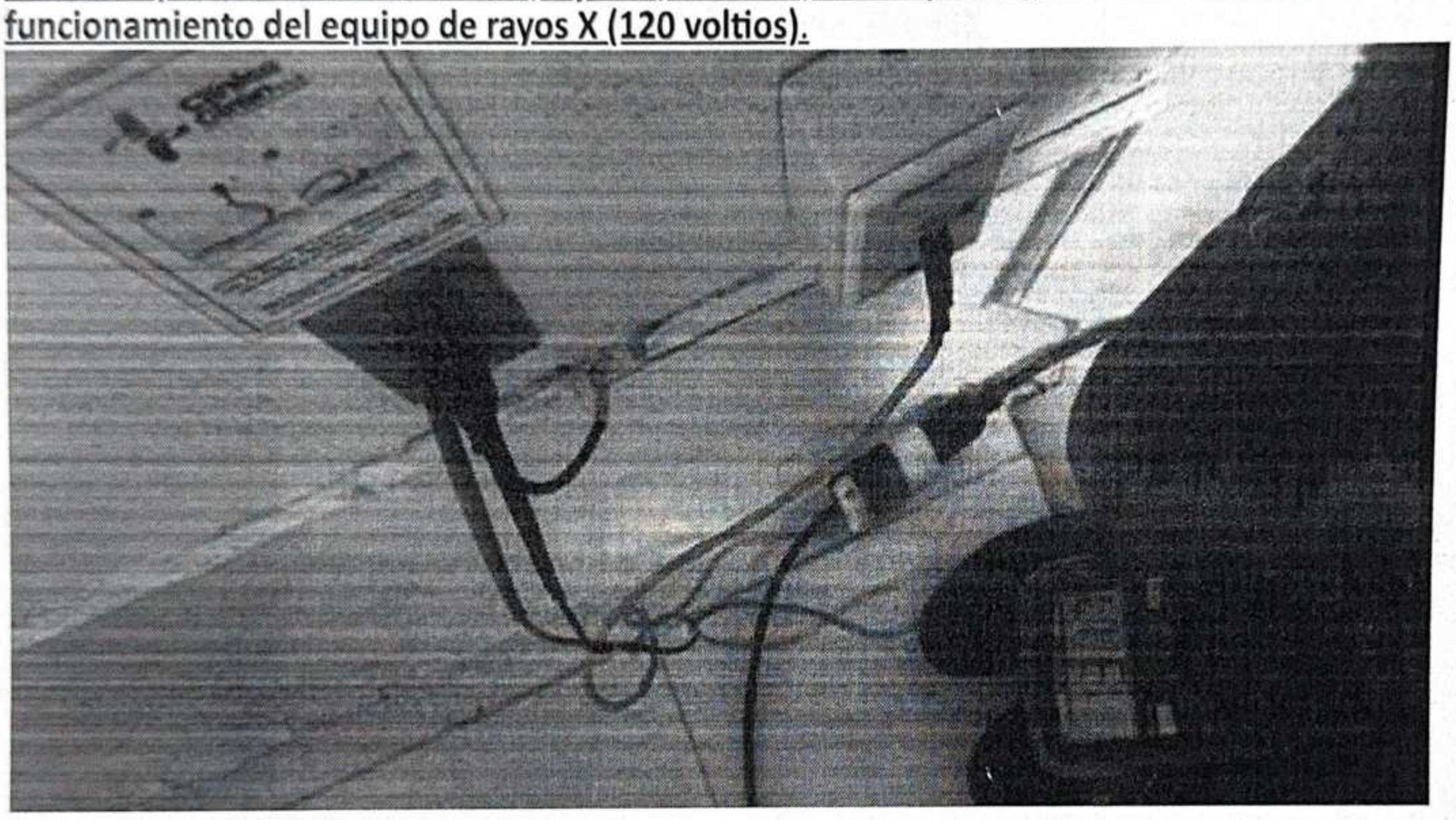


3. Una vez identificado el daño se procede a verificar si es viable la reparación, *IN SITU*, llegando a poner en funcionamiento el equipo con la novedad que el mismo no podía llegar a un Kilovoltaje (kV) superior a 60kV, ya que, superado ese límite el equipo no disparaba rayo, y arrojaba el mismo error F14 arriba descrito.



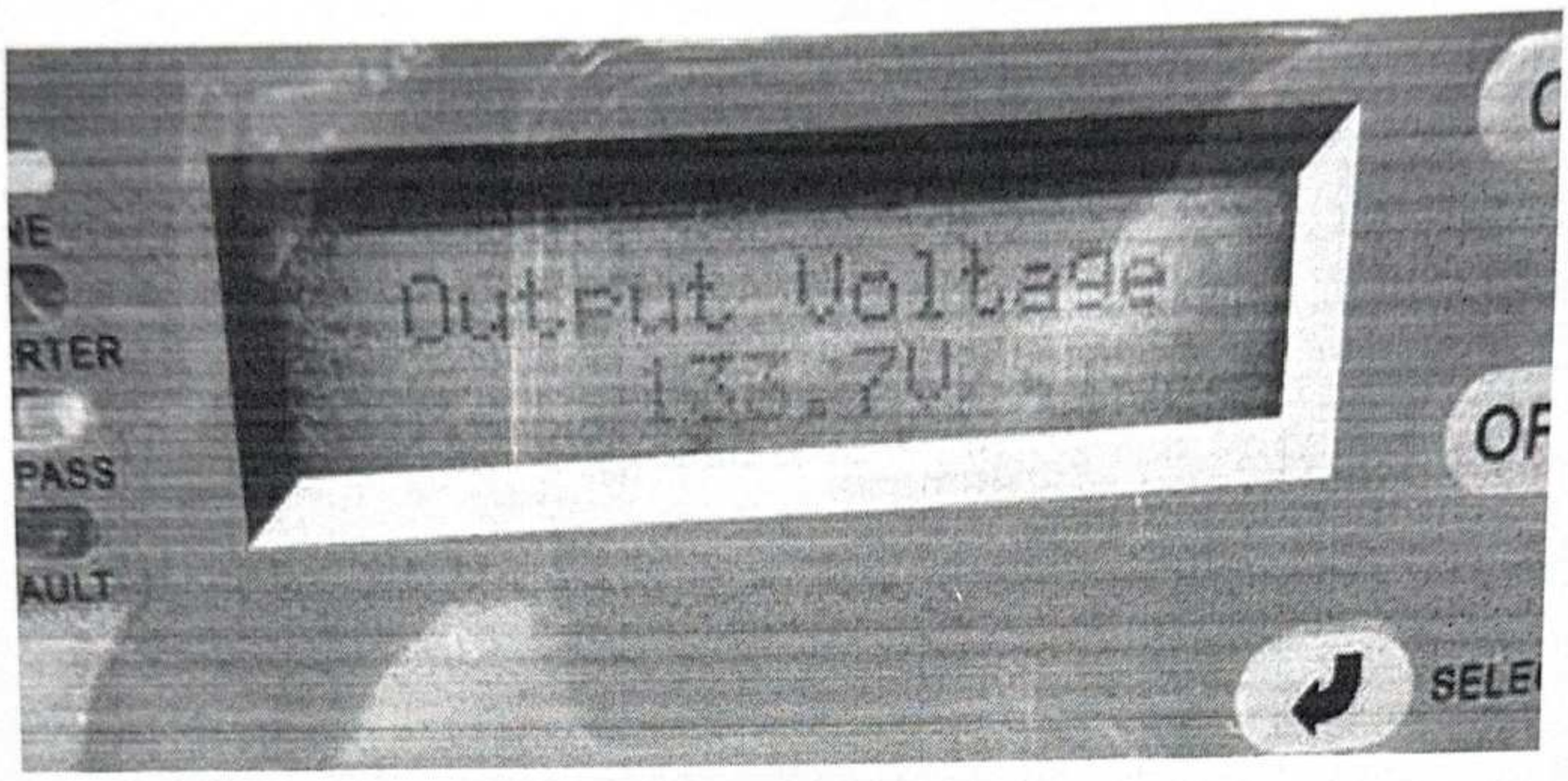
4. En ese orden se procede a solicitar el reemplazo de la tarjeta inversora y/o su evaluación más detallada en la sede central de la compañía.

5. Simultáneamente, se procede a evaluar las posibles causas del daño encontrándose que en ese momento el fluido eléctrico disponible en el circuito de la sala de rayos X, **arrojaba un valor de voltaje o tensión que fluctuaba entre 131,7 y 133,6 voltios, valor que supera el límite máximo establecido para el funcionamiento del equipo de rayos X (120 voltios).**



6. Al verificar la unidad de protección de voltaje -UPS, instalada por nuestra compañía para la protección del equipo de rayos X, se comprueba que la energía eléctrica aportada por la red eléctrica del área también afecto dicha unidad, sobrepasando las capacidades de la misma, causando un daño irremediable de dicha UPS, y cuyo mismo evento de sobrevoltaje terminó afectando el equipo de rayos X.





7. Dentro de las acciones adelantadas por la entidad, de manera simultanea con los procesos relacionados al mantenimiento correctivo del equipo afectado, se procedió por nuestra parte, a trasladar e instalar un equipo de rayos X de respaldo, de iguales capacidades al equipo afectado, de manera que el servicio de radiología quedo restablecido el día jueves, veintinueve (29) de enero de 2026 sobre las 19:30 horas, habiendo transcurrido un lapso de 46 horas en la interrupción del servicio.

8. El día sábado treinta y uno (31) de enero 2026, se culmina el mantenimiento correctivo del equipo inicialmente afectado, reemplazando las partes afectadas por el sobre voltaje y dejándolo en pleno funcionamiento; así mismo, se procedió a instalar una nueva UPS de mayor capacidad, dado que la ups inicialmente instalada sufrió daños irreparables.

9. Adicional a las acciones arriba descritas, se dejó en el servicio un equipo de rayos X marca philips totalmente funcional para uso en caso de eventuales fallas del equipo principal; medida preventiva que adoptamos al tener plena certeza que la falla presentada por el equipo de rayos X marca Shimadzu **se debió a una sobretensión o sobre voltaje presentada en el circuito eléctrico del área de radiología, cuya condición es totalmente ajena a nuestra entidad**.

Adicional a los hechos arriba mencionados y documentados, procedemos a realizar las siguientes consideraciones:

A. Es evidente en las fotografías anexadas, que la red eléctrica disponible en el área de radiología perteneciente a la CLINICA GIRON ESE, no cuenta con las condiciones mínimas exigidas en la resolución 90708 de 2013, y Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas –RETIE versión 2024, lo cual supone un riesgo evidente de fallas eléctricas al no contar en el servicio con una red regulada y certificada, como efectivamente ocurrió el pasado veintisiete de enero de 2026. Entre otras adecuaciones que se deben implementar y disponer son:

Sistemas de protección y normativas

Es vital contar con instalaciones eléctricas diseñadas y construidas según normas adecuadas. En Colombia, el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas (RETIE; abril 2024) exige la instalación de tableros de aislamiento para áreas críticas; también uso de tomacorrientes grado hospital.

Sistema TN-S

Protección diferencial por RCD: Desde circuitos principales hasta equipos individuales, coordinados desde 300 mA hasta 30 mA.

Supresores de tensión DPSs: tipo 1 y 2, para proteger contra sobretensiones transitorias.

Sistema Aislado IT

Norma IEC 60364-7-710: Requiere la instalación de sistemas de distribución aislados para áreas donde no se puede interrumpir el suministro eléctrico, como salas de cirugía y cuidados intensivos.

Monitoreo permanente: Sistemas eléctricos con monitoreo constante de la resistencia de aislamiento y temperatura del transformador para detectar y alertar sobre fallas.

B. Debe ponerse de presente que los equipos electrónicos y especialmente aquellos considerados biomédicos, se fabrican para cumplir con estrictos estándares de calidad, calibración y funcionamiento, entre ellos, los contemplados en las normas RETIE y NTC 1340 vigentes, para el caso que aquí nos ocupa, el voltaje de alimentación debe ser de **ciento veinte (120) voltios,** con un rango limite mínimo de hasta un ocho por ciento (8%) y **máximo el cinco por ciento (5%) por encima de dicho valor**, **es decir que el rango permitido debe oscilar desde un mínimo de 110 voltios hasta máximo 126 voltios**:

TÍTULO 9 – CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE TENSIÓN

Para efectos del presente Reglamento, los sistemas de corriente alterna deben usar tensiones estandarizadas según los siguientes niveles de tensión fase-fase, los cuales se adoptan de la **NTC 1340**, con referentes en **IEC 60038, ANSI C84.1**:

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 1340 (Tercera actualización)

ELECTROTECNIA.
TENSIONES Y FRECUENCIA NOMINALES
EN SISTEMAS DE ENERGÍA ELÉCTRICA
EN REDES DE SERVICIO PÚBLICO

1. OBJETO

1.1 Esta norma establece los valores nominales y rangos permisibles que caracterizan la tensión de alimentación suministrada en cuanto a amplitud y frecuencia.

1.2 Esta norma es aplicable a sistemas de transmisión, subtransmisión, distribución y al uso final de la energía eléctrica de corriente alterna (c.a.).

Tabla 2. Clasificación, denominación y valores de la tensión nominal

Clasificación	Nivel	Tensión Nominal (V)		Tensión máxima (% de la nominal)	Tensión mínima (% de la nominal)
		Sistemas Trifásico de 3 ó 4 conductores	Sistemas Monofásico de 2 ó 3 conductores		
Baja Tensión Vn < 1 kV	Nivel 1 Vn < 1 kV	-	120	+5	Clientes Urbanos: -8 Clientes rurales: -10
		120/208	-		
		-	120/240		
		127/220	-		
		220	-		
		277/480	-		
		480	-		

C. Frente al aspecto contractual, de manera concisa, queremos manifestar que el evento de interrupción del servicio de radiología presentado el día 27 de enero de 2026, corresponde a una consecuencia directa del daño eléctrico del equipo de rayos X marcha SHIMADZU de nuestra propiedad, y a su vez, dicho daño se produjo única y exclusivamente por un sobrevoltaje presentado en ese momento, fenómeno que fue plenamente documentado. Este hecho aunado a que, dentro de nuestras obligaciones suscritas no se encuentra contemplado ninguna intervención en el sistema eléctrico interno y/o externo de la entidad contratante y menos aún de la electrificadora, claramente nos exonera de cualquier responsabilidad frente el evento cuestionado.

Finalmente, con el ánimo de garantizar las condiciones idóneas del servicio, solicito respetuosamente se estudien los hallazgos aquí presentados, y si es del caso, se adopten las medidas tendientes a cumplir la normativa vigente, para así, minimizar los riesgos relacionados con la red eléctrica existente.

Atentamente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
Representante legal
CORPORACIÓN SALUD ANDINA

VICTOR MAURICIO BUITRAGO MURILLO
Ingeniero Electricista
T.P EC205-149454
[El texto citado está oculto]

CRISTIAN HUMBERTO RIVERA ACOSTA
Ingeniero Electrónico
T.P CN206-174442

---

respuesta oficio 31 de enero 2026.pdf
916K

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 1001277784

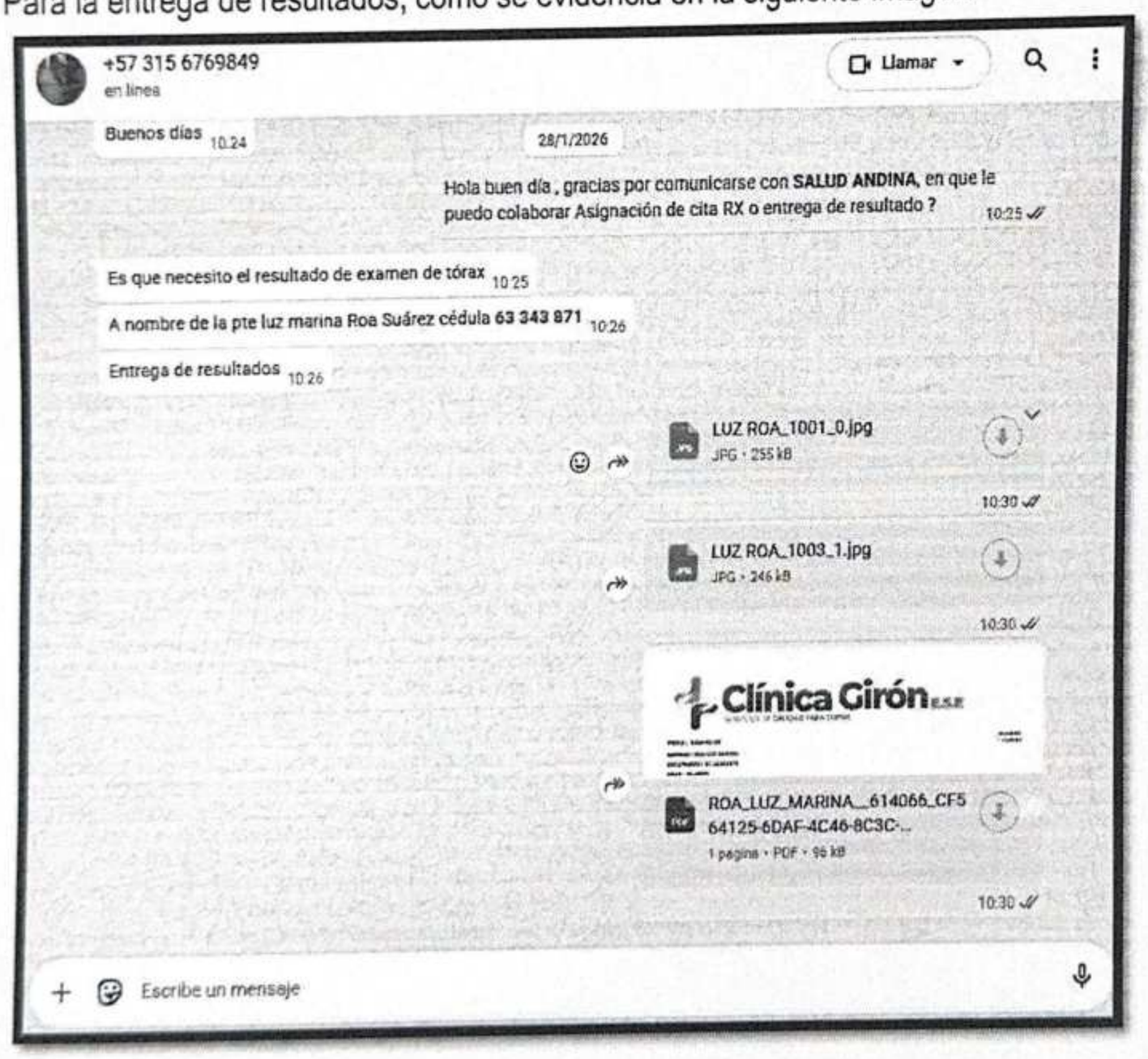
Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION ENTREGA DE INFORMES ESCRITO DE LECTURA E INTERPRESTACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** y **GARANTIZO** que para el mes de enero de 2026 realizo lectura de 1.307 estudios de imágenes diagnosticas, de las cuales 362 estudios superan el tiempo máximo establecido para la lectura e informe, por lo se establece como plan de mejora la lectura y transcripción todos los días antes de las 2:00 pm.

Para la entrega de resultados, como se evidencia en la siguiente imagen:



El paciente hace la solicitud de manera directa a través del call center de la compañía a través del código QR 3102295837, el cual está habilitado de 7: 00 a.m. a 12:00 pm y de 2:00 pm a 5:00 pm de lunes a viernes en días hábiles.

Corporación Salud Andina y el sistema de garantía de la calidad especifico para los servicios de radiología implemento una herramienta para la entrega de resultados, la cual permite salvaguardar los informes ya que hacen parte de la Historia Clínica de cada paciente.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA	FORMATO PLAN DE MEJORA	Código: GD-SGC-FR-110
		Version: 001
		Fecha de Aprobación: 07/02/2025

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Calidad y mejora continua.
ÁREA: Servicio de Imágenes diagnosticas Clínica GIRON ESE
META A LOGRAR: Mejor el tiempo de respuesta para entrega de estudios

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR: DANIEL CORREA – Coordinador del servicio

HALLAZGO 1. 362 estudios que superan el tiempo máximo establecido para la lectura e informe durante elm es de enero, durante el cual se realizaron 1300 estudios

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES (Que)	RESPONSABLE DE EJECUCION (Quien)	FECHA DE REALIZACION (Cuando)	LUGAR DE REALIZACION DE ACTIVIDAD (Donde)	PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD (Porque)	COMO	SEGUIMIENTO
Cargue de resultados en la plataforma PACS SYNAPSE oportunamente	Personal del Área de Lectura y Transcripción.	Ejecución diaria (Límite: 14:00 horas)	Instalaciones de Servicios en Salud Andina-modalidad Telemedicina (Área de Lectura)	Garantizar el cumplimiento del indicador de oportunidad en la entrega de resultados clínicos.	Indexación y cargue digital de informes en el sistema PACS SYNAPSE de todos los pacientes que cuenten con soportes completos y validados.	Monitoreo diario durante el mes de febrero. Ante cualquier desviación o incumplimiento, se procederá con la reevaluación y ajuste del plan de mejora

Dra. Natalia Ospina Chinchilla
Médico General
R.M. 1093277784

DANIEL FERNADO CORREA
Coordinador del servicio

SALUD ANDINA	CLINICA GIRÓN ESE	Código: RAD- 007
	REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y ENTREGA DE RESULTADOS SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	Version: 02
		Fecha Aprobación

MES:	DIA:							
ENE	30							
N°		APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE	No. DOCUMENTO	EDAD	RX - NOMBRE DEL ESTUDIO RADIOLOGICO	Contacto (# de celular o telefono fijo)	FECHA ENTREGA	PARENTESCO CON EL PACIENTE
1		SUAREZ HERRERA TOMASA	28356995	67	RX TORAX	310 8712791	30/1/2026	
2		SOLANO OSORIO EMMANUEL DAVID	1222303650	12	RX DE ROD DER E IZQ	320 2221652	30/1/2026	
3		FLOREZ PINEDA CARMEN MARIA	1093753295	36	RX DE COL DORSO	322 6633848	30/1/2026	
4		QUIROGA SANCHEZ ELIDA	28156971	50	RX DE TORTAX	322 6024675	30/1/2026	
5		HERNANDEZ PARRA ALBA LUCY	30207334	63	RX DE COL DORSO	322 6111269	30/1/2026	
6		LAVERDE CORNEJO LIZ NEY	63553920	41	RX DE COL LUMBO, ROD DER E IZQ	318 4647209	30/1/2026	
7		SANDOVAL RONDON JOSE ANTONIO	1005157360	33	RX ROD DER	317 5777017	30/1/2026	
8		DUARTE LEON HENRY	91354996	46	RX HOMBR IZQ	313 8826921	30/1/2026	
9		NIÑO URIBE DEYSY SYRLEY	1095922069	35	RX TORAX	317 6830147	30/1/2026	
10		GELVEZ DELLANIRA ELIZABETH	1090395971	37	RX PIE IZQ	321 6499464	30/1/2026	
11		ESTEVES AMAYA AURA	37835710	68	RX ROD IZQ	(725) 220-9374	30/1/2026	
12		SILVA CARVAJAL DAVID JULIAN	1098675399	18	RX COL DORSOLUM	304 3650523	30/1/2026	
13		GUERRERO DIAZ IRENE	28212574	63	RX MAN DER E IZQ	316 4524324	30/1/2026	
14		ACUÑA GARCIA YANETH	37943745	56	RX DE TORAX	300 8326766	30/1/2026	
15		IGLESIAS MARIA DE LAS NIEVES	28150482	49	RX DE TORTAX	318 7963254	30/1/2026	
16		SUAREZ SILVA MARLENE	63336279	58	RX COL LUMBO	321 4460110	30/01/ 2026	
17		ALDANA VALERO BENJAMIN	5549277	84	RX CAD IZQ	312 3842171	30/01/ 2026	
18		CAICEDO MUTIS PABLO EMILIO	13816032	74	RX COL DORS, LUMBO	316 3173391	30/01/ 2026	
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

	IMPLEMENTO	REVISÓ	APROBÓ
Cargo	Coordinador de Servicio		

Dra. Natalia Gómez Olmedillo
Gerente General
C.C. No. 1051277761

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

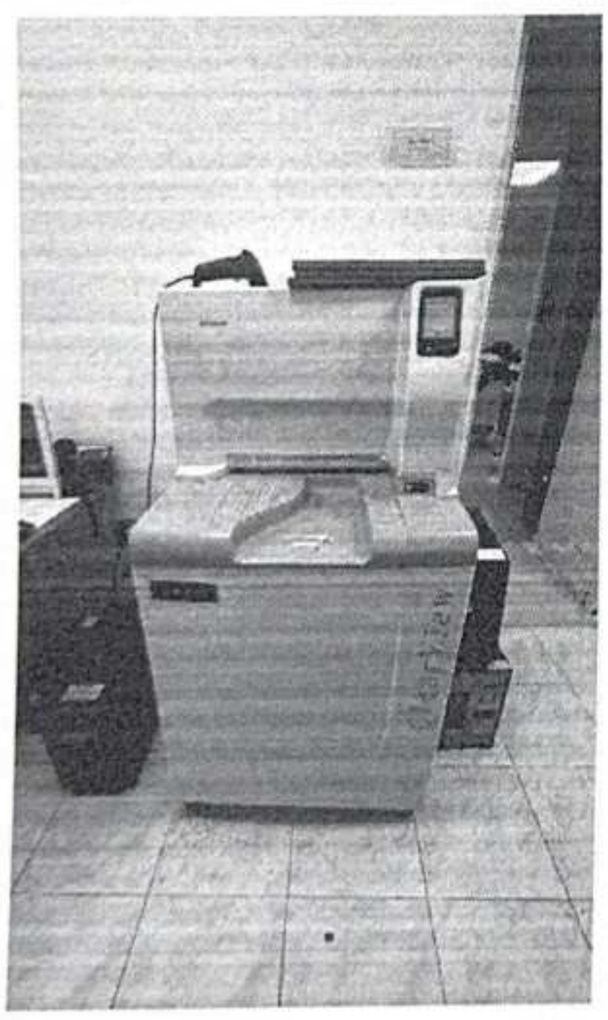
Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

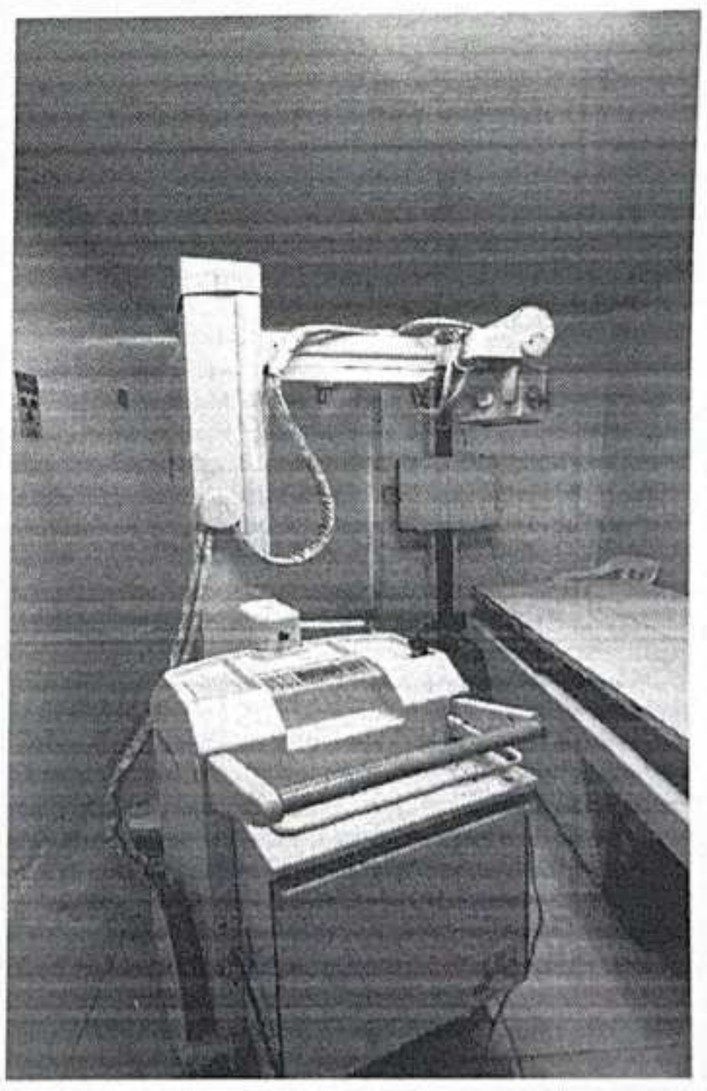
REF: CERTIFICACION DOTACION DE EQUIPOS MÉDICOS, DISPOSITIVOS, INSUMOS, REACTIVOS, MATERIALES, SOFTWARE Y EL PERSONAL PARA EL AREA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** y **GARANTIZO** que para el mes de enero de 2026 y en el marco de la ejecución del contrato 068 de 2026 se suministró de manera exclusiva a toda costa todos los equipos médicos, dispositivos, insumos, reactivos, materiales, software especializado y el personal idóneo, capacitado y con las competencias profesionales y registros habilitantes requeridos por la normatividad vigente para la ejecución completa y autónoma del objeto contractual, sin que ello genere obligación alguna de pago adicional por parte de la E.S.E., garantizando que dichos elementos cumplan con las especificaciones técnicas y los estándares de calidad y seguridad.

EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE COMPUTO

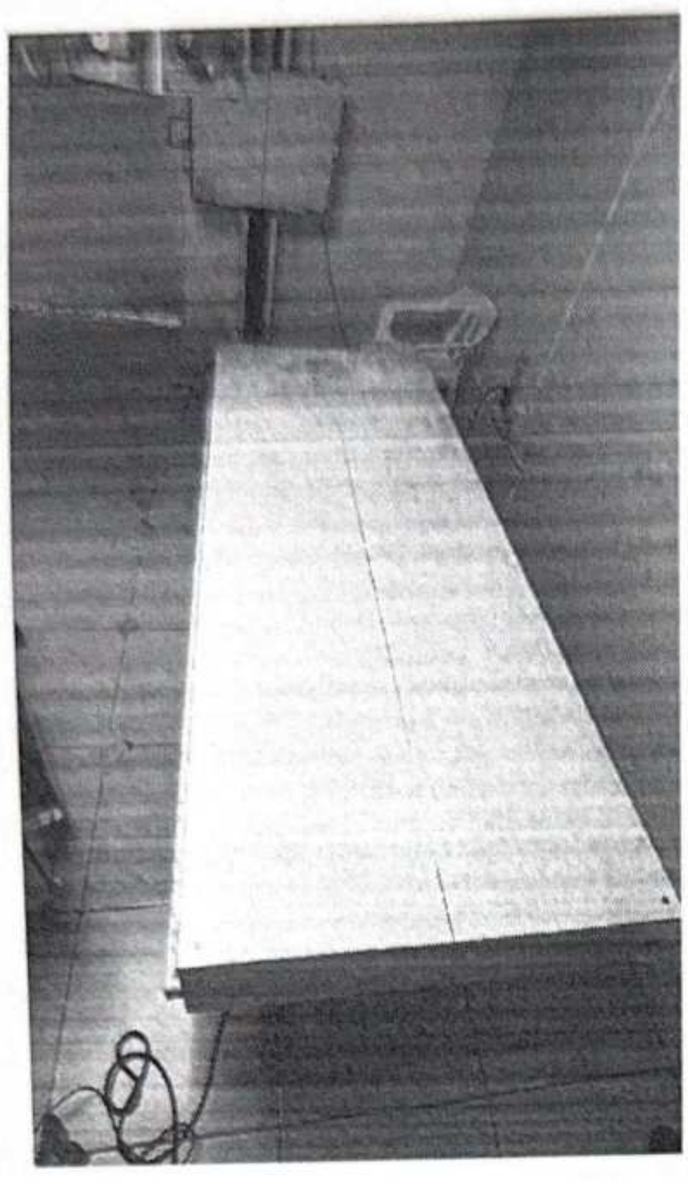


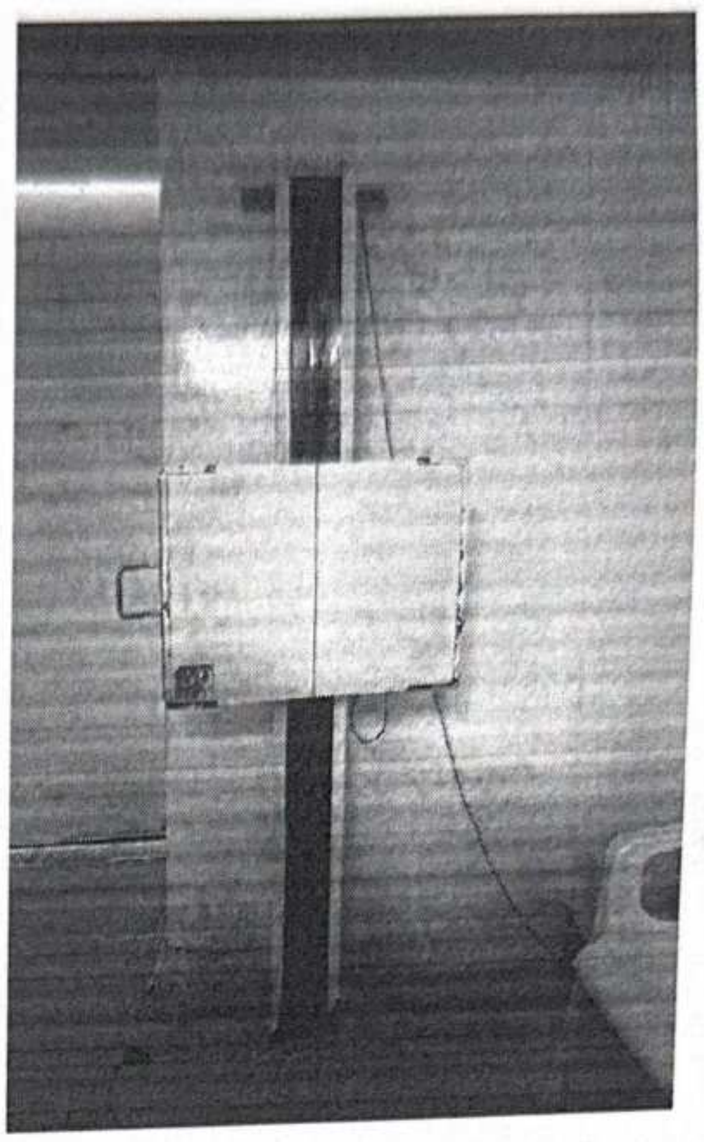


SALUD ANDINA

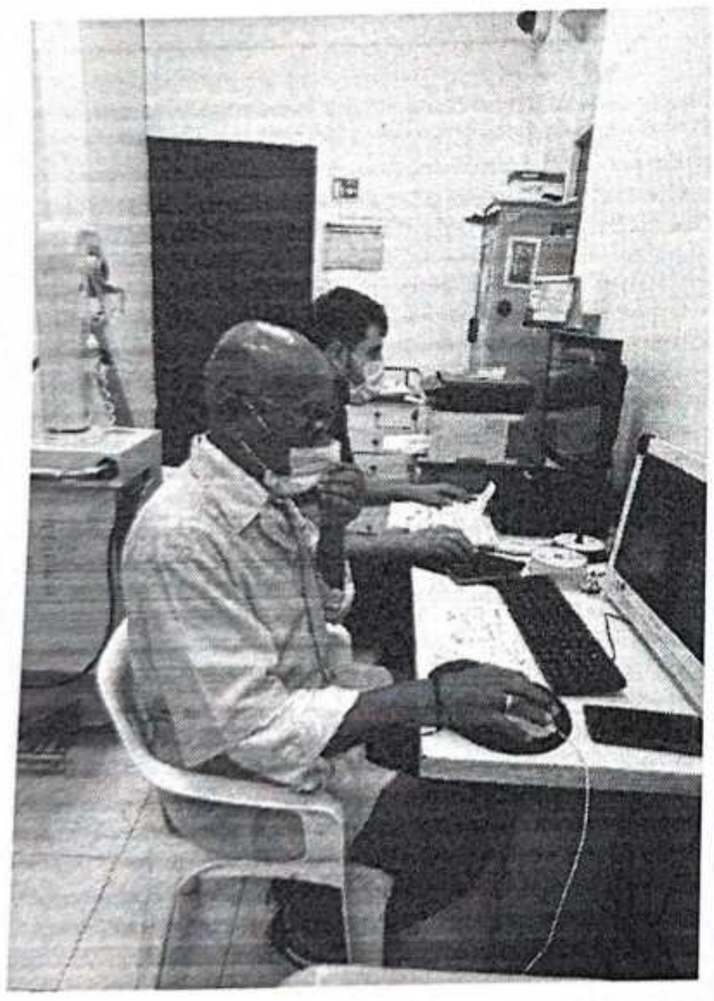
CORPORACION SALUD ANDINA

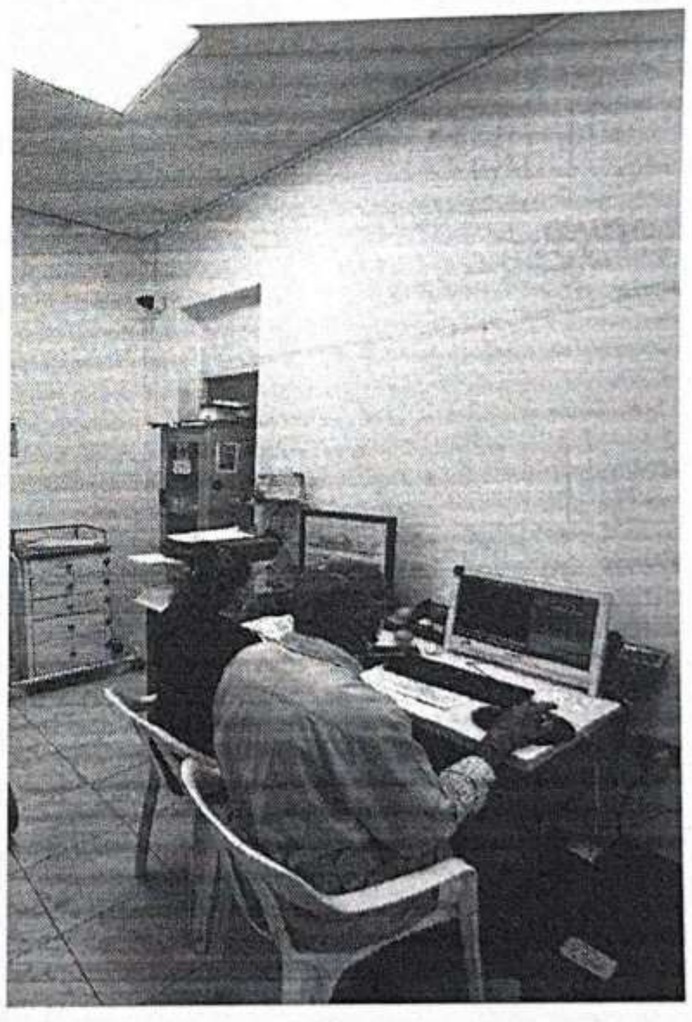
Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 100-277784





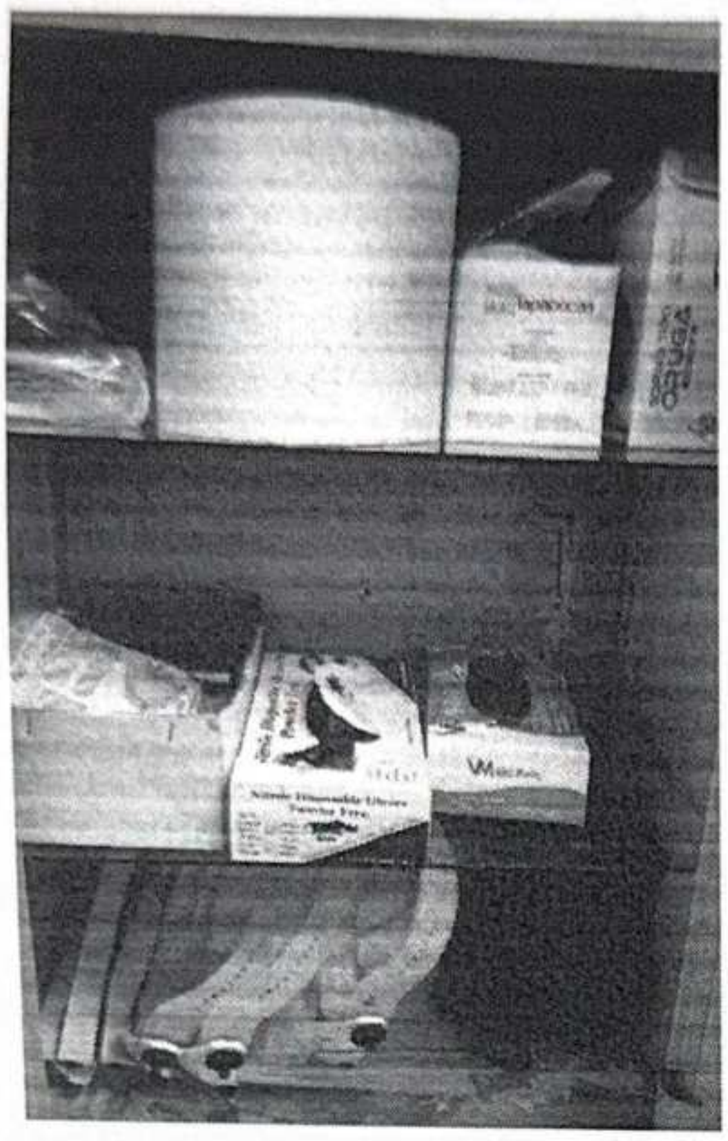
TALENTO HUMANO

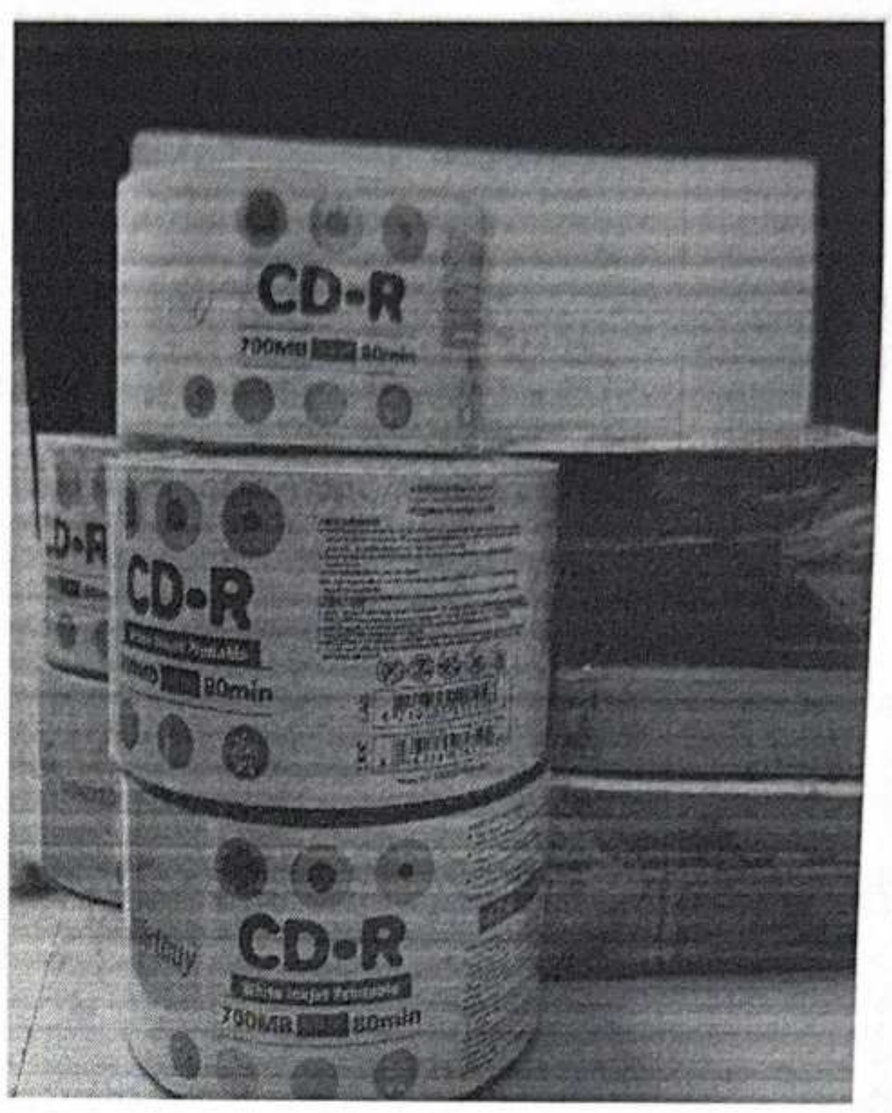




SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

INSUMOS





Se adjuntan cuatro (04) facturas que evidencian las compras realizadas para la prestación de servicios:

- VITALTEST IPS GIRON S.A.S. factura FEV1310
- PAPELERIA Y SUMINISTRO DE OFICINA SAN JUAN ELVER GEOVANNY NINO QUIÑONEZ, factura ELE2-38016
- D1 S A S factura I5M5262018
- DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA PORVENIR SAS factura DC4512

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

PAPELERIA Y SUMINISTRO DE OFICINA SAN JUAN
ELVER GEOVANNY NIÑO QUIÑONEZ
Nit: 91496786-1 Responsable de IVA
Cra 26 N 31 - 37 Giron Centro - Giron
Tel: 3108662312
E-mail:

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. ELE2-38016

Número de Autorización 18764101260734 de 2025-11-07 Rango ELE235457 a ELE2100000 vence 2026-05-07

Doc. Externo:

CLIENTE: CORPORACION SALUD ANDINA CORPORACION SALUD ANDINA - CORPORACION SALUD ANDINA

NIT/C.C.: 901158204-3 TELÉFONOS: 3204160392

DIRECCIÓN: carrera 8 n 19-25 chiquinquira CIUDAD: BUCARAMANGA

FORMA DE PAGO: **CONTADO** MEDIO DE PAGO: **BANCOS**

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	01	2026
FECHA DE VENCIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO
22	01	2026

CANT.	REF.	DESCRIPCIÓN	VR. UNI.	DCTO.	% IVA	TOTAL
250	10361	cd-r normal economico X unidad	1,100	0	19	275,000
1	7702148000043	resma carta reprograf	15,000	0	19	15,000
2	7702148000050	resma oficio reprograf	20,000	0	19	40,000
4	7709023412052	Boligrafo ref*OE-076/077 offi-esco	700	0	19	2,800
4	10119	marcador sharpie fine point cd	3,300	0	19	13,200
1	10079	cinta empaque transparente 48*100 mts	4,500	0	19	4,500
1	1427690387256	cinta aislante colores 18mm*15mts ref*platino	2,500	0	19	2,500
1	4893055007089	sacabocado 2 hueco 16 hojas ref 708 eagle	12,500	0	19	12,500
1	071641100831	lapicero retractil gel negro ref quick-dry inkjoy	7,000	0	19	7,000
1	7703064100107	resaltador pelikan mark 2 amarillo	2,000	0	19	2,000

Valor en letras: Trescientos Setenta Y Cuatro Mil Quinientos Pesos

VENDEDOR: CAJA 1	CLIENTE:	SUBTOTAL	314,706
AUTORIZA	ACEPTADA	DCTO	0
		IVA	59,794
NIT/C.C. :	NIT/C.C. :	TOTAL	374,500

Esta factura por si sola surte los efectos de titulo valor, en razón del cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008, estatuto tributario, código de comercio y demás normas.

PASADO 8 DÍAS CORRIDOS, NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES

VITALTEST IPS GIRON S.A.S.

NIT 900.669.739-0

CRA 24 N° 29- 08 GIRON TEL 6461678

Factura electrónica de venta
No. FEV1310

INFORMACION DEL CLIENTE	FECHA	TOTAL
CORPORACION SALUD ANDINA	**08/01/2026**	**$ 80.000,00**
NI No. : 901158204-3	VENDEDOR	
DIRECCION : CRA 8 #19-25 BARRIO CENTRO		
TELEFONO :	FECHA VENCIMIENTO	REFERENCIA
CIUDAD : CHIQUINQUIRÁ **PAIS :** Colombia	08/01/2026	

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	DCTO.	VALOR TOTAL
41651005	EXAMEN OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, PSICOLOGIA USUARIO IVAN DARIO SIERRA MANCILLA	1	$ 80.000,00		$ 80.000,00

NRO. ITEMS FACTURADOS: 1

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxC # 1	Vence: 08/01/2026	$ 80.000,00

VALOR (en letras) : OCHENTA MIL PESOS

OBSERVACIONES

Persona jurídica y asimiladas, Régimen ordinario de tributación, Responsable impuesto a las ventas, Agente retenedor (puede practicar retención), Autorretención de renta (autorretención 1.1%) y Es declarante o ingresos altos (D.R. 3110 de 2004)
Factura a crédito, plazo hasta 08/01/2026.

Preparado	Aprobado	Contabilizado	Revisado

FIRMA Y SELLO

C.C. O NIT.

Sello de firma:

E3CrmVO64n2tENwVYz+jT+mrQrPcpoq6GASlUJ3kknFVqdy2u4fbY8GyvR3a3csJYGMWLreGP4LHjLdN07+NnaU0hKLCsN8piN9gOSATvbUrYFic3MXivrleSr
ZNfRmedDuRYO5VQA9CGVxcQjGYylwsI4xrwfwiW3Oe5fzAolxwpyrU6XijH3yQpVsffC2iYUq7vZ4tyx5LSmMQHz1+gRNNY6/fz9mraahiwyWoljJmaF1UiyI7CH
KFLpepGU5H7tpuxUV+qHPhf6ks4dt5iPeXRImyJVggbMaFsX6g/xrrgmmgrBX8la8TZH6gVA3t2MSPX6XDxr0LBE8qZbur5A==

CUFE: 1df0448d20347a9c94502ea326c856be62b4bfdac9cc76f855ba24983e09325e60d3d5e9d559599a4b096d6add33f88e

Fecha emisión: 2026-01-08 08:50:08 **Fecha validación DIAN:** 2026-01-08 08:50:13-05:00

Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Resolución DIAN: 18764107... Vigencia: ... Rango: FEV ... 960902...

Tiendas D1 de todos!

D1 S A S

TIENDA-6A100167

ACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N: I5M5262018
ECHA: 2026-01-27 16:04:34
UM. DOCUMENTO: 901158204 - 3
STIMADO (A): corporación salud andina
IRECCIÓN: CRA 8 # 19 25
ELÉFONO: 3205482030

TEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN					
	CANT	UN.MED	VR UNI	VR BASE			DTO
	IVA	% IVA	INC	%INC		*CARGO	VR TOTAL
1	7700304455881	LIMPIADOR LAVANDA JA					
	1	UND	6.350,00	5.336,00			
	1.013,86	19,00					6.350,00
2	7700304011285	CAFE TOSTADO/MOLIDO					
	1	UND	19.900,00	18.952,00			
	947,62	5,00					19.900,00
3	7700304812974	DETERGENTE POLVO BON					
	1	UND	4.550,00	3.824,00			
	726,47	19,00					4.550,00
4	7700304916962	DESINFECT Y ELIMINA					
	2	UND	11.980,00	11.980,00			
							11.980,00
5	7700304349944	JABON LIQUIDO NF AVE					
	1	UND	5.490,00	4.613,00			
	876,56	19,00					5.490,00
6	7700304185351	TOALLA COCINA SUPER					
	1	UND	15.950,00	13.403,00			
	2.546,64	19,00					15.950,00
7	7700304309122	PAPEL HIGIENICO 3 H					
	1	UND	13.950,00	11.723,00			
	2.227,31	19,00					13.950,00
8	7700304406890	BOLSA RECICLADA PIED					
	2	UND	290,00	244,00			
	46,30	19,00					400,00

OTAL ARTICULOS: 8
MPUESTO BOLSA PLASTICA: $110

[TOTALES DE FACTURA]

SUBTOTAL:	70.075,24
DESCUENTO:	0,00
BASE/IMP:	58.095,24
IVA:	8.384,76
IMPUESTO A LA BOLSA:	110.00
AJUSTE A VUELTAS:	-20,00
TOTAL:	78.550,00

[FORMAS DE PAGO]

FORMA DE PAGO:	CONTADO
EFECTIVO:	80.000,00
CAMBIO:	-1.450,00

[DISCRIMINACIÓN DE IMPUESTOS]

DESCRIPCION	BASE/CANT	IMPUESTO
IVA 5%:	18.952,38	947,62
IVA 19%:	39.142,86	7.437,14
EXCLUIDOS:	11.980,00	
INC Bolsas:	0,00	110,00

D1 S A S NIT 900276962-1
Somos Grandes contribuyentes y Agente retenedor de IVA
Resolución No. 200 del 27 de diciembre de 2024.
Línea de atención al cliente: : 018000120201
Res.DIAN 18764095209061 DE 2025-07-04 I5M5 DESDE 159242 HASTA 1999999 Vig 18 MESES

DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA PORVENIR SAS

Dir: CALLE 42 # 22 - 94
Tel: 3133188415
Girón - Santander - CO
email: DISTRIBUIDORAPORVENIRSAS@GMAIL.COM

NIT 901676195-7
Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES DE RENTA - AGENTES RETENEDORES DEL IMPUESTO DE RENTA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° **DC4512**

Resolución DIAN N° 18764092117193 del 21/04/2025 valida desde 21/04/2025 hasta 21/04/2027, Numeración Autorizado del prefijo: DC desde el número 3001 al 10000

Señor(es)
CORPORACION SALUD ANDINA
NIT: 901158204 - 3
CR8 19 25 - BARRIO CENTRO
Tel: 3204160-392
Fe.saludandina@gmail.com
Chiquinquira - Boyaca - CO

Fecha Emision DD/MM/AAAA	Vendedor	Código Cliente
28/01/2026		CSA04

Forma de pago	Método de pago	Vencimiento	Orden de Compra #
Contado	Instrumento no	28/01/2026	

	Código	Descripción	Cantidad	UM	Precio Unitario	Descuento	IVA		Valor Total
1	011903-21	BOLSA ASEO 60 LT COLOR PAQ X 10 UND	20.00	UND	$1,680.67	$0.00	19.00 %	$6,386.55	$40,000.00

Total Cantidad: 20.00
Son:
CUARENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS.

SubTotal	$33,613.45
Descuento	$0.00
Cargo	$0.00
Base Imponible	$33,613.45
IVA (19.00 %)	$6,386.55
Total Factura	$40,000.00
Total a Pagar	$40,000.00

Retenciones	Base	Valor
Sin Retenciones (0.00) %	$0.00	$0.00

Observaciones:

Recibi(mos) real y materialmente la mercancía y/o servicio prestado.

ACEPTADA

Fecha Recibido | Nombre/Razón Social | Cédula/NIT | Firma y Sello

Por medio de la presente Factura Electronica de Venta, el Vendedor y el Aceptante declaran haber recibido real y materialmente los productos y servicios estipulados en este mismo título valor, y se obliga a pagar el precio en la forma pactada. Esta factura electronica de venta se asimila a un título valor de acuerdo a la ley 1231/2008 y al Decreto Reglamentario 1411/2008.

Firma Electronica: xPuaqI5fAhpkVzDx3ok2tUkqtK2auArNZv7uq/6KFEFz4cNnWk18fV9M+ZSp8we6qWMAG8oL/F8frPHB/PksxjIdnrhZXw5q94WcOmNhT
S454Mpj5HlhHnpL132RzLAu7rhPU+8YRErWLbez+5aoloiuXLTaeuSDxrSO8XNxw5ypiTfkofqEEMuaM1Nu6GQrl6Jbf7DJT7beqQBqaws1QS5g5jsrlWB2/
rzIXKDdxhQwaeOfZUz9hLVB0N5vjAVDUJv9qpjCjegTDN8b+tFm/sjjtyef13dHxkWDRQnElpAdP3NBiQAc8lMRwp3mw2sTG0JI08toRRSplXfiH7gaXg==

CUFE: 0898c56c26e4fc4a66122d200586f1781a73cbb74a1fd7d9a01f455118eb84474f0ef41df420badaed0a67b2362511a1

Fecha y hora de Generación: 1/28/2026 9:52:19 AM

Fecha y hora de Validación DIAN: 1/28/2026 9:52:19 AM

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION SUMINISTRO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) AL PERSONAL CONTRATADO EN EL AREA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** y **GARANTIZO** que para el mes de enero de 2026 se suministraron los Elementos de Protección Personal (EPP) para la realización de actividades entre los que se encuentran tapabocas, guantes, batas, chaleco plomado, protector de tiroides plomado, gorros, etc; así como los elementos como desinfectantes, jabón y toallas (se adjunta formato de entrega de EPPS).

Por otra parte, y tras la solicitud de la **CLINICA GIRON ESE** de reforzar la capacitación en uso de tapabocas, se realizo una capacitación sobre los beneficios que trae el uso de Tapabocas durante la prestación de servicio.

Cordialmente,

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 109-1277784

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA	FORMATO PLAN DE MEJORA	Código: GD-SGC-FR-110
		Version: 001
		Fecha de Aprobación: 07/02/2025

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Calidad y mejora continua.
ÁREA: Servicio de Imágenes diagnosticas Clínica GIRON ESE
META A LOGRAR: Lograr que el personal asistencial del servicio use correctamente los EPP

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR: DANIEL CORREA – Coordinador del servicio

HALLAZGO 1. Aunque se ha evidenciado mejora en el uso de EPPs, es persistente que durante las rondas se halla personal que no los usa cuando atiende pacientes

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES (Que)	RESPONSABLE DE EJECUCION (Quien)	FECHA DE REALIZACION (Cuando)	LUGAR DE REALIZACION DE ACTIVIDAD (Donde)	PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD (Porque)	COMO	SEGUIMIENTO
Supervisión continua y auditoría del uso correcto de EPP.	Coordinador del servicio.	Durante las rondas de seguridad permanentes	Área técnica de Imágenes Diagnósticas Ionizantes.	Detectar incumplimientos para aplicar medidas correctivas y garantizar la bioseguridad y radioprotección del personal y usuarios	Mediante inspecciones directas durante la atención al usuario y verificación de elementos puestos.	Publicación de señalética informativa de carácter obligatorio y registro de hallazgos en la bitácora de supervisión. Se realizará un reporte mensual de adherencia al uso de EPP para evaluar la efectividad de las medidas correctivas aplicadas

DANIEL FERNADO CORREA
Coordinador del servicio

Elaborado por Sonia Pachón. Profesional de Calidad

ELEMENTOS DE
PROTECCIÓN I
OBLIGAT



USO ADECUADO DEL TAPABOCAS

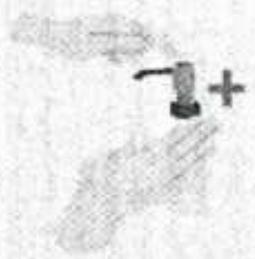
SALUD ANDINA

Carrera 8 # 19-25

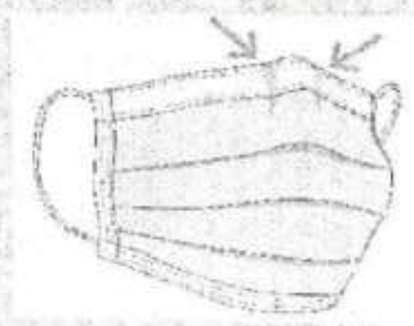
Teléfono: 7261423

PASOS PARA USAR EL TAPABOCAS CORRECTAMENTE

- Lávate las manos con agua y jabón antes de manipular el cubrebocas.



- Revisa que se encuentre en un estado óptimo para ser utilizado.



- Asegúrate que el cubrebocas se encuentre del lado correcto, es decir, que la parte que va hacia la cara sea la adecuada.

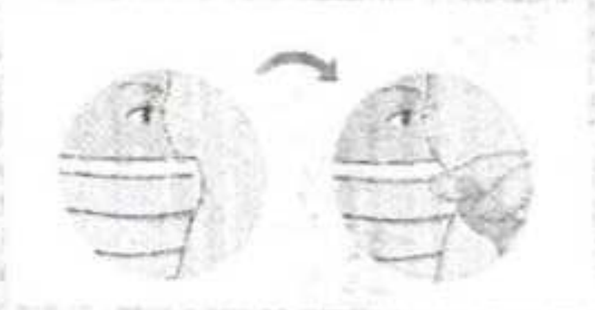
PARA FUERA

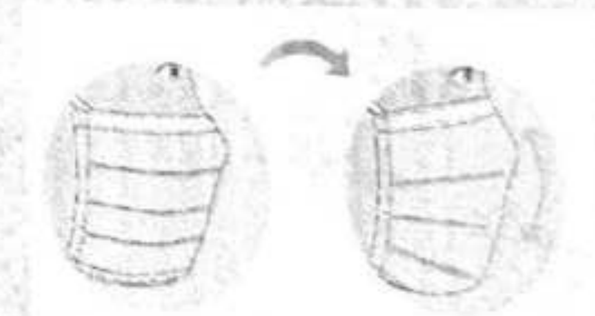
PARA ADENTRO

- Sujétalo alrededor de las orejas.



- Cubre completamente tu rostro desde el puente de la nariz hasta debajo del mentón. No dejes ningún espacio o hueco.





TIPOS DE TAPABOCAS

- Si el tapabocas es de tiras elásticas, estas deben ir en la parte de atrás de las orejas.



- Si tienes tiras de amarrar, coloca la primera cinta sujetadora, es decir, la superior, en la parte de arriba de la cabeza y amarra. Después ponte la cinta inferior alrededor de la cabeza y posiciónala encima del cuello y debajo de las orejas y amarre.



- Si tienes bandas alrededor de la cabeza colócalas encima y alrededor de la parte posterior de la cabeza (distintas a las que se ponen alrededor de las orejas). Sujeta el tapabocas frente a tu cara, jala las bandas por encima de la parte superior de tu cabeza y ponlas alrededor de ésta



RECOMENDACIONES

- No toques el tapaboca durante su uso, si lo haces lávate las manos inmediatamente.
- Reemplaza el tapaboca si se te humedece.
- Al retirar el tapabocas hazlo desde las cintas o elásticas, nunca toques la parte externa de la mascarilla.
- Una vez lo retires dobla el tapabocas con la cara externa hacia adentro y deposítalo en la caneca.
- Lávate las manos con agua y jabón una vez hayas desechado el tapabocas.



Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Dra. Nidia Rocio Chacón
Médico General
R.M. 109127703

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION ASUMIR COSTOS DIRECTOS, INDIRECTOS, GASTOS, TRIBUTOS, CONTRIBUCIONES, IMPUESTOS, SEGUROS EN EL AREA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el mes de enero de 2026 se asumió integral y exclusivamente todos los costos directos, indirectos, gastos, tributos, contribuciones, impuestos, seguros e inversiones que requirió el cumplimiento del objeto contractual, incluidos, los servicios públicos, de telecomunicaciones, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, suministros, salarios, prestaciones sociales del personal etc.

Se adjunta pago de servicio de internet Factura Electrónica de venta Nro. 16166 de GYC INGENIEROS SAS por valor de noventa y cinco mil doscientos pesos ($95.200), expedida el 27 de enero de 2026.

Reporte de mantenimiento correctivo equipo de Radiología Portátil MARCA: Shimadzu **MODELO**: Mobileart Eco MUX - 10

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

G&C INGENIEROS SAS
NIT 901.055.747-8
CALLE 48 # 27-76
Tel: (037) 6156680
Girón - Colombia
gycingenierossas@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. GYC 16166

Señores	SERVICIOS EN SALUD ANDINA LTDA		
NIT	900.306.426-3	**Teléfono**	(607) 3017038710
Dirección	CLL 33 # 25-36	**Ciudad**	Girón - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	27/01/2026, 08:12
Expedición	27/01/2026, 08:12
Vencimiento	31/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO INTERNET CORPORATIVO ENERO 2026	1.00	95,200.00

Total Ítems: 1

Valor en Letras: Noventa y cinco mil doscientos pesos m/cte

Total Bruto	80,000.00
IVA 19%	15,200.00
Total a Pagar	**95,200.00**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-01-31 por $ 95,200.00

Observaciones: NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE, PERTENECEMOS AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764089488492 aprobado en 20250226 prefijo GYC desde el número 12601 al 16220 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 6110 Actividades de telecomunicaciones alámbricas Tarifa 1.6
CUFE: ed47dc73220089bcc0a93074b26b6b5ba31048336a09b7f9ef4f802a426e17343784289e960b0f65a21495c12754bc7a

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

Cuenta de ahorros - Davivienda
046090575120 Nit 9010557478

BANCO DAVIVIENDA
Depositos Efectivo
Fecha: 27/01/2026 Hora: 10:22:06
Jornada: Normal
Oficina: 3860
Terminal: CJ3860W104
Usuario: BTY
Tipo Producto: Cta Ahorros
No Cuenta: 0000046090575120
Titular Producto:
GYC INGENIEROS SAS
Vr. Efectivo: $95,200.00
Vr. Cheque: $0.00
Vr. Total: $95,200.00
Costo transaccion: $0.00
No Transaccion: 312925
Quien realiza la transaccion
Tipo Id: NIT
No Id: 9010557478
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la
informacion impresa es correcta.

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 109-127784

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Información del mantenimiento

FECHA: 31 de enero 2026	**RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO:** Cristian Rivera	
EQUIPO: Rayos X portátil	**N° INVENTARIO:** EB065	**SERVICIO:** Radiología - Girón
MARCA: SHIMADZU	**MODELO:** Mobileart Eco MUX - 10	**SERIAL:** 213YCFC3947006
Tipo de mantenimiento: Preventivo ___ Correctivo _X__ Diagnostico _____ Otro:_____		

Protocolo del mantenimiento Equipo móvil de rayos x	
Limpieza general interna y externa	X
Revisión y lubricación de bucky mural	X
Revisión y lubricación de bucky de mesa	X
Revisión del panel principal de controles	X
Revisión de controles de movimiento	X
Revisión del colimador y su lampara	X
Revisión del cableado	X
Limpieza de tarjetas electrónicas	X
Revisión de la fuente de poder	X
Verificación de rotación del tubo	X
Prueba de funcionamiento	X

Reconocimiento de fallas	
Envejecimiento	
Desgaste	
Operación indebida	
Construcción	
Batería	
Mala instalación	
Accesorios	X
Desajuste	X
Desconocido	
Fuente de Energía	X
Cableados	
Sin fallas	

Medidas Aplicadas	
Pr. Funcionamiento	X
Pr. Seguridad	
Mantenimiento	X
Supervisión	
Modificación	
Reubicación	
Calibración	
Asesoría Técnica	
Desmontaje	X
Inspección	X
Descarte	

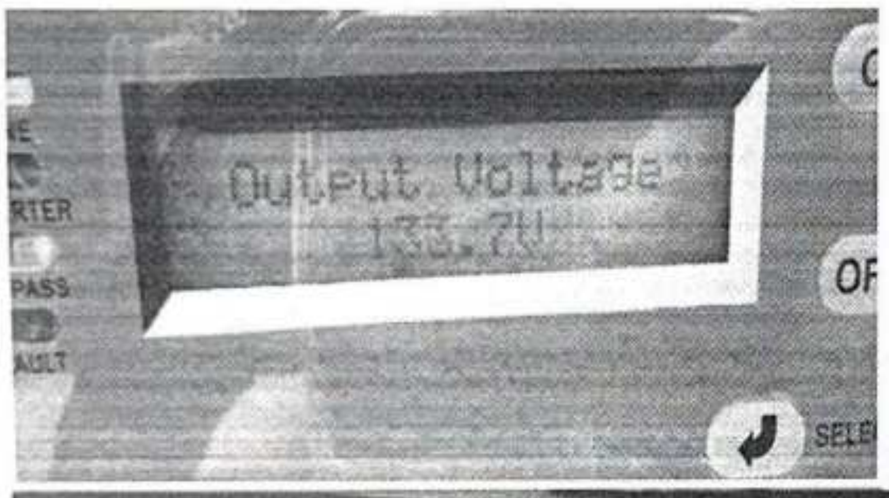
Materiales Utilizados	
Descripción	**Cantidad**
Herramienta básica	1
Lubricante 3 en 1	1
Multímetro	1
Limpia circuitos	1

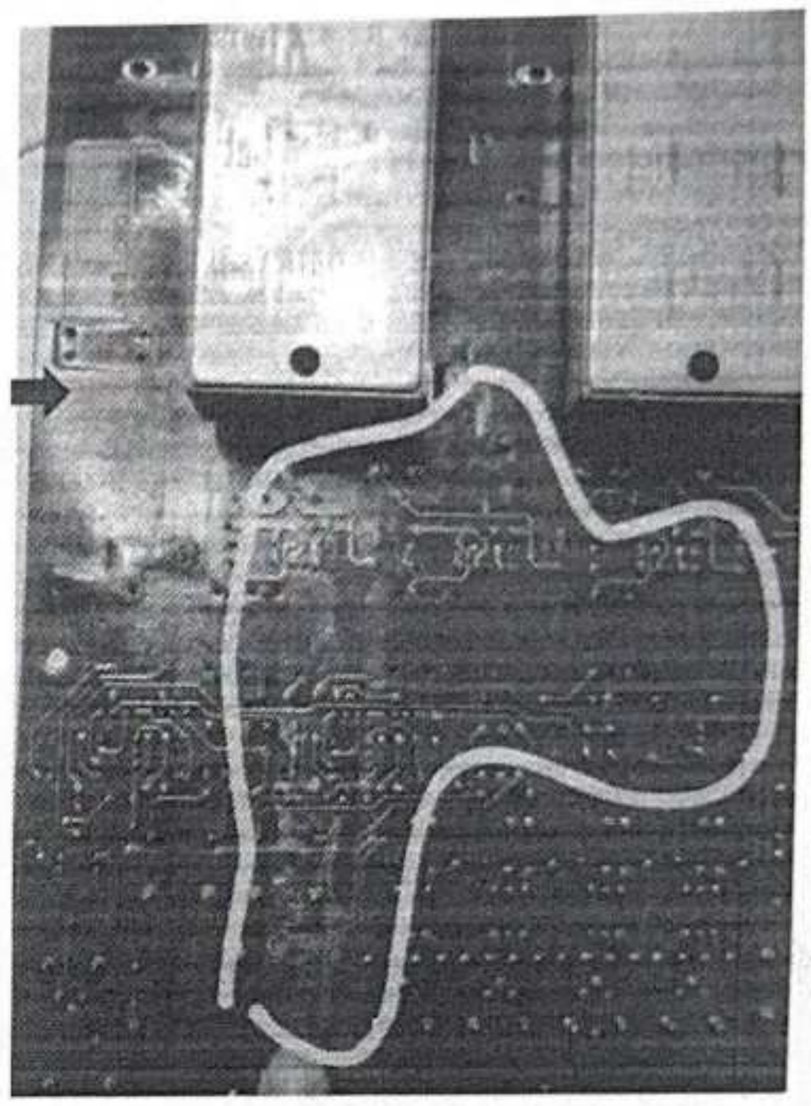
Informe y Observaciones
Inicialmente reportan error F14 el 27 de enero de 2026 según manual de servicio: "Se suministra señal KVBR. (Se ha detectado una descarga luminiscente en el tubo de rayos X, o un voltaje anormalmente alto en el tubo de rayos X ha sido detectado).", se realiza el respectivo diagnóstico del equipo en el cual se encuentra un fallo en la tarjeta de alta potencia del inversor y los IGBT de esta misma y se evidencia también que la UPS de 3KVA que protege y a su vez alimenta el equipo se vio afectada por un pico de sobretensión causando su daño irreparable. Por lo cual se procede a desinstalar dicha tarjeta para su respectiva reparación o cambio según diagnostico detallado. Se instala la tarjeta luego de su reparación, y se le hace un mantenimiento preventivo al equipo para evitar futuras fallas, a su vez se instala una UPS completamente nueva y configurada al voltaje que requiere el equipo para su correcto funcionamiento. Y se concluye que la causa de las afectaciones de los equipos es por la red eléctrica de la clínica.

Firma y nombre de quien realiza el mantenimiento:	Firma del encargado:
Cristian Rivera Ingeniero Electrónico Área de innovación tecnológica RH-202503-03837	Daniel Correa Ingeniero de Sistemas Coordinador de Sede

ANEXOS:

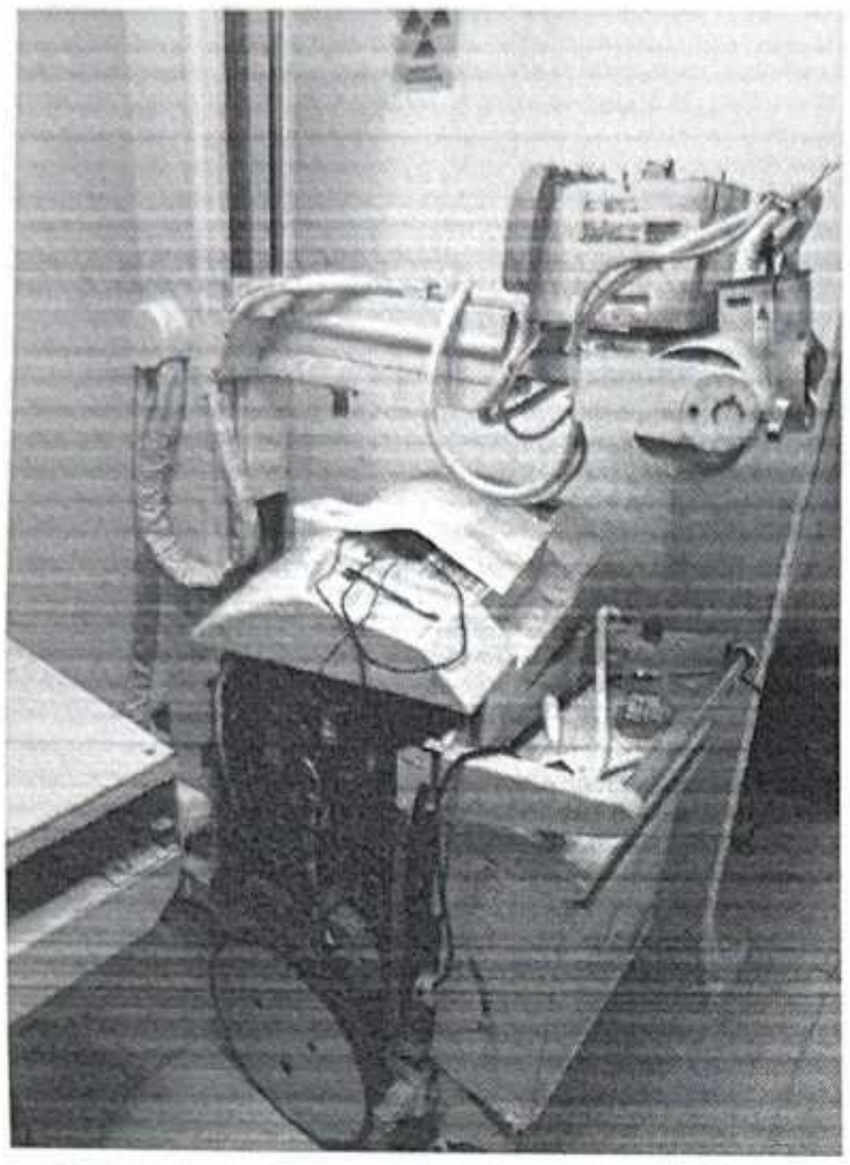


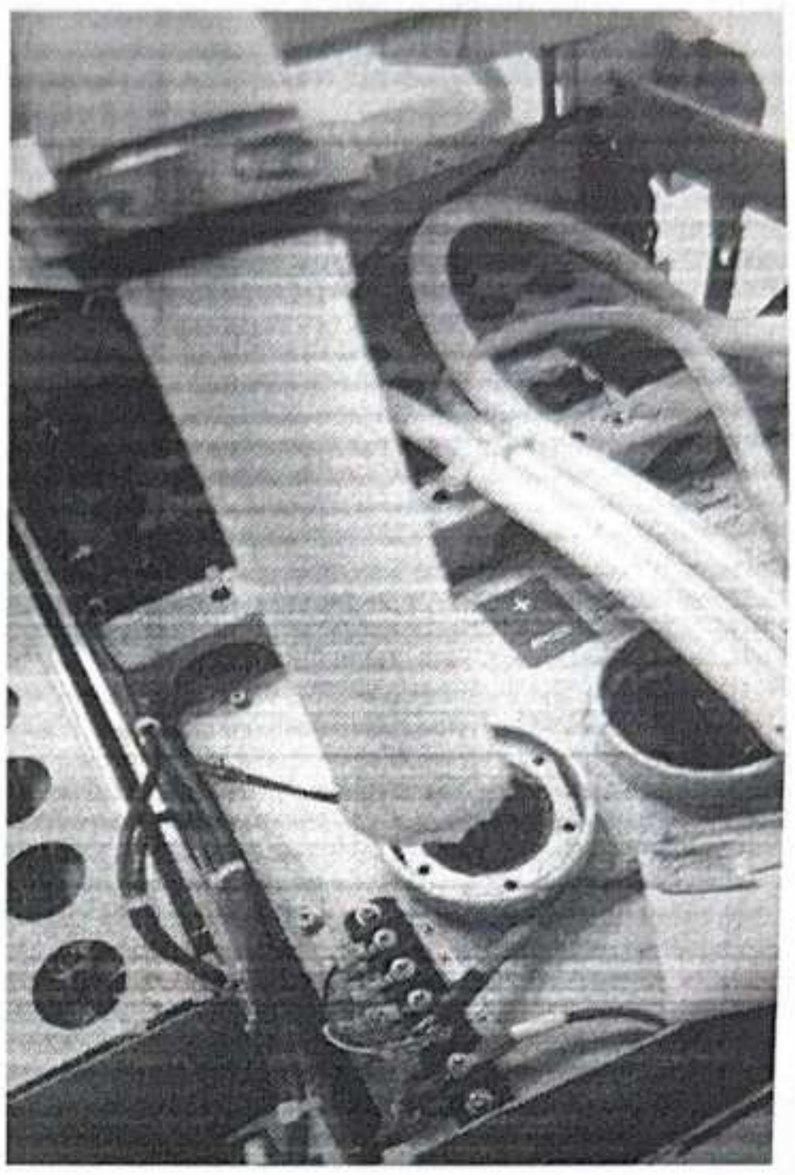






	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	PAGINA
FECHA	09/ Mayo / 2023	09/ Mayo / 2023	09/ Mayo / 2023	2
CARGO	Ingeniero Biomédico	Profesional de Calidad	Representante Legal	
NOMBRE	Julio Cesar Vargas Chacon	Sonia Patricia Pachón	Juan Carlos Ortiz Martínez	






JKJ
25Y O
lenovo

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 109-277784

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES TÉCNICOS-CIENTÍFICOS, DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EXIGIDOS POR EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 se prestó el servicio de toma de imágenes, lectura, transcripción, cargue y entrega de resultados cumpliendo los estándares técnicos-científicos, de calidad y seguridad del paciente exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la normatividad sanitaria vigente.

Por otra parte, en infraestructura se mantuvieron las áreas físicas donde opera el servicio en condiciones óptimas de aseo, desinfección, orden y presentación, conforme a los protocolos de la institución y la Resolución 3100 de 2019.

Por lo anterior se adjunta protocolo de limpieza y desinfección.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Protocolo de Limpieza y Desinfección de Equipos en el Área de Toma de Imágenes Radiológicas

Objetivo

Estandarizar el proceso de limpieza y desinfección que se realiza a los equipos ubicados en el área de radiología, con la finalidad de generar directrices que permitan unificar conceptos de profesionales y auxiliares para la correcta realización del procedimiento.

Alcance

Este procedimiento aplica desde el inicio de la jornada laboral, durante la realización de estudios imagenológicos, hasta la terminación de la jornada de trabajo

Responsabilidad

El cumplimiento de este documento compete a los tecnólogos en radiología y auxiliares de enfermería que intervengan en los procesos de limpieza y desinfección en el servicio de Imágenes Diagnósticas de la Clínica Girón ESE.

1. Contenido

1.1 Fundamento

Los procesos de limpieza y desinfección constituyen un pilar importante, debido a riesgo latente que existe en el Servicio de radiología por la presencia de agentes patógenos que pueden llegar afectar la salud del personal que tenga contacto con ellos.

La limpieza es un proceso que consiste en la remoción de la materia orgánica e inorgánica presente en los objetos y las superficies, este proceso antecede a la desinfección, que consiste en la inactivación y destrucción de algunos microorganismos patógenos a través del empleo de agentes o sustancias químicas como el alcohol y el hipoclorito de sodio.

El alcohol etílico al 75% es un agente químico soluble en agua que funciona como bactericida más que como bacteriostático, el cual actúa por desnaturalización de las proteínas relacionada con la inhibición de la producción de metabolitos esenciales en los microorganismos. Además, es un agente virucida potente que hace inactivo algunos virus como la gripe, herpes, rotavirus, adenovirus, enterovirus, rinovirus, etc. Es ideal para desinfectar equipos de radiología y pequeñas superficies.

Silicona Líquida para limpieza externa de los equipos, en caso que lo requiera.

1.2.1 Definiciones

Alcohol: Desinfectante químico inflamable empleado para la desinfección de pequeñas superficies y como antiséptico.

Descontaminación: Procedimiento que remueve microorganismos patógenos de los objetos, dejándolos seguros para su manipulación.

Limpieza: Remoción de toda materia extraña de los objetos o las superficies.

Desinfección: Proceso que elimina todos los microorganismos de los objetos o superficies con excepción de las esporas bacterianas; esta se realiza utilizando agentes desinfectantes, que tienen la capacidad de destruir y eliminar microorganismos causantes de enfermedades.

Desinfectante: Es un agente que tiene la capacidad de destruir o eliminar microorganismos causales de enfermedades.

Carga microbiana: Número de microorganismos viables que contaminan un objeto.

Contaminado: Elemento potencialmente infeccioso que ha estado en contacto con microorganismos.

1.3 Condiciones Generales

Frecuencia: La limpieza y desinfección se debe realizar diariamente al finalizar la jornada laboral o de manera inmediata ante cualquier salpicadura de fluidos corporales.

Registro: El procedimiento se debe consignar en la carpeta de "Mantenimiento de equipos".

Bioseguridad: Es obligatorio el uso de elementos de protección personal: bata, tapabocas y guantes.

Seguridad del Agente: Dado que el alcohol es inflamable y volátil, se debe almacenar en lugares frescos, ventilados y en recipientes cerrados

2. Descripción de Procedimientos

2.1 Digitalizador (Fujifilm Prima FCR / Prima-T) e Impresora (Drypix Smart)

Se prepara el material necesario (compresas, alcohol al 75%, toallas desechables).

Se impregna la compresa con alcohol etílico al 75%.

Se realiza la limpieza de la superficie externa del equipo.

Se permite que el alcohol actúe durante 30 segundos.

Se realiza el secado con toallas desechables.

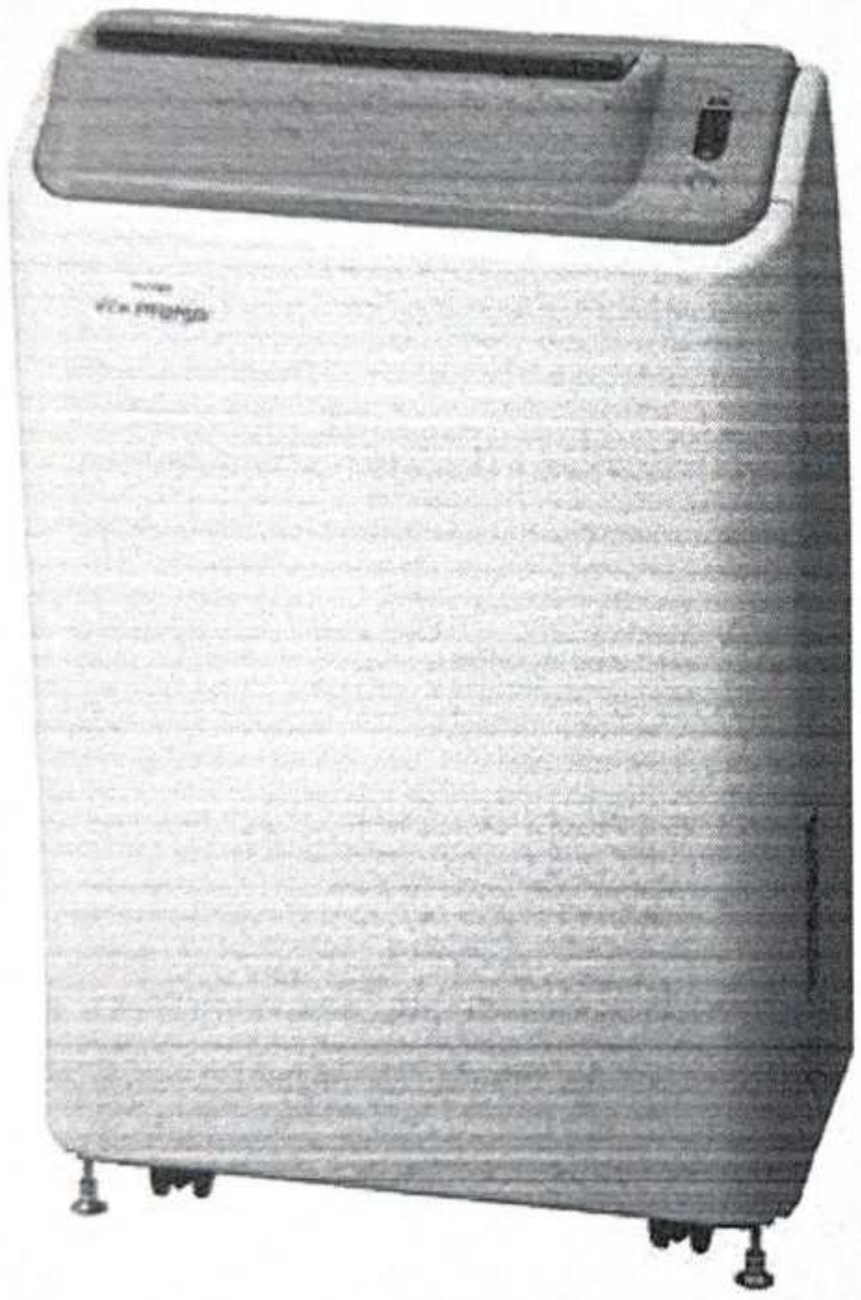


Figura 1. Digitalizador (Fujifilm Prima FCR / Prima-T)



Figura 2. Impresora (Drypix Smart) Impresora



Figura 3. Impresora FUJIFILM Fuji Prima-T

2.2 Equipo de Mesa Fijo (Radiología Convencional)

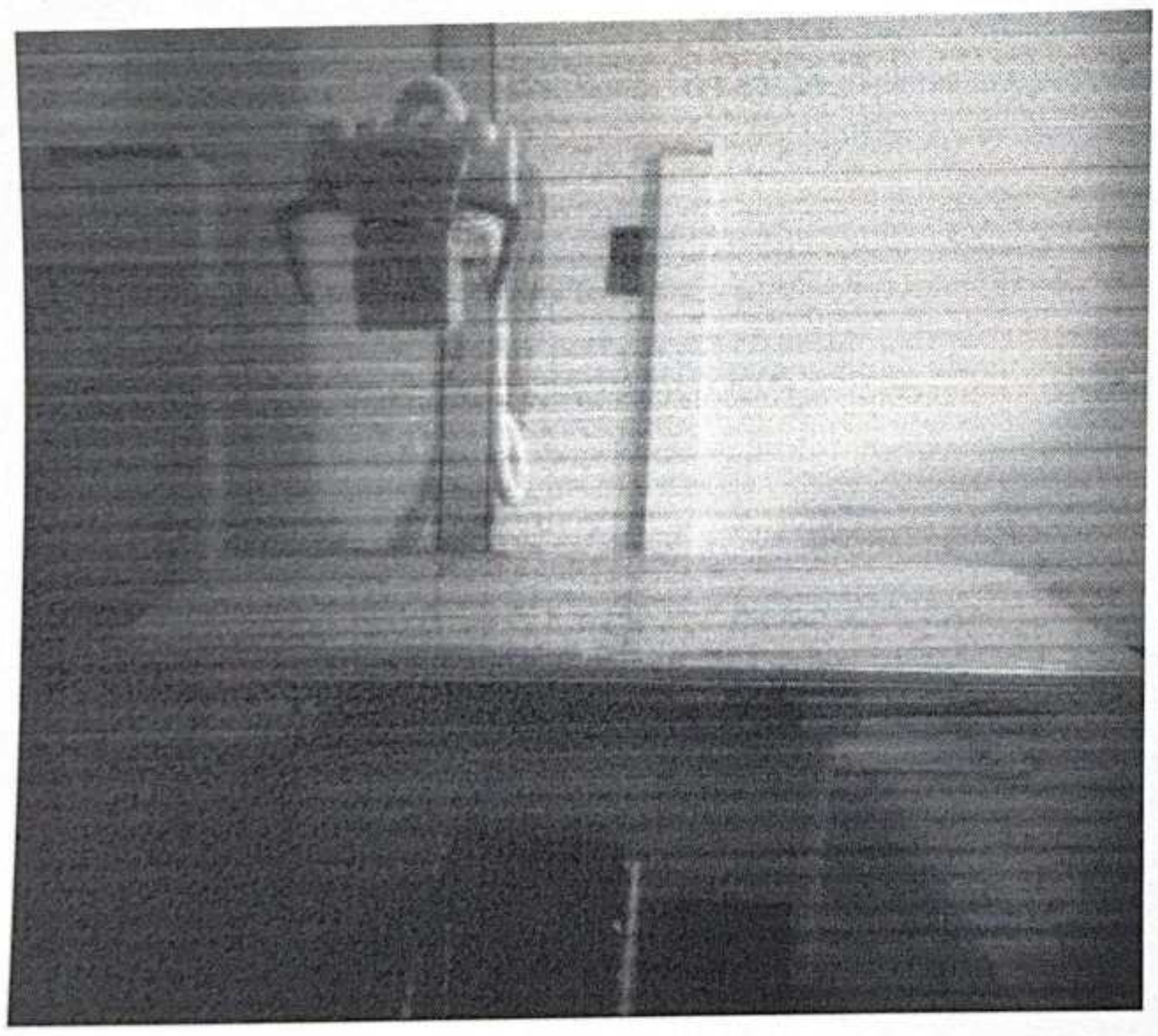


Figura 5. Mesa fija

Este equipo requiere un protocolo reforzado debido al contacto directo con pacientes.

1.Desinfección inicial: Se aplica hipoclorito de sodio a 5.000 ppm, dejando actuar por 15 minutos.

2.Limpieza intermedia: Se emplea una compresa impregnada con alcohol etílico al 75%, dejando actuar por 30 segundos.

3.Aclarado: Se limpia el equipo con agua destilada.

4.Mantenimiento entre pacientes: Se debe limpiar la superficie con alcohol al 75% y toallas absorbentes entre cada atención para evitar contaminación cruzada

2.3 Consola de Comando

Nota de precaución: Debido a la alta sensibilidad del componente, la limpieza debe ser mayormente seca, evitando el exceso de humedad.

Se humedece mínimamente la compresa con alcohol al 75%.

Se aplica sobre la superficie y se deja actuar por 20 segundos.

Se finaliza con el secado mediante toallas absorbentes

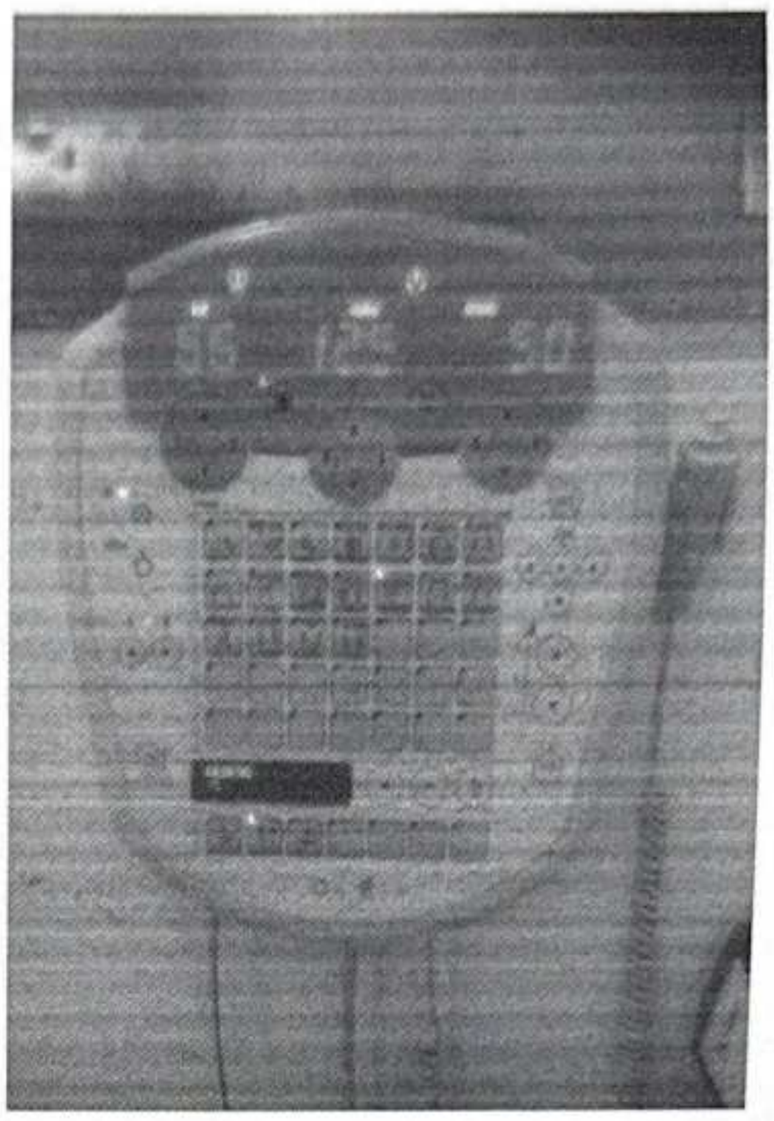


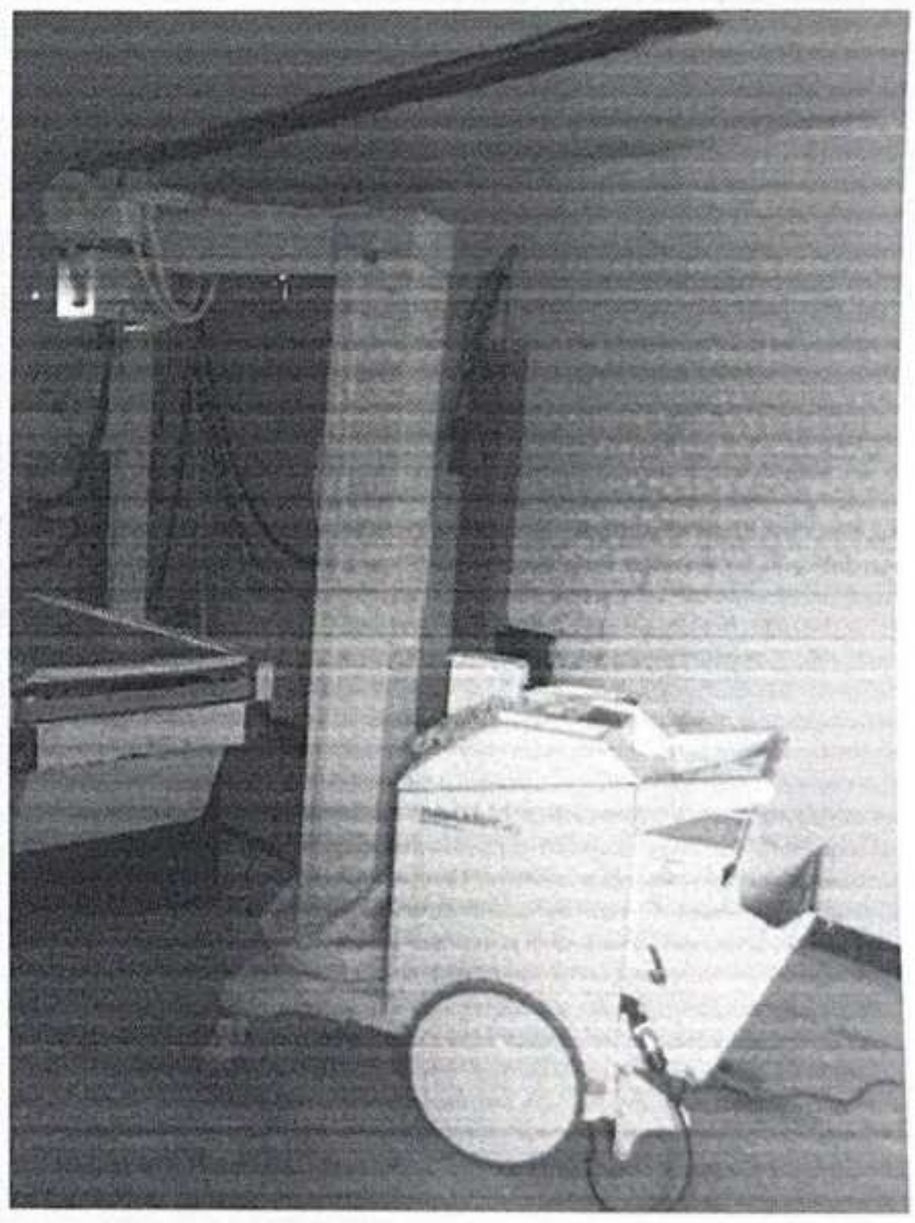
Figura6. Consola

2.4 Portátil MOBILE X - –Ray System MUX -10 Series

Se impregna la compresa con alcohol etílico al 75%.

Se aplica en las superficies externas y se deja actuar por 30 segundos.

Se realiza el secado con toallas absorbentes



4. DOCUMENTO DE REFERENCIA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Limpieza y desinfección de equipos y superficies ambientales en instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá, septiembre de 2011.

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Manual de Buenas prácticas de Esterilización, 2004.

SALUS HOLOS. Manual de Bioseguridad: Edición especial para todos los profesionales de la salud. Bogotá. 2001.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Protocolo de limpieza, desinfección y estilización. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de mantenimiento para equipos de laboratorio. Washington. 2005.

	ELABORÒ	REVISÓ	APROBÓ
CARGO	Profesional de calidad	Ing Biomédico	Operador radiologico
NOMBRE	Sonia Pachón	Cristian Rivera	Juan Carlos Ortiz Martinez

CLÍNICA GIRÓN	REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS	Código: F-PAD- 015
		Versión: 02
	SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICA IONIZANTES	Fceha:ENERO 5 DE 2026

MES: _____ AÑO: _____

EQUIPOS BIOMEDICOS	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	29	30	31
DIGITALIADORA MARCA:FUJIFILM MODELO:CLEARVIEW - SERIAL: 16150262																															
EQUIPO RX PORTATIL -MARCA: SHIMADZU SERIE: 213YCFC3947006 MODELO: MOBILEART ECO MUX-10																															
EQUIPO RX PORTATIL -MARCA: PHILIPS SERIE: 14-0409 21 MODELO: PRACTIX 33 plus																															
2 CHASIS 14 x 17 - IP:A54042506C - IP:A47820906C																															
2 CHASIS 14 x 14 - IP:A49018134C - IP:A49018141C																															
2 CHASIS 10 x 12 - IP:A52205545C - IP:A52205439C																															
2 CHASIS 8 x 10 - IP:A51630485C - IP:A52503788C																															
MESA MIDWEST GRIAL CABINET MODEL GC-NS-SERAL:17502 13FBT4WFT-29825 JULY 2005																															
BUCKY STANOL MODELO:13BF7.17E SERIAL:29757 JUNE 2005																															
EQUIPOS DE COMPUTO																															
EQUIPO DE COMPUTO TODO EN 1 MARCA: LENOVO MODELO: C260 SERIE: CS02899429																															
EQUIPO DE COMPUTO HP 15-EFL017LA 5CD147DJQY																															
EQUIPO DE COMPUTO Dell D11s DCNE1F																															
IMPRESORA MARCA:HP MODELO:CE658A / P1102W SERIE:VND3222946																															
ELEMENTOS																															
CHALECOS PLOMADO																															
PROTECTORES (Gonadal y Tiroides).																															
RESPONSABLE:																															

MANTENIMIENTO PREVENTIVO (Según cronograma).

Observaciones : _____

_____

Firma de quien supervisa _____

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION ATENCIÓN A PACIENTES CON CALIDAD, CALIDEZ, TRATO DIGNO, RESPETO Y CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Médico General
R.M. 109127784

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 se atendieron 1.307 pacientes con calidad, calidez, trato digno, respeto y confidencialidad, garantizando su satisfacción.

En los estudios que se requirieron consentimiento informado se elaboraron y firmaron por parte del paciente, actuando siempre dentro del marco de las buenas prácticas médicas y la relación médico-paciente.

Se adjuntan cuatro (04) consentimientos informados tomados como muestra, los demás reposan en el servicio de imágenes diagnosticas.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES (RADIOGRAFIAS) EN MENORES DE EDAD

Fecha: 06.02.26

Fecha: 06.02.26 **Ciudad.** Girón

Yo Tbrayna Durango Maya y en representación del paciente menor de edad: Manangel Tentecha Durango. identificado con documento identidad número 1095963394. cuya impresión diagnostica es ..... asintiendo que mi familiar y/o acompañante ha sido considerado por su edad, incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el siguiente procedimiento .....

1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMEINTO

Al paciente se le va a realizar una exploración imagenológica que utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X. Para proporcionar una información diagnóstica que ayudará a identificar y tratar mejor la condición el tecnólogo en radiología le indicara adoptar algunas posiciones sugeridas para tomar una serie de proyecciones que permitirán llevar a cabo el procedimiento solicitado.

Es necesario que informe si tiene sospechas del estado de embarazo del ´paciente para que se tomen consideraciones especiales en este caso y medidas protectoras para minimizar el riesgo de irradiación.

2. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El estudio es necesario para un diagnóstico y tratamiento si decide realizar el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados y utilizados por personal calificado que minimizan la exposición a las radiaciones ionizantes protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. SOLO se le realizaran las radiografías indispensables.

3- RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO.

La realización de los estudios radiológicos se justifica bajo el análisis de la relación riesgo beneficio realizado tanto por el médico tratante como por el médico radiólogo con el fin de tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento y seguimiento de la patología en estudio.

El riesgo potencial a la exposición de la radiación es bajo comparado con los beneficios obtenidos del estudio de la imagen médica.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También se me han aclarado todas las dudas y se me ha informado sobre posibles riesgos y alternativas disponibles.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en toma de estudio radiológico para uso de radiación ionizante.

El procedimiento será realizado por el tecnólogo en radiología Yolley Katherine Arcinegas Reyes.

Doy consentimiento para que se practique la radiografía solicitada por el médico tratante y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio del Tecnólogo en radiología que realice el estudio.

Firma del Familiar / acompañante/ tutor legal: Mariana Durango Maya
Documento de identidad: 1.095-92-3533 expedido en Girón.
Parentesco: Madre.

Tecnólogo en radiología responsable: Yolley Katherine Arcinegas Reyes.
Identificación: 1098791982.
Firma y sello:

Medico solicitante responsable:_____ Identificación: _____
Firma y sello: _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES (RADIOGRAFIAS) EN MENORES DE EDAD

Fecha: 21.01.26

Fecha: 21.01.26 **Ciudad** Girón

Yo María Nuñez y en representación del paciente menor de edad: Ivana Cardozo identificado con documento identidad número 1139130660 cuya impresión diagnostica es ..... asintiendo que mi familiar y/o acompañante ha sido considerado por su edad, incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el siguiente procedimiento .....

1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMEINTO

Al paciente se le va a realizar una exploración imagenológica que utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X. Para proporcionar una información diagnóstica que ayudará a identificar y tratar mejor la condición el tecnólogo en radiología le indicara adoptar algunas posiciones sugeridas para tomar una serie de proyecciones que permitirán llevar a cabo el procedimiento solicitado.

Es necesario que informe si tiene sospechas del estado de embarazo del ´paciente para que se tomen consideraciones especiales en este caso y medidas protectoras para minimizar el riesgo de irradiación.

2. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El estudio es necesario para un diagnóstico y tratamiento si decide realizar el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados y utilizados por personal calificado que minimizan la exposición a las radiaciones ionizantes protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. SOLO se le realizaran las radiografías indispensables.

3- RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO.

La realización de los estudios radiológicos se justifica bajo el análisis de la relación riesgo beneficio realizado tanto por el médico tratante como por el médico radiólogo con el fin de tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento y seguimiento de la patología en estudio.

El riesgo potencial a la exposición de la radiación es bajo comparado con los beneficios obtenidos del estudio de la imagen médica.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También se me han aclarado todas las dudas y se me ha informado sobre posibles riesgos y alternativas disponibles.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en toma de estudio radiológico para uso de radiación ionizante.

El procedimiento será realizado por el tecnólogo en radiología Yuley Katherine Arenegas Reyes

Doy consentimiento para que se practique la radiografía solicitada por el médico tratante y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio del Tecnólogo en radiología que realice el estudio.

Firma del Familiar / acompañante/ tutor legal: Maria Alvarez
Documento de identidad: 52188? expedido en Bogota
Parentesco: Mamá

Tecnólogo en radiología responsable: Yuley Katherine Aranegas Reyes
Identificación: 1098391982
Firma y sello:

Medico solicitante responsable: _____ Identificación: _____
Firma y sello: _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES (RADIOGRAFIAS) EN MENORES DE EDAD

Fecha: 23. 01. 26

Fecha: 23. 01. 26 **Ciudad.** Giron

Yo Rosalbis Perez y en representación del paciente menor de edad: Sofia Tejada identificado con documento identidad número 1095963993 cuya impresión diagnostica es ..... asintiendo que mi familiar y/o acompañante ha sido considerado por su edad, incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el siguiente procedimiento .....

1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMEINTO

Al paciente se le va a realizar una exploración imagenológica que utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X. Para proporcionar una información diagnóstica que ayudará a identificar y tratar mejor la condición el tecnólogo en radiología le indicara adoptar algunas posiciones sugeridas para tomar una serie de proyecciones que permitirán llevar a cabo el procedimiento solicitado.

Es necesario que informe si tiene sospechas del estado de embarazo del ´paciente para que se tomen consideraciones especiales en este caso y medidas protectoras para minimizar el riesgo de irradiación.

2. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El estudio es necesario para un diagnóstico y tratamiento si decide realizar el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados y utilizados por personal calificado que minimizan la exposición a las radiaciones ionizantes protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. SOLO se le realizaran las radiografías indispensables.

3- RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO.

La realización de los estudios radiológicos se justifica bajo el análisis de la relación riesgo beneficio realizado tanto por el médico tratante como por el médico radiólogo con el fin de tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento y seguimiento de la patología en estudio.

El riesgo potencial a la exposición de la radiación es bajo comparado con los beneficios obtenidos del estudio de la imagen médica.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También se me han aclarado todas las dudas y se me ha informado sobre posibles riesgos y alternativas disponibles.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en toma de estudio radiológico para uso de radiación ionizante.

El procedimiento será realizado por el tecnólogo en radiología
Yurley Katherine Arangegas Reyes.

Doy consentimiento para que se practique la radiografía solicitada por el médico tratante y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio del Tecnólogo en radiología que realice el estudio.

Firma del Familiar / acompañante/ tutor legal: andrea Doliana Diaz
Documento de identidad: 1101209831 expedido en Sabana de Torres
Parentesco: Mama.

Tecnólogo en radiología responsable: Yurley Katherine Arangegas Reyes
Identificación: 1098991982
Firma y sello:

Medico solicitante responsable:_____ Identificación: _____
Firma y sello: _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES (RADIOGRAFIAS) EN MENORES DE EDAD

Fecha: 03.02.26

Fecha: 03-02-26 **Ciudad.** Giron

Yo leidys Osorio y en representación del paciente menor de edad: Juan Carlos montenegro identificado con documento identidad número 1095968362 cuya impresión diagnostica es ..... asintiendo que mi familiar y/o acompañante ha sido considerado por su edad, incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el siguiente procedimiento .....

1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMEINTO

Al paciente se le va a realizar una exploración imagenológica que utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X. Para proporcionar una información diagnóstica que ayudará a identificar y tratar mejor la condición el tecnólogo en radiología le indicara adoptar algunas posiciones sugeridas para tomar una serie de proyecciones que permitirán llevar a cabo el procedimiento solicitado.

Es necesario que informe si tiene sospechas del estado de embarazo del ´paciente para que se tomen consideraciones especiales en este caso y medidas protectoras para minimizar el riesgo de irradiación.

2. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El estudio es necesario para un diagnóstico y tratamiento si decide realizar el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados y utilizados por personal calificado que minimizan la exposición a las radiaciones ionizantes protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. SOLO se le realizaran las radiografías indispensables.

3- RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO.

La realización de los estudios radiológicos se justifica bajo el análisis de la relación riesgo beneficio realizado tanto por el médico tratante como por el médico radiólogo con el fin de tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento y seguimiento de la patología en estudio.

El riesgo potencial a la exposición de la radiación es bajo comparado con los beneficios obtenidos del estudio de la imagen médica.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También se me han aclarado todas las dudas y se me ha informado sobre posibles riesgos y alternativas disponibles.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en toma de estudio radiológico para uso de radiación ionizante.

El procedimiento será realizado por el tecnólogo en radiología
Yurley Katherine Arantegas Reyes

Doy consentimiento para que se practique la radiografía solicitada por el médico tratante y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio del Tecnólogo en radiología que realice el estudio.

Firma del Familiar / acompañante/ tutor legal: Luz M Osorio Ortiz
Documento de identidad: 1045682033 expedido en Bucaramanga
Parentesco: Madre

Tecnólogo en radiología responsable: Yurley Katherine Arantegas
Identificación: 1098791482
Firma y sello:

Medico solicitante responsable: _____ Identificación: _____
Firma y sello: _____

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 1091277784

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNICO ASISTENCIALES EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 se cumplió integralmente con los requisitos técnicos-asistenciales, arquitectónicos, de dotación, de seguridad y de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (o la norma que la sustituya), y con las demás normas sanitarias, de protección de datos (Habeas Data) y de seguridad del paciente que le sean aplicables.

Es importante denotar que el propietario del espacio físico es el Contratante, el Contratista dispuso el plomado del área en su totalidad, el suministro de puertas plomadas y accesorios que le permiten ejecutar el objeto del contrato con seguridad para sus colaboradores y pacientes.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
C.C. 1051277784

RESOLUCIÓN NÚMERO 12859 **DE** 15 JUN 2022

Por medio de la cual se concede una Licencia de práctica médica para uso de equipos generadores de radiación ionizante.

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y en especial Resolución No. 0482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y

C O N S I D E R A N D O:

Que mediante Resolución No. 0482 del 22 de febrero de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los requisitos y condiciones de seguridad que debían cumplir las personas naturales y jurídicas que hacen uso de equipos generadores de radiación ionizante, para obtener la respectiva Licencia de práctica médica, Industrial, veterinaria o de investigación.

Que el señor **AYMER FITZGERALD ALVARADO GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía **No. 92523461** en calidad de Representante Legal de la entidad **CLINICA GIRON E.S.E.,** identificada con el **NIT 890203242-7, CÓDIGO 6830700720-01,** ubicada en la **CALLE 33 NO 25-36,** municipio de **GIRON,** departamento de **SANTANDER,** solicitó Licencia de práctica médica **CATEGORÍA II.**

Que la Secretaría Departamental de Salud de Santander, después de analizar y evaluar la documentación presentada, realizó la visita a la entidad solicitante, así mismo, se registró al señor **ORTIZ MARTINEZ JUAN CARLOS de profesión MEDICO RADIOLOGO,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 91485998** para cumplir las funciones de **OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.**

Que en consecuencia y con fundamento en la información que reposa en el expediente de dicha entidad, la Secretaría Departamental de Salud de Santander conceptuó favorablemente la expedición de la licencia de práctica médica **CATEGORÍA II.**

R E S U E L V E:

ARTÍCULO 1. *Titular de la licencia de práctica.* Conceder licencia de práctica médica, en la **CATEGORÍA II** a la entidad **CLINICA GIRON E.S.E.,** identificada con **NIT 890203242-7, CÓDIGO 6830700720-01,** ubicada en la **CALLE 33 NO 25-36 ,** municipio de **GIRON,** departamento de **SANTANDER,** y representada legalmente por el señor **AYMER FITZGERALD ALVARADO GUTIERREZ** identificada con cédula **No. 92523461** o quien haga sus veces.

ARTÍCULO 2. *Oficial de protección radiológica.* Autorizar al señor **ORTIZ MARTINEZ JUAN CARLOS,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 91485998** como **ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.**

ARTÍCULO 3. *Equipos generadores de radiación ionizante.* La presente licencia de práctica médica **CATEGORÍA I** ampara los siguientes equipos generadores de radiación ionizante.

ARTÍCULO 3.1 *Datos del equipo generador de radiación ionizante No 1:*

EQUIPO GENERADOR DE RADIACIÓN IONIZANTE TIPO RX PORTATIL			
MARCA EQUIPO	SHIMADZU	MARCA DE TUBO	SHIMADZU
MODELO EQUIPO	MUX-10	MODELO TUBO	7U161CS-36
SERIE DE EQUIPO	3YCFC3947006	SERIE TUBO	RM6881545014
TENSIÓN MÁXIMA	125 kV	CORRIENTE MÁXIMA	200 mA
AÑO DE FABRICACIÓN	2014	AÑO DE FABRICACIÓN	2014
CARGA DE TRABAJO		50 mAmin/sem	

ARTÍCULO 4. *Periodo de vigencia.* La presente Licencia se concede por el término de **CINCO** (5) años, contados a partir de la fecha de su expedición y podrá ser renovada, previo diligenciamiento de la solicitud respectiva y el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en las normas legales vigentes, con sesenta (60) días hábiles de antelación a su vencimiento.

ARTÍCULO 5. *Validez.* La presente resolución es válida siempre y cuando se mantengan las características y condiciones de la instalación y los equipos, registradas en los informes de control de calidad y verificadas en la visita realizada por la secretaría.

La Secretaría Departamental de Salud de Santander tiene la competencia de realizar visitas de inspección, vigilancia y control al titular de la presente licencia, en caso de encontrar inconsistencias, se dará aplicación a lo señalado en los artículos 576 y 577 de la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique o sustituya.

ARTÍCULO 6. *Notificación.* Notifíquese personalmente la presente resolución a la señora **AYMER FITZGERALD ALVARADO GUTIERREZ** identificada con cédula **No. 92523461**, en su calidad de Representante Legal de la entidad **CLINICA GIRON E.S.E.**, o quien haga sus veces, de conformidad con lo señalado en los artículos 67 y 68 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.

Parágrafo. Si no pudiere hacerse la notificación personal, ésta se realizará por aviso, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 del CPACA.

ARTÍCULO 7. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,
Dado en el municipio de Bucaramanga, departamento de Santander

15 JUN 2022

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

Elaboró: JESUS ALBERTO CUASAPUD C. - Físico Grupo de Acreditación en Salud y SOGC.
Revisó: YELITZA LILIBETH HERNANDEZ G. - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC.
VoBo: LUIS FELIPE TARAZONA V. - Director Desarrollo Vigilancia y Control.

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 1094277784

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Dra. Natalia Poyoma Chinchilla
Médico General
R.M. 109/277784

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNICO ASISTENCIALES EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 tiene diseñado, documentado e implementado un sistema de garantía de la calidad específico para el servicio de radiología; este incluye indicadores de proceso y resultado, auditorías internas periódicas, un plan de mejora continua basado en hallazgos, control de calidad de equipos y el registro de eventos adversos, poniendo toda la documentación a disposición del contratante y del Supervisor del Contrato.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Procedimiento: Gestión del Sistema de Garantía de la Calidad en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Ionizantes

Objetivo

Establecer las directrices para diseñar, implementar y mantener un Sistema de Garantía de la Calidad (SGC) que asegure la seguridad del paciente, la precisión diagnóstica y el cumplimiento normativo en los servicios de radiología.

Objetivos Específicos

Asegurar la precisión técnica: Minimizar la tasa de repetición de estudios mediante el control de calidad de los equipos y la capacitación técnica.

Optimizar la oportunidad: Reducir los tiempos de espera en el agendamiento y la entrega de resultados finales.

Garantizar la protección radiológica y la Seguridad del Paciente: Dar cumplimiento estricto a las normas de Radioprotección vigentes para minimizar la exposición innecesaria y a las normas de bioseguridad para la atención asistencial

Fortalecer la satisfacción del usuario: Brindar una atención humanizada y clara en cada punto de contacto del ciclo de servicio.

Alcance

Este sistema de gestión aplica a todas las actividades desarrolladas en el servicio de Imágenes Ionizantes Convencionales, iniciando desde la recepción de la solicitud médica y el agendamiento de la cita, pasando por la toma del estudio y la interpretación radiológica, hasta la entrega efectiva del informe al usuario final y el archivo digital de las imágenes.

Responsabilidades

Gerencia / Dirección Administrativa. El rol es estratégico y de respaldo. Sin su aprobación presupuestal, el sistema no funciona.

Responsabilidad: Proveer los recursos financieros, humanos y tecnológicos necesarios.

Acción clave: Firmar y respaldar la Política de Calidad y asegurar que el sistema esté alineado con los objetivos de la institución

Coordinador del Servicio de Radiología. Es el dueño del proceso. Es quien conoce el día a día de la operación técnica.

Responsabilidad: Supervisar que los protocolos técnicos y asistenciales se cumplan; y que los equipos estén operativos, infraestructura adecuada y Talento humano calificado

Acción clave: Gestionar los turnos, vigilar la adherencia del personal asistencial a los manuales y coordinar los mantenimientos preventivos con el área de Innovación y Tecnología

Responsable de Calidad (Profesional de Calidad). Su rol es metodológico y de control. Son los "arquitectos" del sistema.

Responsabilidad: Diseñar las herramientas de medición (indicadores), programar las auditorías y consolidar la información para el supervisor del contrato.

Acción clave: Realizar el análisis de datos y liderar la formulación de planes de mejora continua (Ciclo PHVA).

Oficial de Protección Radiológica (OPR). Es un rol especializado indispensable en este sector.

Responsabilidad: Garantizar la seguridad radiológica de pacientes y personal.
Acción clave: Ejecutar los controles de calidad de los equipos y vigilar los niveles de dosimetría.

Fases del Sistema de Gestión de Calidad del servicio de Imágenes Diagnósticas

El ciclo de servicio constituye la hoja de ruta operativa del Sistema de Garantía de la Calidad. Este diseño integra las etapas técnicas, administrativas y asistenciales bajo un enfoque de trazabilidad total. Su objetivo es garantizar que cada interacción del usuario —desde la solicitud de la cita hasta la disposición final del reporte médico— se realice bajo estándares de seguridad, oportunidad y precisión técnica, minimizando la variabilidad en la prestación del servicio y facilitando la identificación de puntos críticos para la mejora continua.

1.1 Diseño e Implementación del SGC

Esta fase comprende la estructuración estratégica y operativa del sistema, asegurando que todos los procesos de radiología cumplan con la normatividad vigente y los estándares de seguridad del paciente exigidos

Estructuración Documental: Diseñar y actualizar el manual de procesos y procedimientos específicos para el servicio de imágenes diagnósticas Ionizantes (toma de estudios con la técnica adecuada, lectura y transcripción del informe y, Manual de Bioseguridad y Protección Radiológica).

Definición de Responsabilidades: Asignación de roles y responsabilidades (Gerencia, Coordinador, Calidad, OPR)

Socialización: Realizar jornadas de entrenamiento al personal asistencial y administrativo sobre los protocolos y actualizaciones, manejo de la plataforma de imágenes (PACS/RIS) , cultura de reporte de eventos adversos

Alistamiento de Infraestructura y Equipos: Verificación de que los equipos cuentan con sus hojas de vida actualizadas, registros de importación, licencias de funcionamiento de rayos X y cronogramas de mantenimiento preventivo.

1.2. Definición y Estandarización de Indicadores de Gestión de proceso y resultado

El SGC utiliza indicadores cuantitativos para medir la eficiencia (procesos) y la efectividad (resultados). Estos datos permiten tomar decisiones basadas en evidencia y no en percepciones.

A. Indicadores de Proceso. Miden cómo se están ejecutando las actividades diarias y la eficiencia operativa.

Oportunidad en la Asignación. Tiempo entre la solicitud de la cita y la fecha de la agenda.
Meta: < 3 días

Oportunidad en la Entrega: Tiempo desde la realización del examen hasta la firma del reporte
Meta: Según contrato

Cumplimiento de Mantenimiento: Mantenimientos ejecutados / Mantenimientos programados) x 100
Meta: 100%

B. Indicadores de Resultado

Miden el impacto final en la salud del paciente y la satisfacción del cliente (E.S.E. y Usuario).

- ✓ *Repetición de imágenes:* % de estudios repetidos por error técnico y por el paciente (movimiento, posicionamiento, exposición) / Total de estudios tomados x 100. Meta < 3%

- ✓ *Imágenes rechazadas por el Medico Radiólogo:* % de estudios rechazados por error técnico (posicionamiento, exposición) / Total de estudios tomados x 100. Meta < 3%

- ✓ *Satisfacción del Usuario*: % de pacientes que califican el servicio como "Excelente" o "Bueno"./Total de pacientes encuestados x 100. Meta > 90%

- ✓ *Tasa de Eventos Adversos.* Número de eventos adversos / Total de pacientes atendidos x 100. Meta < 1%

- ✓ *Concordancia Diagnóstica*: % de correlación entre el hallazgo radiológico y el diagnóstico final (muestreo según auditoria) x 100. Meta > 90%

1.3 Etapa de Seguimiento y Verificación del SGC

Esta etapa garantiza la trazabilidad y el cumplimiento de los estándares de calidad mediante la supervisión constante de las actividades y la veracidad de los datos recolectados. De esta actividad se realiza un informe para ser analizado con el dueño del proceso

Auditorías Internas Periódicas. La verificación se realiza a través de auditorías de proceso con un enfoque preventivo.

- ✓ *Auditoría de Registros Clínicos y Reportes:* Verificación mensual de una muestra aleatoria para asegurar que los informes radiológicos cumplan con los estándares técnicos y la debida firma del especialista.

- ✓ *Auditoría de Adherencia a Protocolos*: Observación directa en sala para verificar que el técnico cumpla con la identificación del paciente, el uso de protección radiológica y normas de bioseguridad, así como la técnica correcta.

- ✓ *Frecuencia:* Se establece un ciclo de auditoría formal trimestral, con revisiones de cumplimiento rápidas (listas de chequeo) mensuales.

Gestión de Hallazgos y No Conformidades. Cuando en el seguimiento se detecta que algo no cumple con el estándar (ej. un equipo con mantenimiento vencido o un indicador por debajo de la meta), se procede así:

- ✓ *Apertura de No Conformidad*: Registro formal del incumplimiento.
- ✓ *Análisis de Causa Raíz:* Uso de herramientas como los "5 ¿Por qué?" o el Diagrama de Ishikawa para entender el origen del problema.
- ✓ *Plan de Acción*: Definición de tareas correctivas con fechas y responsables claros. Se amplia en la siguiente sección

Tabla 1. Resumen de la fase de verificación

Herramienta	Qué verifica	Quién lo hace
Lista de Chequeo	Adherencia operativa diaria	Coordinador de Servicio
Auditoría Interna	Cumplimiento del SGC	Responsable de Calidad
Informe de Calidad	Impacto y toma de decisiones	Gerencia y Calidad

1.4 Fase de Mejora Continua

Esta etapa representa el cierre del ciclo **PHVA** (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Su propósito es transformar los hallazgos obtenidos en la fase de seguimiento y verificación en acciones concretas que eleven los estándares del servicio

Análisis y Cierre de Ciclos. Una vez consolidados los informes de calidad y el cumplimiento de indicadores, la institución debe ejecutar las siguientes acciones:

- ✓ *Revisión por la Dirección*: La Gerencia y el Responsable de Calidad analizarán semestralmente los Indicadores para asegurar que el sistema esté alineado con los objetivos institucionales.
- ✓ *Gestión de Planes de Mejora*. Por cada indicador que no alcance la meta establecida, se deberá formular un plan de acción.

- ✓ *Análisis de Causa Raíz*: Ante cualquier no conformidad o evento adverso, se aplicarán metodologías como los "5 ¿Por qué?" o el Diagrama de Ishikawa para evitar la recurrencia del problema.

Acciones Preventivas y Correctivas

- ✓ *Actualización de Protocolos:* Si las auditorías de adherencia muestran fallas sistemáticas, se procederá a la actualización de los manuales de procesos y procedimientos técnicos.

- ✓ *Re-entrenamiento del Talento Humano*: El Coordinador del Servicio liderará jornadas de capacitación específicas basadas en los errores técnicos más frecuentes detectados en la fase de supervisión.
- ✓ *Ajuste Tecnológico:* Si los indicadores de mantenimiento muestran baja disponibilidad de equipos, la Gerencia gestionará la inversión en renovación tecnológica o refuerzo de mantenimientos preventivos

Anexo 1 Lista de Chequeo diaria: Adherencia Operativa

Esta herramienta permite al Coordinador verificar el cumplimiento de los estándares técnicos y de seguridad antes y durante la operación.

Categoría	Ítem de Verificación	Cumple (S/N)
Infraestructura	¿La sala cuenta con la señalización de radiación ionizante y luz roja de advertencia operativa? ¿Se cumplen con condiciones ambientales para operar el equipo?	
Equipos	¿Se realizó el encendido y calibración inicial del equipo de Rayos X? ¿El equipo está en buen funcionamiento o requiere mantenimiento correctivo?, El mantenimiento preventivo se cumple según cronograma? ¿Se lleva el registro de limpieza y desinfección diaria del equipo?	
Seguridad	¿Están disponibles y en buen estado los chalecos plomados y protectores de tiroides? ¿Los tecnólogos cumplen con normas de bioseguridad y uso correcto de EPP? ¿Se hace uso adecuado del dosímetro personal y el dosímetro de control se deja en el lugar adecuado? Las lecturas de los dosímetros están en niveles	
Proceso y Registros	¿Se verifica la doble identificación del paciente y la encuesta de embarazo antes del disparo? ¿Se diligencia los consentimientos informados y se archivan por orden de número de identificación? ¿Se diligencia las encuestas de satisfacción? ¿Se lleva el registro de Historial de rdiacion?	
Bioseguridad	¿Se cuenta con insumos de desinfección para la limpieza de la mesa y el bucky entre pacientes? ¿Se cuenta con insumos para higiene de manos? ¿Existen suficiente y se hace buen uso de los EPP?	
Digitalización	¿La conexión con el sistema PACS/RIS es estable para el envío de imágenes?	
Observaciones:		

Firma coordinador

	IPS SERVICIOS EN SALUD ANDINA	CODIGO: GC-FR-102
SALUD ANDINA	LISTA DE CHEQUEO AUDITORIA INTERNA	VERSION: 01
	PROCESO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	FECHA: enero 5 de 2026

FECHA		HORA	
AUDITOR			
PROCESO			

1. Asignación de Citas y Preparación del paciente

Objetivo: Garantizar que el paciente llegue al servicio con la preparación adecuada, la documentación requerida (orden, autorización consentimiento informado) y la preparación adecuada para el estudio, así como conocimiento de los riesgos mínimos.

ASPECTO A EVALUAR	C	NC	OBSERVACIONES
Tiempo de Respuesta a la solicitud: ¿El tiempo de respuesta de la central de citas fue oportuno? Se hizo validación de derechos pertinente			
Claridad en la Preparación: ¿Se informó al paciente que debe asistir en ayuno si es necesario y con ropa cómoda, sin joyas ni elementos metálicos en la zona de interés?			
Requisitos Administrativos: ¿Se le indicó traer documentos de identidad, orden vigente y autorizaciones necesarias para evitar reprocesos?			
Consentimiento Informado Previo: ¿Se le explicó brevemente en qué consiste el estudio y que implica una exposición mínima a radiación?			
Puntualidad e Instrucciones: ¿Se le asignó una hora clara de llegada y se le informó sobre el tiempo estimado de espera?			
Indicador Oportunidad de Cita: Días que transcurren desde que el paciente solicita la cita hasta la fecha asignada			
Indicador Efectividad de la Información = Pacientes que llegan con preparación correcta/Total de pacientes citados X 100			

2. Dotación, Infraestructura y Soporte

Objetivo: Asegurar que los equipos emisores de radiación y los sistemas de gestión de imagen (PACS/RIS) estén operativos, calibrados y seguros antes de recibir al primer paciente.

ASPECTO A EVALUAR	C	NC	OBSERVACIONES
Dotación y Mantenimiento preventivo. ¿El equipo biomédico cuenta con las especificaciones técnicas y esta al día en reglamentación? Reporte de mantenimiento firmada por ingeniero biomédico (según cronograma).			
¿Estudio de control de calidad vigente? Informe de pruebas de estado realizado por Físico Médico.			
Dosimetría personal: Reporte periódico de lectura de dosímetros del personal técnico, uso adecuado de los dosímetros tanto personales y el de control			
Elementos de protección personal: Se hace uso adecuado de EPP tanto para riesgo biológico como riesgo radiológico			
Limpieza y Desinfección: ¿Existen registros de limpieza de la mesa y el bucky entre paciente y paciente?			
Condiciones ambientales: Se llevan registros de Temperatura y Humedad. ¿Cumple con las condiciones?			
Señalización: ¿Están las luces rojas de advertencia funcionales y los letreros de "zona controlada" y "riesgo de radiación embarazo" "zona videovigilada" visibles?			
Disponibilidad del Servidor y Velocidad de Transferencia: ¿El sistema PACS estuvo activo el 100% del tiempo operativo del mes? ¿La imagen viaja del equipo de Rayos X al PACS en menos de 2 minutos?			
Back-up (Respaldo): ¿Existe evidencia de copias de seguridad externas para evitar pérdida de imágenes legales?			

3.Toma del Estudio (Área Técnica)

Objetivo Asegurar que el procedimiento radiológico se realice bajo estándares técnicos óptimos y normas de bioseguridad, garantizando la obtención de imágenes con alta calidad diagnóstica con la menor exposición radiológica posible

¿Personal técnico y asistencial idóneo? El personal tiene la formación y con documentación al día, se capacita constantemente, cumple con horarios, prácticas de seguridad y humanización (revisar evaluación del desempeño periódico)			
Validación de derechos y Documental: ¿La orden médica está vigente y tiene sello/firma del médico, así como la autorización?			

Atención al paciente: ¿El tecnólogo verificó nuevamente la identidad y el sitio anatómico? ¿Verifica preparación previa, estado de embarazo y consentimiento informado de ser necesario?			
Ejecución de la técnica adecuada: El tecnólogo aplica el protocolo adecuado. Verificar que lo que se toma coincida exactamente con lo ordenado y facturado. Antes de que el paciente se vista, el tecnólogo evalua la imagen en su estación de trabajo			
Registro Individual de Exposición (Bitácora de Dosis): asegurar la trazabilidad de la radiación ionizante recibida por cada usuario, y registrar las imágenes rechazadas (Res. 3100)			
Manejo de archivo Clínico: Verificar que se cumple con la custodia adecuada de registros clínicos como consentimientos informados y uso adecuado de credenciales			
Gestión de Eventos Adversos y Seguridad: Reporte de caídas de pacientes, y otros incidentes o eventos adversos. Análisis: Uso del Protocolo de Londres para identificar fallas en las barreras de seguridad. Acción: Implementación de correctivos inmediatos.			
4. Lectura, Transcripción y Reporte			
Objetivo: Asegurar que el informe sea preciso, esté firmado por un profesional idóneo y se genere en los tiempos pactados en el contrato.			
Encabezado Correcto: ¿El reporte identifica el nombre del paciente, edad, estudio realizado (CUPS) y fecha?			
Descripción Técnica: ¿El informe menciona la técnica (ej. "En proyecciones AP y Lateral...")?			
Hallazgos: ¿La descripción es clara, profesional y responde a la sospecha clínica del médico tratante?			
Conclusión: ¿El reporte termina con una conclusión diagnóstica clara (o sugiere estudios adicionales si es necesario)?			
Firma Responsable: ¿El informe está firmado por un médico especialista en Radiología con su registro médico vigente? (coherente la transcripción, sin errores de ortografía o lateralidad, concuerda el CUPS y CIE10			

Acciones de mejora: _____

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 1091277784

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION CUMPLIMIENTO REGLAMENTO INTERNO, MANUALES DE PROCEDIMIENTO, CONVIVENCIA EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 , liderado por el Coordinador de Servicios se ha dado cumplimiento del reglamento interno de la E.S.E, de los manuales de procedimientos, de las normas de ética médica y de las disposiciones relativas a la prestación de servicios de salud.

Por otra parte, a través de los funcionarios de manera verbal a la hora de atender a los pacientes se ha hecho énfasis en que conozcan y acaten las normas de comportamiento y convivencia dentro de las instalaciones donde se presta el servicio, lo que se ha evidenciado en cero (0) eventos adversos y cero (0) quejas.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Pavona Chinchilla
Médico General
R.M. 1091277784

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DE NORMAS FUTURAS EXPEDIDAS POR EL GOBIERNO NACIONAL EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 esta en proceso de capacitación de la nueva norma para servicios de Radiología **RESOLUCIÓN 1811 del 04 de septiembre de 2025** *"Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad y se dictan otras disposiciones".*

A partir del primero (01) de marzo de 2026 entra en vigencia la normativa donde no han sido muchos cambios a comparación de la Resolución 482 del 22 de febrero de 2018, continua con su mismo objetivo y donde reclasifican los equipos e incluyen los radioisótopos y demás disposiciones.

El área de calidad de la compañía en compañía de la empresa DOSIMETRIA PERSONAL a invitando e invitara a las capacitaciones de manera frecuente lo cual asegura que el personal este entrenando para cuando entre a regir el nuevo marco legal, para lo cual se adjunta evidencia de invitación:

SALUD ANDINA

CORPORACION SALUD ANDINA

ADMIN Salud Andina
Andres, Ariyl, Cristian, Daniel, Dr, Dra, Ing, Ing, Ing, Sonia, Tu

Adhierase al siguiente grupo para recibir ahí los enlaces de la clase y
https://chat.whatsapp.com/HQvJbaTstnM18Tqx6Q69Q5?mode=ti_t

Unirme al grupo

Sonia Pachon
Reenviado



Tema 49 Resolución 1811 de 2025 MSPS
La resolución 1811 de 2025 del MSPS entrará en vigencia en marzo de 2026 sustituyendo a la resolución 482 de
youtu.be

Ya se encuentra disponible nuestra habitual capacitación en protección radiológica.

A continuación los enlaces para la clase y el examen

Tema: Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social
https://youtu.be/vXrSqq49YqW

Examen: Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social
https://forms.gle/biAqUPngWFN7gUN16

Para certificarse además de ver la capacitación, debe suscribirse a nuestro canal de YouTube y presentar el examen dentro de la fecha indicada.

El plazo máximo para presentar el examen es el 6 de febrero de 2026

TENGA EN CUENTA:

1. Llene la información personal de manera meticulosa y siguiendo las instrucciones del formulario, ya que los datos allí consignados son los que usará el sistema para generar los certificados y enviarlos al correo electrónico que allí registren.
2. Cualquier operación manual que debamos hacer para corregir los datos consignados en el formulario del examen (dirección de correo electrónico, nombres, documento de identidad) y reenvíos de certificados, tendrá un costo de $53.000.oo por eso es muy importante ser meticuloso en el registro de los datos en el formulario del examen.
3. La capacitación y el examen son gratuitos.
4. El certificado es gratuito si presentan el examen hasta el 06 de febrero de 2026.
5. El certificado tendrá un costo de $53.000.oo si presentan el examen después del 06 de febrero de 2029.

8:34 a. m.

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Reyna Chinchilla
Médico General
T.E.M. 1013277784

Utilizando el siguiente material pedagógico:

TEMA 49: RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CARLOS ALBERTO VEGA PACHECO
SEGRAD S.A.S

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Reglamentación del uso de equipos generadores de radiación ionizante

Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Normativa

- Ley 9 de 1979
- Ley 100 de 1993
- Decreto Ley 2106 de 2019
- Resolución 482 de 2018
- Lineamientos OIEA



RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Justificación

- Radiación ionizante como factor de riesgo
- Actualización normativa
- Armonización internacional

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Objeto

- Reglamentar uso de equipos
- Control de calidad
- Licenciamiento
- Protección radiológica



RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Alcance

- Personas naturales y jurídicas
- Prácticas médicas, veterinarias, industriales
- Exclusión: materiales radiactivos



RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Roles

- Director técnico
- Personal de apoyo
- Titular de licencia
- Encargado de la protección radiológica
- Oficial de protección radiológica



RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Licencia de prácticas médicas

- Prestadores de servicios de salud
- Equipos fijos, móviles y portátiles



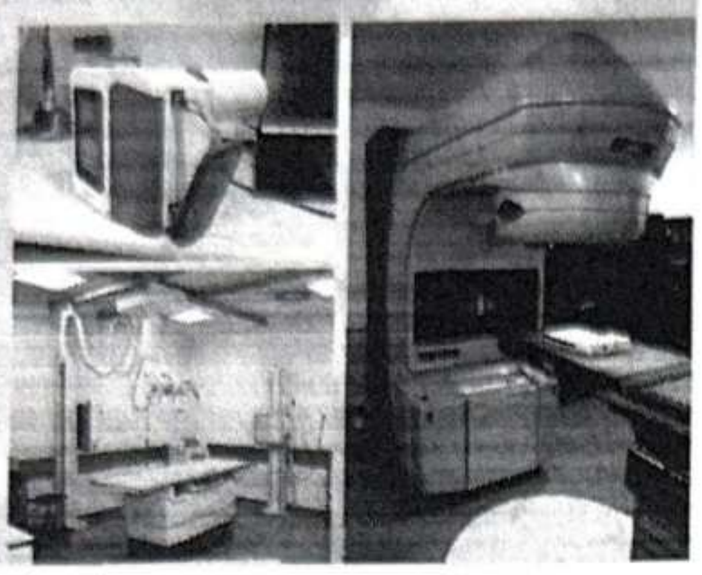
SALUD ANDINA

CORPORACION SALUD ANDINA

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Categorías

- Categoría I
- Categoría II
- Categoría III



RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Prácticas médicas: categoría I (baja complejidad)

Radiología odontológica periapical, densitometría ósea, radiología odontológica panorámica y tomografías orales, radiología para muestras médicas

- Identificación del titular
- Encargado de Protección Radiológica
- Cálculo de blindaje
- Informe de control de calidad
- Registros dosimétricos
- Registros (valores típicos, niveles de dosis)
- Plano de instalaciones
- Curso de protección radiológica
- Programa de capacitación institucional
- Documentación de equipos
- Pruebas iniciales (equipos nuevos)
- Programa Institucional de Tecnovigilancia
- Programa de protección radiológica institucional
- Sistema de Gestión de SST
- Certificados de calibración (cuando aplique)
- Vigencia de la licencia: 5 años

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Prácticas médicas: categoría II (Mediana / Alta complejidad)

Radiodiagnóstico de alta complejidad, radiodiagnóstico de media complejidad, radiodiagnóstico de baja complejidad

- Identificación del titular
- Oficial de Protección Radiológica
- Cálculo de blindaje
- Informe de control de calidad
- Registros dosimétricos
- Registros dosimétricos - cristalino cuando aplique
- Valores típicos para diagnóstico
- Plano de las instalaciones
- Curso de protección radiológica
- Descripción de sistemas de seguridad
- Documentos de los equipos de Rx
- Pruebas iniciales
- Programa Institucional de Tecnovigilancia
- Programa de protección radiológica institucional
- Programa de vigilancia radiológica
- Sistema de Gestión de SST
- Certificados de calibración
- Vigencia de la licencia: 4 años

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Prácticas médicas: categoría III (Radioterapia)

- Identificación del titular
- Oficial de Protección Radiológica
- Cálculo de blindaje
- Informe de control de calidad
- Registros dosimétricos
- Plano de las instalaciones
- Curso de protección radiológica
- Documento de evaluación del riesgo
- Documento sistema de gestión de calidad en radioterapia
- Documentos de los equipos de Rx
- Pruebas iniciales
- Programa Institucional de Tecnovigilancia
- Programa de protección radiológica institucional
- Programa de vigilancia radiológica
- Sistema de Gestión de SST
- Certificados de calibración
- Vigencia de la licencia: 4 años

RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Licencia de prácticas veterinarias, industriales y de investigación

- Categoría I:
  - Radiografía industrial de baja complejidad
- Categoría II:
  - Radiografía industrial de alta complejidad
  - Radiología veterinaria
  - Radiología en investigación





RESOLUCIÓN 1811 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Requisito	Categoría I	Categoría II
Identificación del titular	☑	☑
Encargado de Protección Radiológica	☑	☑
Programa de Protección Radiológica	☑	☑
Estudio ambiental	☑	☑
Cálculo de blindaje (si aplica)	☑	☑
Vigilancia posmercado	☑	☑
Capacitación del personal	☑	☑
Señalización	☑	☑
Programa de capacitación institucional anual	✗	☑
Registros dosimétricos	✗	☑
Plan de emergencias	✗	☑

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Control de Asistencia:

SEGRAD S.A.S.
DosimetríaPersonal

Tema 49 Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se ha registrado tu respuesta.

Ver puntuación

Enviar otra respuesta

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 109127778-4

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

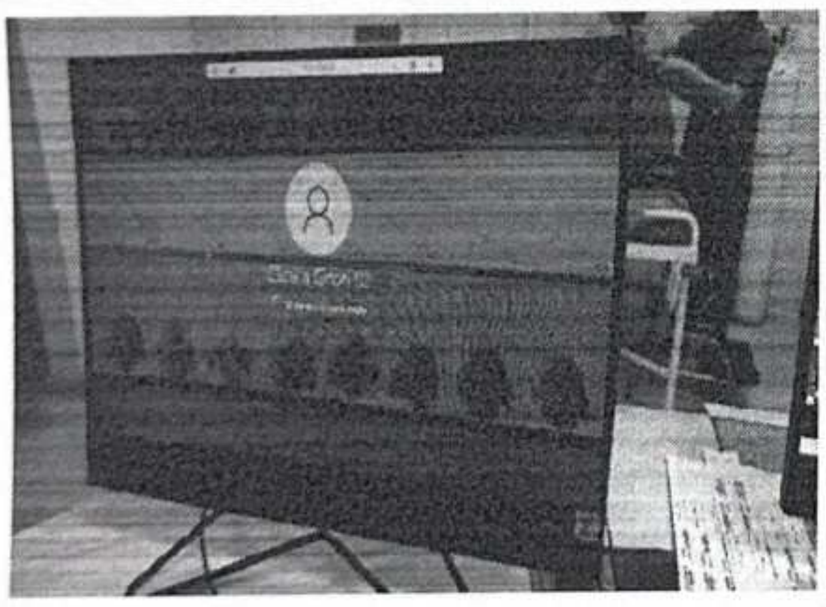
Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

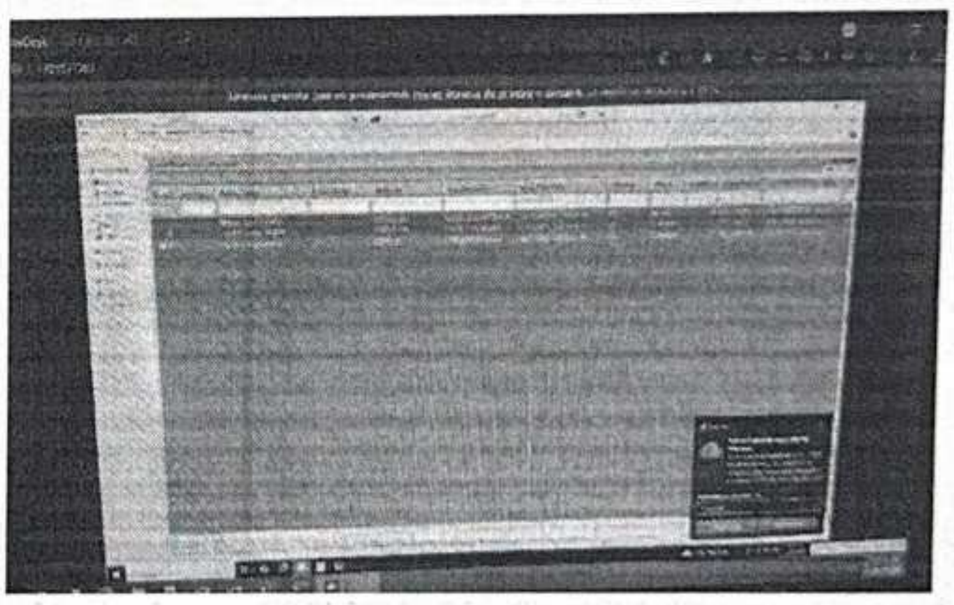
REF: CERTIFICACION MANEJO INFORMACIÓN CLÍNICA, ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DEL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 se ha proporcionado toda la información requerida por el contratante de carácter médico asistenciales, administrativo y operativo.

En la actualidad hay instalados aproximadamente quince (15) puntos de synanse instalados en los computadores que la Clínica Giron ESE solicito con usuarios consulta para visualización de imágenes y descargue de resultados en áreas como urgencias, hospitalización, consulta externa, facturación, subdirección medico asistencial, gerencia etc; con lo cual se garantiza el acceso a los sistemas y registros que requiera la E.S.E.





Accesos que se han entregado para el seguimiento, auditoría, control y verificación del cumplimiento de las actividades objeto del contrato que estén incluidas en los contratos de capitación y evento.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Gmail

juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>

SOLICITUD DE RESULTADOS RX

2 mensajes

suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co> 29 de enero de 2026 a las 8:00
Para: juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>, giron andina <coordinaciongiron.saludandina@gmail.com>, calidad andina <gestioncalidad.saludandina@gmail.com>

Cordial saludo, se solicita responder y enviar resultados del paciente Jhoan Sebastián guerrero Unibio identificado con cc 1098773109 estudio Radiografía de codo realizado en diciembre numero de wsp el que se ha solicitado 317 4243862
agradezco pronta respuesta al usuario y enviar evidencia.

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Director Operativo Medico Asistencial

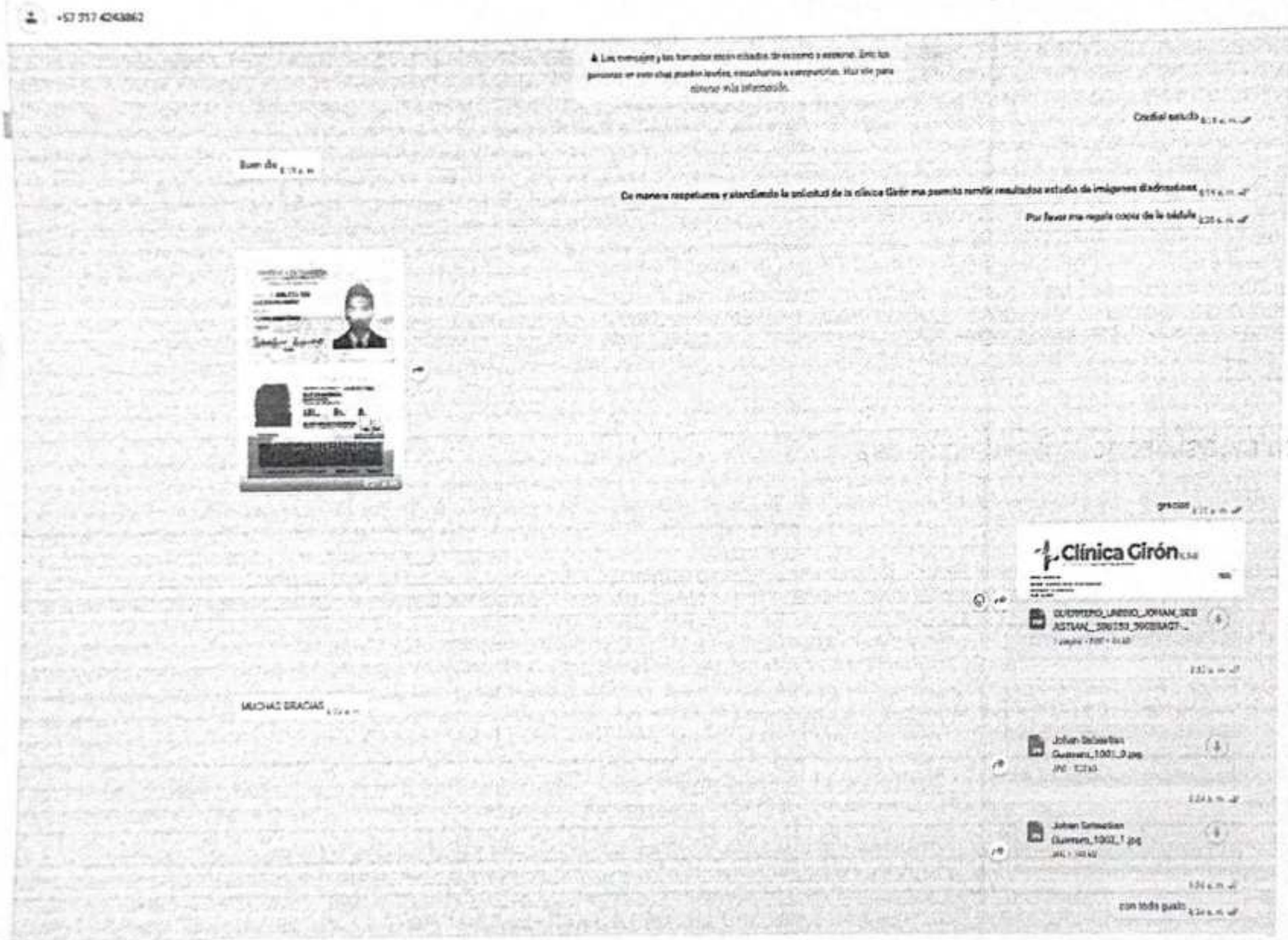
CLÍNICA GIRÓN E.S.E
Progresa la Salud

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Directora Operativa Médico Asistencial
Suboperativa@clinicagiron.gov.co
(+57) 607 6159800 Ext. 108

---

juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com> 29 de enero de 2026 a las 8:25
Para: suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co>
Cc: giron andina <coordinaciongiron.saludandina@gmail.com>, calidad andina <gestioncalidad.saludandina@gmail.com>

Cordial saludo, solicitud tramitada.



[El texto citado está oculto]

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION ENTREGA OPORTUNA, COMPLETA Y EN LOS FORMATOS ELECTRÓNICOS O FÍSICOS SOLICITADOS EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 ha facilitado 1307 resultados a la CLINICA GIRON ESE y a los pacientes de manera oportuna y completa, incluyendo imágenes e informes para el correcto armado de cuentas médicas, facturación, recaudo y gestión de la glosa ante los clientes de la CLINICA GIRON ESE.



Por el programa de calidad se institucionalizo el **Formato Registro Diario de Atención y Entrega de Resultados del Servicio de Radiología e Imágenes Diagnosticas**, donde se registra a diario la entrega de resultados que se hace a diario así:

SALUD ANDINA

CORPORACION SALUD ANDINA

CORPORACION SALUD ANDINA

A	B	C	D	E	G	K	L	M	
			CLINICA GIRÓN ESE					Código: RAD- 007	
			REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y ENTREGA DE RESULTADOS SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS					Version: 02	
								Fecha Aprobación	
MES: ENE	DIA: 28								
N°		APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE	No. DOCUMENTO	EDAD	RX - NOMBRE DEL ESTUDIO RADIOLOGICO	Contacto (# de celular o telefono fijo)	FECHA ENTREGA	PARENTESCO CON EL PACIENTE	
1		USCATEGUI PALENCIA LUZ MARINA	63293149	64	RX DE SENOS PAR	318 2892143	28/1/2026		
2		BAYONA CALVETE MONICA	28151001	50	RX DE ROD DER	313 6533871	28/1/2026		
3		TORRES GRIMALDOS IVAN DARIO	1095911712	42	RX DE PIE DER E IZQ	317 5761229	28/1/2026		
4		JAIMES PINEDA BRELLIT	1050548595	35	RX DE ROD DER E IZQ	302 2099235	28/1/2026		
5		MALDONADO CONTRERAS DONELIA	37712183	49	RX COL LUMBOSACRA	317 2271321	28/1/2026		
6		ROA LUZ MARINA	63343871	58	RX DE TORAX	315 6769849	28/1/2026		
7		QUIJANO CARRILLO LUIS FERNANDO	91150333	67	RX DE TORAX	312 3763728	28/1/2026		
8		VERDUGO SUAREZ DOMINICK JAVIER	1096545861	6 M	RX CAD DER E IZQ	314 3677658	28/1/2026		
9		CELIS PEREZ MARTHA CECILIA	63302279	63	RX DE PIE IZQ	311 8099650	28/1/2026		
10		REYES COLMENARES WILLIAM JOSE	6441569	35	RX DE TORAX	318 7387184	28/1/2026		
11		CHANIQUE MACHADO BRIYANSI SOLINA	1098840582	5 M	RX DE CADERA DER E IZQ	316 2816047	28/1/2026		
12		BERNAL OCHOA LUIS ENRIQUE	8282009	78	RX DE TORAX	322 2684965	28/1/2026		
13		DIAZ TRIANA MARTHA CECILIA	63316951	61	RX ATM	323 2810457	28/1/2026		
14		PINZON ZARATE ANA GILMA	37791335	77	RX DE ROD IZQ	317 5678867	28/1/2026		
15		PEREZ BENICIA	27789724	79	RX DE ABDOMEN	316 2416156	28/1/2026		
16									
17									
18									

Para el periodo aquí tratado no hubo glosas, descuentos etc, certificado por la Dra SILVIA JULIANA BADILLO COORDINADORA DE FACTURACION de la CLINICA GIRON ESE, a través de correo electrónico del 3 de febrero de 2026 siendo las 10:06 am

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA	**FORMATO PLAN DE MEJORA**	**Código: GD-SGC-FR-110** **Version: 001** **Fecha de Aprobación: 07/02/2025**

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Calidad y mejora continua.
ÁREA: Servicio de Imágenes diagnosticas Clínica GIRON ESE
META A LOGRAR: Mejor el tiempo de respuesta para entrega de estudios

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR: DANIEL CORREA – Coordinador del servicio

HALLAZGO 1. 362 estudios que superan el tiempo máximo establecido para la lectura e informe durante elm es de enero, durante el cual se realizaron 1300 estudios

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES (Que)	RESPONSABLE DE EJECUCION (Quien)	FECHA DE REALIZACION (Cuando)	LUGAR DE REALIZACION DE ACTIVIDAD (Donde)	PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD (Porque)	COMO	SEGUIMIENTO
Cargue de resultados en la plataforma PACS SYNAPSE oportunamente	Personal del Área de Lectura y Transcripción.	Ejecución diaria (Límite: 14:00 horas)	Instalaciones de Servicios en Salud Andina-modalidad Telemedicina (Área de Lectura)	Garantizar el cumplimiento del indicador de oportunidad en la entrega de resultados clínicos.	Indexación y cargue digital de informes en el sistema PACS SYNAPSE de todos los pacientes que cuenten con soportes completos y validados.	Monitoreo diario durante el mes de febrero. Ante cualquier desviación o incumplimiento, se procederá con la reevaluación y ajuste del plan de mejora

DANIEL FERNADO CORREA
Coordinador del servicio

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 109 1277784

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION EXCLUSION RESPONSABILIDAD LEGAL, ADMINISTRATIVA, PATRIMONIAL PERSONAL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 como contratistas somos los responsable de la vinculación, remuneración, dirección, supervisión, seguridad social, riesgos laborales y terminación del vínculo con el personal empleado para el cumplimiento de nuestras obligaciones para con la CLINICA GIRON ESE. A si mismo asumimos la responsabilidad legal, administrativa, patrimonial y de cualquier índole por reclamos, acciones u obligaciones derivadas de la relación con el personal.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y UN PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 se elaboraron, los planes:

- Seguridad y Salud en el Trabajo
- Gestión de Riesgos

Teniendo en cuenta la programación de actividades se encuentran en proceso de implementación y socialización con todo el personal; para lo cual se utilizo el material pedagógico adjunto a la presente, así como el formato de asistencia.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SALUD ANDINA



¿Que es la Seguridad y Salud en el trabajo (SST)?

Disciplina que se encarga de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y la protección y promoción de la salud de los trabajadores



¿Que es el Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)?

Es un grupo de promoción y vigilancia de para el mejoramiento de las condiciones laborales y de la promoción de la Salud y la seguridad laboral, a través de una participación inteligente, organizada y creativa



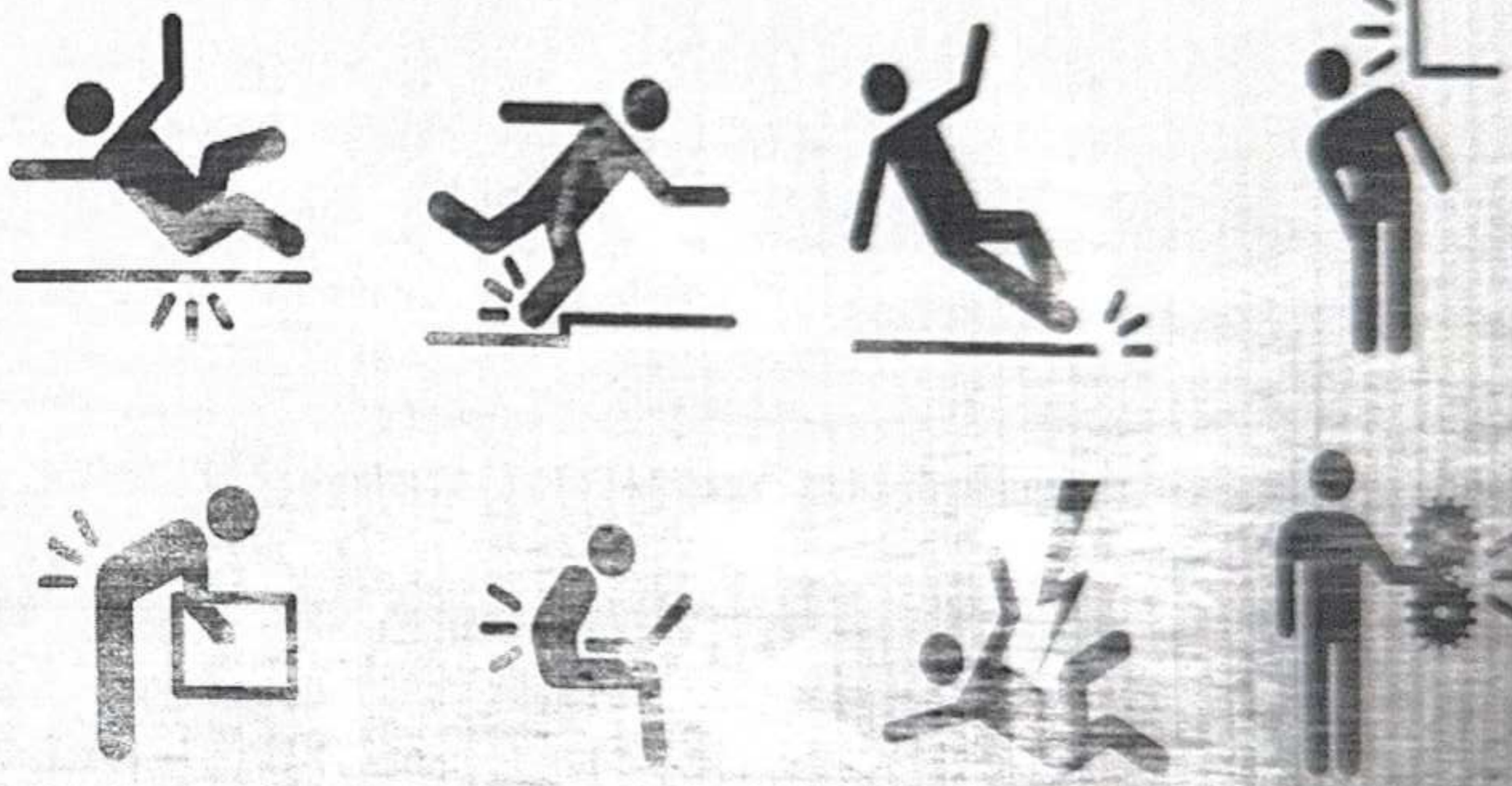
¿Que es incidente laboral?

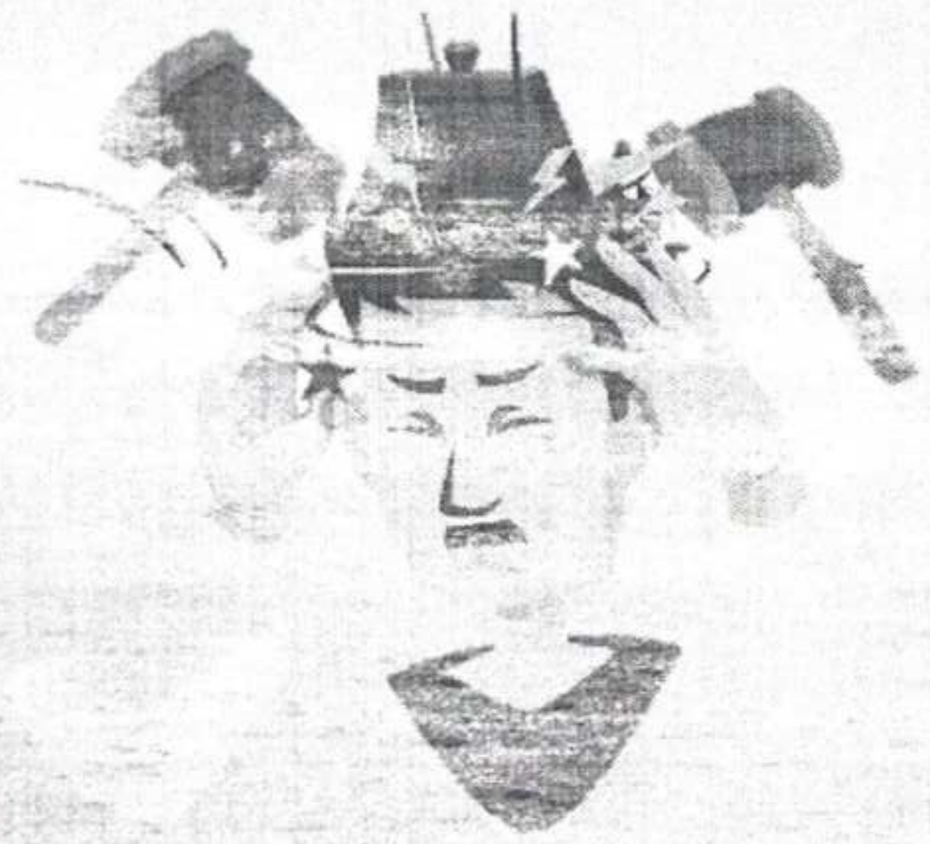
Acontecimiento no deseado o provocado durante el desempeño normal de las actividades laborales que se realicen normalmente y que podría desembocar en un daño físico, una lesión o una enfermedad ocupacional

¿Que es un accidente laboral ?

- Es todo suceso repentino que se genere por causa del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

- Ley 1562 del 11 de julio de 2012
  Artículo 3°
  (





¿Que es una enfermedad laboral?

- Es la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

- Ley 1562 de Julio de 2012 Artículo 4
(

¿Que es una condición insegura ?

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra .

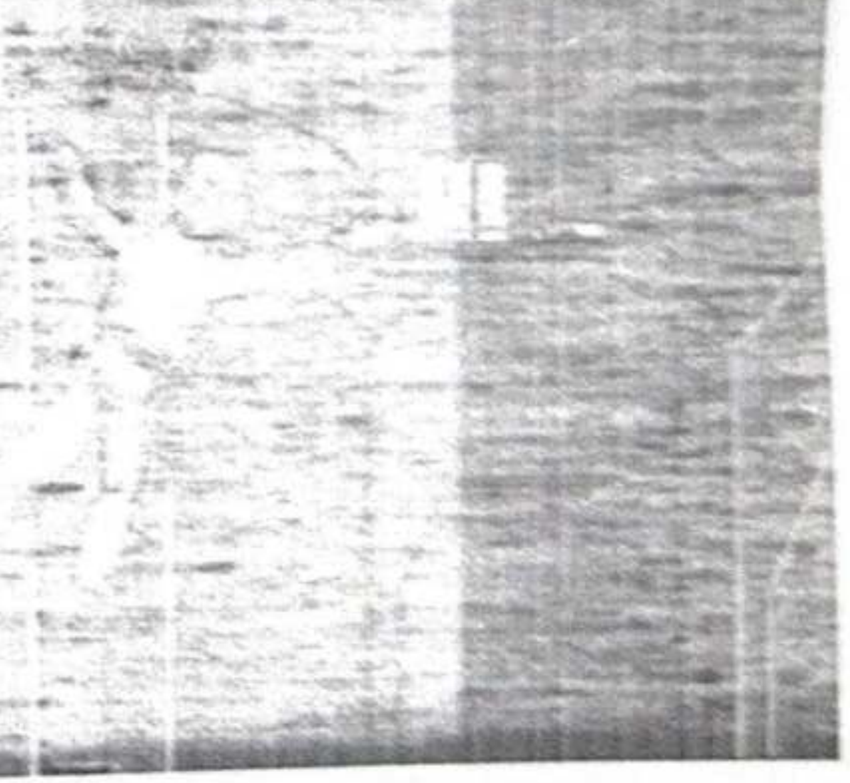
Por ejemplo el piso mojado, herramientas en mal estado, escaleras con peldaño roto , cables sueltos, entre otros.



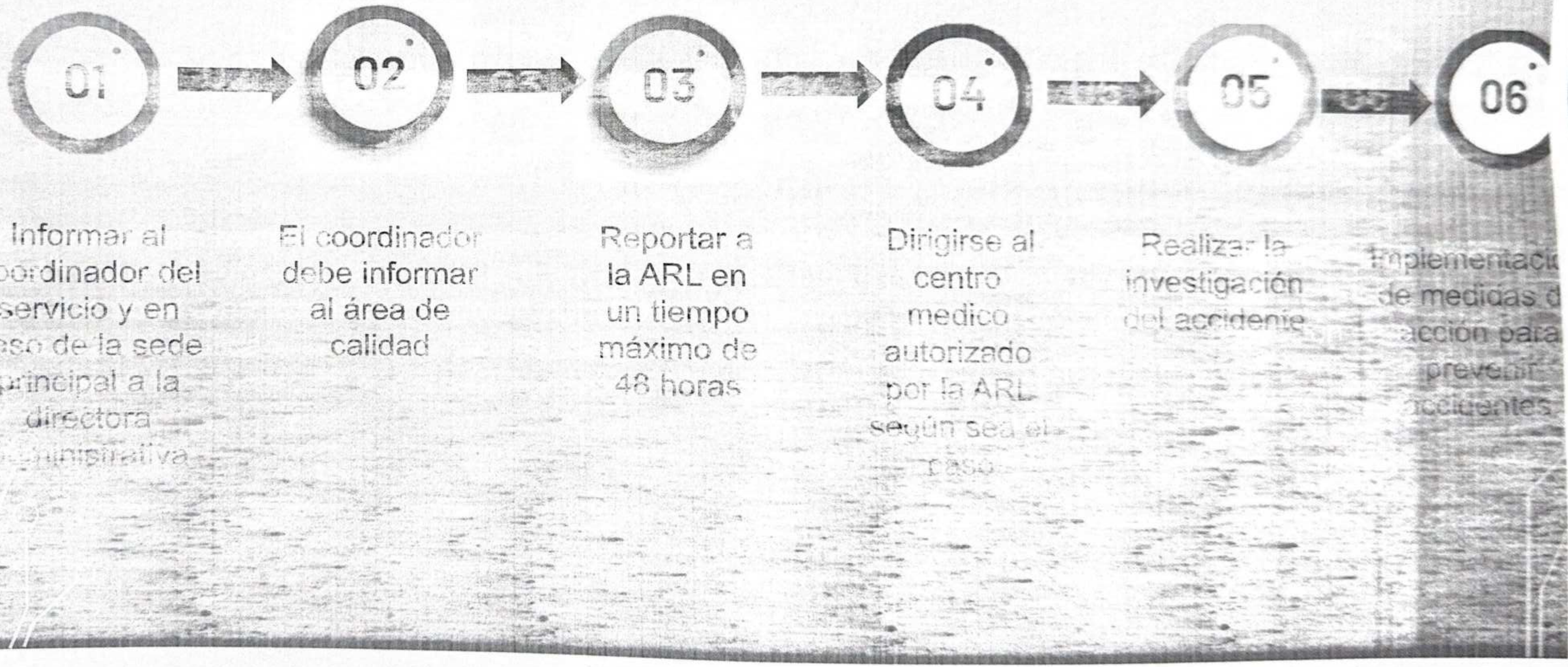
¿Que es una acto inseguro ?

Son las conductas del trabajador que por su acción u omisión conllevan a la transgresión de los estándares o prácticas seguras establecidas.

Por ejemplo no usar elementos de protección personal, usar equipos sin autorización, usar inadecuadamente los equipos o herramientas, entre otras .



Pasos para reportar un accidente



¿Qué es un peligro?

Es una condición o característica que puede causar lesión o enfermedad

¿Qué es un riesgo?

Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o exposición peligroso y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.

Ejemplo

Peligro: Iluminación

Riesgo: Desarrollo de Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión.

Medidas de prevención: Realizar mediciones ambientales, estudios de iluminación, programa mantenimiento luminarias (Limpieza y reemplazo de luminarias en mal estado), adecuado uso del [illegible]

Tipos de riesgo

Bacteria
Fluidos y excrementos
Hongos
Mordeduras
Parásitos
Picaduras
Riketsias
Virus

Esfuerzo
Manipulación Cargas
Movimiento Repetitivo
Postura

Condiciones Seguridad
Accidentes de Transito
Eléctrico
Labores de Alto Riesgo
Locativo
Mecánico

Fenómenos Naturales
Sismo
Terremoto
Inundación
Derrumbe
Deslizamiento
Vendaval
Tormenta

Iluminación
Presión atmosférica
Radiación Ionizante
Radiación No Ionizante
Ruido
Temperatura
Vibración

Características grupo social
Características Organización
Condiciones de la tarea
Gestión Organizacional
Interfase Tarea – Persona
Jornada de Trabajo

Fibras
Gases y Vapores
Humos
Líquidos
Material Particulado
Polvos

Pasos para evacuar



- Al momento de escuchar la alarma de evacuación, suspenda inmediatamente cualquier actividad que esté realizando en el momento.
- Evite entrar en pánico y mantenga la calma.
- Escuche atentamente las instrucciones de los brigadistas y/o coordinadores de evacuación.
- Evacue con calma, por las ruta de evacuación y siempre conserve la derecha.
- Guie los visitantes que estén con usted.
- Diríjase al punto de encuentro establecido.
- Por ningún motivo regrese al lugar de donde provino hasta que los coordinadores o brigadistas lo indiquen.

¿Qué hacer durante un sismo?

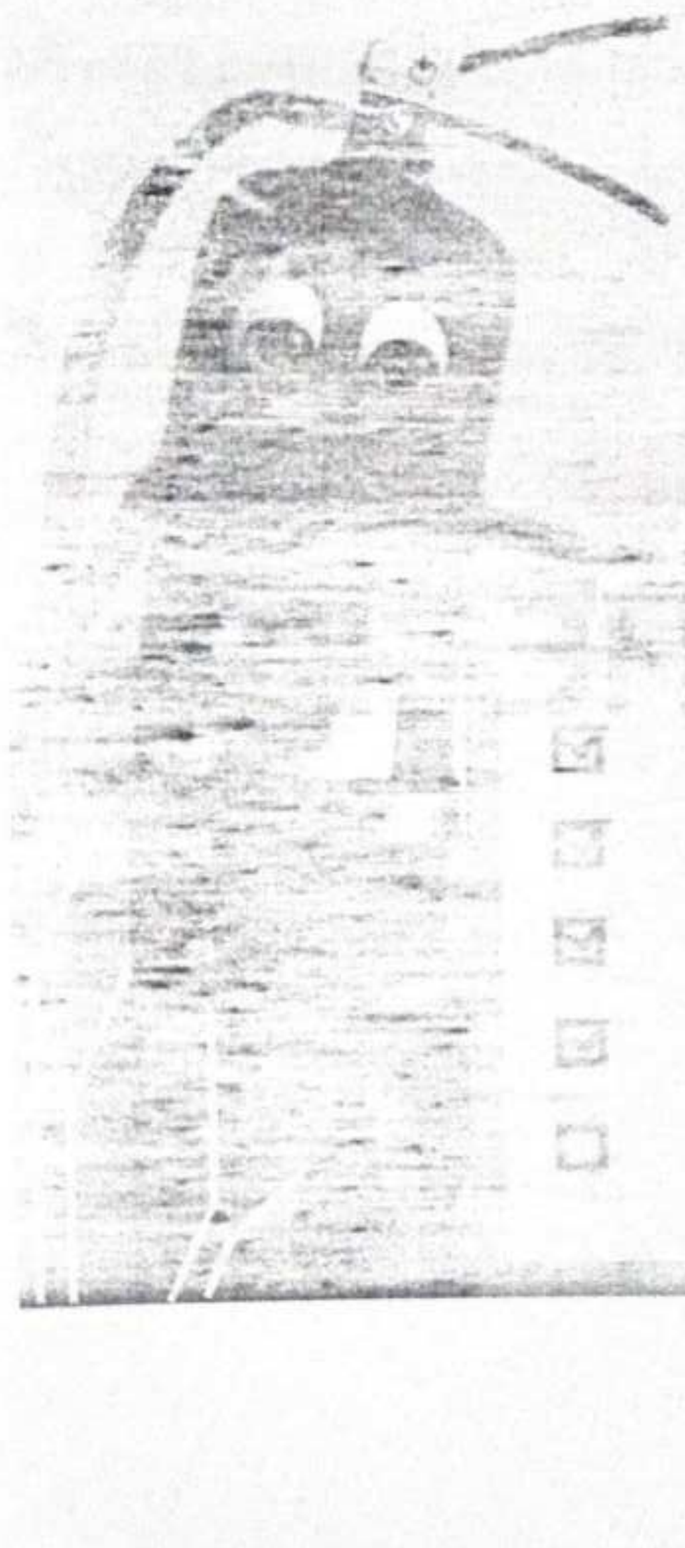
- **Si se encuentra en una construcción informal**, trate de salir de inmediato, durante la salida, vigile su entorno para identificar peligros durante la evacuación.
- **Nunca use ascensores para evacuar.**
- **No se ubique bajo los marcos de las puertas**, ya que no es un lugar seguro, el marco ayuda a disipar la energía del sismo, por lo cual puede romperse y colapsar.
- **Si está en una silla de ruedas**, ubíquese al lado de una columna o lugar seguro, frene la silla y proteja su cabeza con los brazos. Asegúrese que en su lugar de estudio y trabajo, cuenten con medidas específicas para apoyarle en la evacuación.
- **Si está en su vivienda y sólo si es posible**, abra la puerta principal y de las habitaciones, ya que se podrían trabar y dejarle a usted y su familia sin escapatoria.
- Si se encuentra en la calle y no puede dirigirse a un lugar seguro, cúbrase y proteja con los brazos la cabeza y el cuello.

En caso de incendio

- Si detectas fuego o humo, da la voz de alerta inmediatamente.
- Conserva la calma, procura tranquilizar a quienes estén cerca.
- Si el fuego apenas inicia y tienes extintor, utilízalo.
- En caso de evacuación, no corras, no grites, no empujes.
- No abras puertas ni ventanas, porque el fuego se extiende con el aire
- Corta los suministros de energía eléctrica y de gas.
- Seguir las instrucciones de la brigada de emergencia.
- Localiza la salida más alejada del fuego y sigue la ruta de evacuación.

Tipos de fuegos

- **Clase A:** Para fuego provocados por combustibles sólidos como madera, cartón, plástico, etc.
- **Clase B:** Para fuegos donde el combustible es líquido por ejemplo aceite, gasolina o pintura.
- **Clase C:** Para fuegos donde el combustible son gases como el butano, propano o gas ciudad.
- **Clase F:** Tipos de fuegos derivados de aceites y grasas (vegetales animales) en cocinas, y almacenamiento de aceites.
- **Clase D:** Estos fuegos son los producidos por el metal, los metales que arden son muy reactivos en polvo.

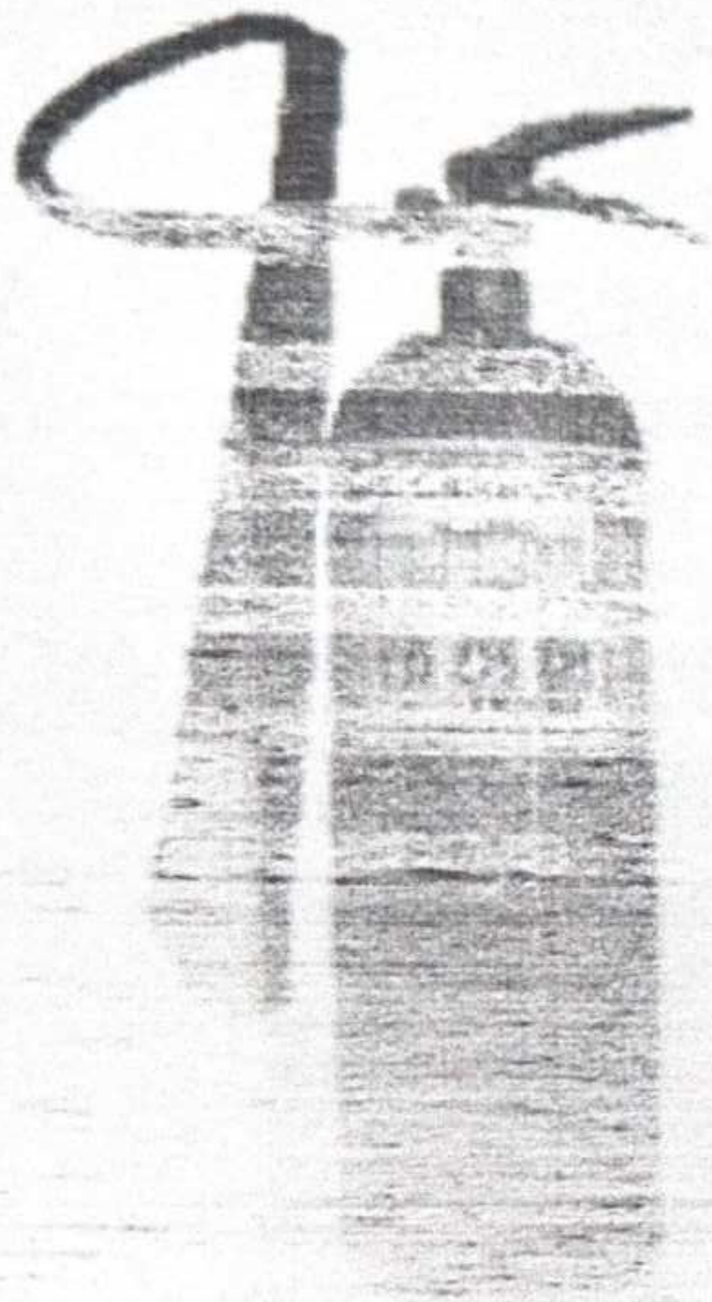


Tipos de extintores

Extintores de polvo ABC: Es el tipo de extintor más común y usado en cualquier edificio. Es indicado para fuegos de tipo A, B y C y al ser de polvo evita el riesgo eléctrico. Es el más recomendable para casas, oficinas o cualquier edificio.



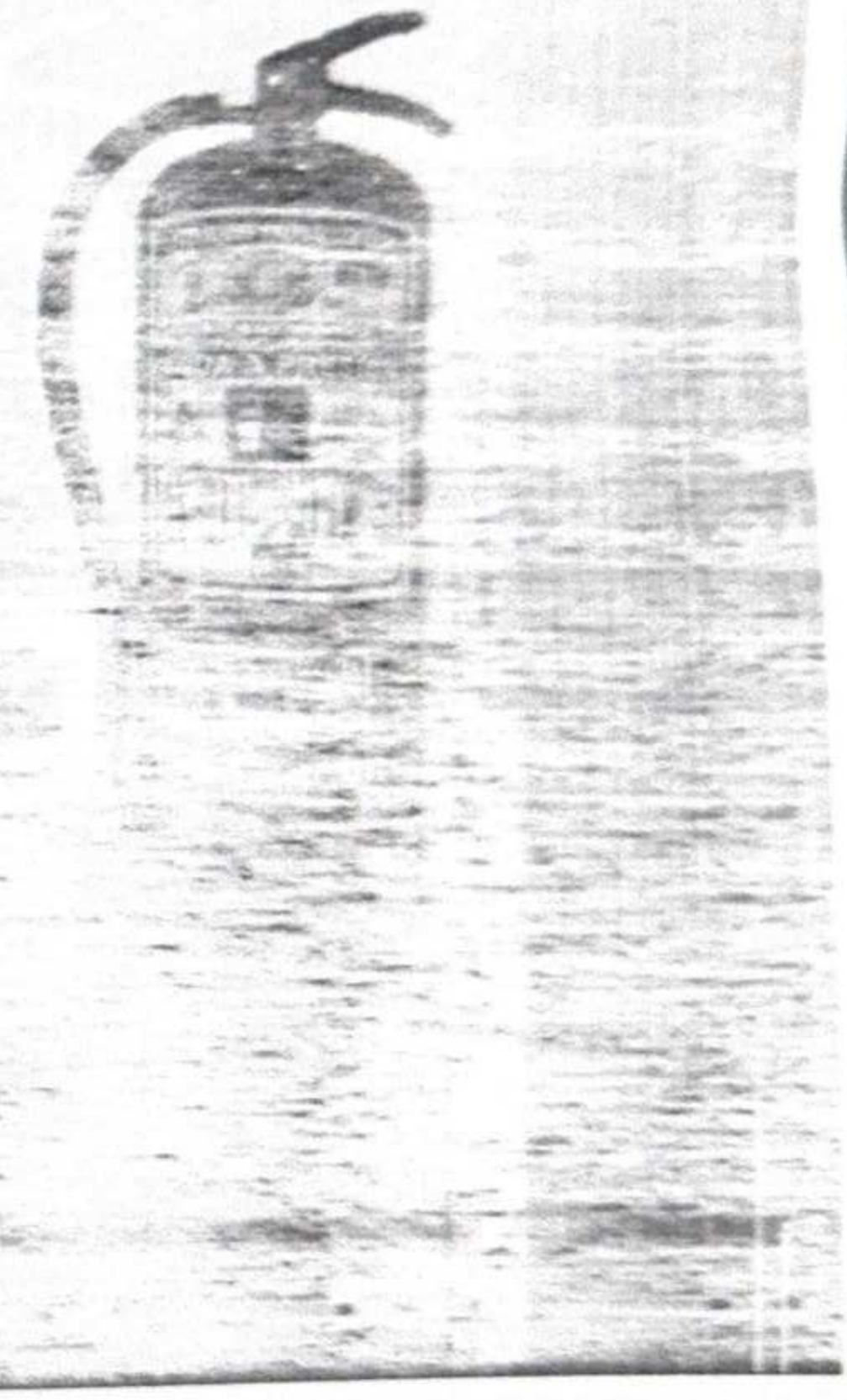
Tipos de extintores



Extintores de CO2: El CO2 es un gas y por tanto no conduce la electricidad. Este tipo de extintores son aptos para fuegos de tipo **A, B y C**. Suelen ser usados donde existen elementos donde el extintor puede causar más daño que el fuego, este extintor se puede utilizar en los equipos ya que no causan daño a los mismos.

Tipos de extintores

Extintores de agua: Son ideales para apagar fuegos de tipo A, actualmente los extintores de agua llevan incorporados aditivos que aportan eficacia tipo F por lo que también se pueden utilizar en este tipo de fuego. No deben usarse nunca en presencia de corriente eléctrica pues el agua podría provocar una electrocución. Este tipo de extintores es bueno fuera de las casas donde no existe riesgo eléctrico, por ejemplo: almacenes, naves, etc.





Gracias por su atención

SALUD ANDINA	REGISTRO DE CAPACITACIONES	CODIGO: SSA 003
		VERSION: 02
	SALUD ANDINA	FECHA: 01 Febrero 2018

FECHA: 14 de enero de 2026

CIUDAD: Lebrija

TEMA:	Inducción y reinducción del sistema de seguridad y salud en el trabajo.
Subtemas:	Concepto de Seguridad y Salud en el trabajo (SST) Concepto de comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST) Concepto de incidente laboral Concepto de un accidente laboral Concepto de una enfermedad laboral Concepto de una condición insegura Concepto de un acto inseguro Pasos para reportar un accidente ¿Qué es un peligro? ¿Qué es un riesgo? Tipos de riesgo ¿Qué es una emergencia? ¿Qué es un plan de emergencia? Pasos para evacuar Brigada de emergencia ¿Qué hacer durante un sismo? Video instructivo En caso de incendio Tipos de fuegos Tipos de extintores Video del uso de los extintores.

Nº	NOMBRE	IDENTIFICACION	DEPENDENCIA	CARGO	FIRMA
1	Leon Siero Hancito	1005155094	Radiologia	Auxiliar	
2	[illegible]	1007991982	RADIOLOGIA	TECNICO X	
3	[illegible]	63290782	Rx	Tec. Rx	Irene Jerez C
4	[illegible]	1098631836	Radiologia	Tec. Rayos X	Marcela Paez O.
5	[illegible]	1094923101	Radiología	Tecnóloga Rx	

Firma Asistencia (s):_____
Nombre de Asistente(s):_____

Firma Asistencia (s):_____
Nombre de Asistente(s):_____

Firma Asistencia (s):_____
Nombre de Asistente (s):_____
Cargo:

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Reyna Chinchilla
Médico General
T.P. 1013127774

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION APOYO LOGÍSTICO Y LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA CLÍNICA GIRON E.S.E AL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 proporciono el apoyo logístico y la información requerida por la CLINICA GIRON E.S.E., en los tiempos y formas establecidos, para la generación de informes, reportes, respuestas o diligencias dirigidas a entes de control, vigilancia (Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría, Procuraduría) o auditoría externa, que demanden datos, historiales o estadísticas contenidas en los sistemas del área de Rayos X a su cargo.

CORPORACION SALUD ANDINA para el periodo señalado NO fue requerido por ningún ente de control, vigilancia (Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría, Procuraduría) ni auditoría externa.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Rivera Chinchilla
Médico General
R.M. 1013277784

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION VISITAS, INSPECCIONES, AUDITORÍAS Y SUPERVISIONES QUE EL SUPERVISOR ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 facilito de manera inmediata, sin aviso y sin obstáculos las visitas, inspecciones, auditorías y supervisiones que el Supervisor del Contrato estimo conveniente. No hubo visitas por las autoridades de vigilancia y control (SuperSalud, INVIMA, etc.)

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Dra. Natalia Reyna Chinchilla
Médico General
R.M. 1091277784

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION ATENCIÓN Y RESPONSABILIDAD OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES, PLANES DE MEJORA O REQUERIMIENTOS EMITIDOS POR EL SUPERVISOR DEL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 respondió por escrito y en los plazos establecidos las observaciones, recomendaciones, planes de mejora o requerimientos emitidos por el Supervisor del Contrato; siempre garantizando un canal de comunicación directo, permanente e inmediato de manera escrita o verbal para atender cualquier tipo de requerimientos.

Se adjunta en siete (07) folios una de las comunicaciones donde se evidencia a detalle la respuesta a un posible incumplimiento de contrato, donde CORPORACION SALUD ANDINA concluye que " *...frente al aspecto contractual, de manera concisa, queremos manifestar que el evento de interrupción del servicio de radiología presentado el día 27 de enero de 2026, corresponde a una consecuencia directa del daño eléctrico del equipo de rayos X marcha SHIMADZU de nuestra propiedad.*

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Gmail

juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>

Notificación indisponibilidad sala de Rayos X

3 mensajes

suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co> 28 de enero de 2026 a las 7:26
Para: juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>, gerencia gerencia <gerencia@clinicagiron.gov.co>, Dirección Administrativa General <administrativa@clinicagiron.gov.co>, Coordinación Girón <COORDINACIONGIRON@vivasalud.co>, nataliabayona.md@gmail.com

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito informar que la sala de Rayos X no se encuentra en funcionamiento desde el día martes 27 de enero a las 9:30 p. m. y, a la fecha de hoy miércoles 28 de enero, continúa fuera de servicio.

Esta situación representa una limitante significativa para la prestación oportuna del servicio de urgencias, afectando directamente la atención de los pacientes, como ocurrió en el caso de un paciente SOAT atendido durante la noche anterior.

En razón a lo anterior, solicito muy respetuosamente se nos informe la causa del daño presentado y el tiempo estimado para su reparación, esperando que dicha situación pueda ser solucionada a la mayor brevedad posible.

Agradezco de antemano su pronta respuesta y gestión para la solución de esta novedad.

Atentamente,

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla

Directora Operativa Médico Asistencial

--

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Director Operativo Medico Asistencial

CLÍNICA GIRÓN E.S.E
Progresa la Salud

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Directora Operativa Médico Asistencial
Suboperativa@clinicagiron.gov.co
(+57) 607 6156800 Ext. 108

---

suboperativa suboperativa <suboperative@clinicagiron.gov.co> 28 de enero de 2026 a las 16:59
Para: juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com>, gerencia gerencia <gerencia@clinicagiron.gov.co>, Coordinación Girón <COORDINACIONGIRON@vivasalud.co>, nataliabayona.md@gmail.com, subadministrativa subadministrativa <subadministrativa@clinicagiron.gov.co>

Cordial saludo, buena tarde.

Por medio de la presente, solicito muy respetuosamente información sobre la fecha en la cual se retomará el funcionamiento del servicio por parte de Andina en la **Clínica de Girón**.

En estos momentos nos hemos visto en la necesidad de **rechazar atenciones médicas y remitir pacientes**, dada la no disponibilidad de este apoyo diagnóstico, el cual resulta fundamental para la adecuada atención de **lesiones, infecciones y demás patologías**.

Agradezco de antemano su pronta respuesta, teniendo en cuenta la importancia de restablecer el servicio a la mayor brevedad posible.

Cordialmente,
Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Directora Operativa Médico Asistencial

[El texto citado está oculto]

---

juan carlos Ortiz <auditorjk@gmail.com> 6 de febrero de 2026 a las 17:02
Para: suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co>
Cc: gerencia gerencia <gerencia@clinicagiron.gov.co>, Coordinación Girón <COORDINACIONGIRON@vivasalud.co>, nataliabayona.md@gmail.com, subadministrativa subadministrativa <subadministrativa@clinicagiron.gov.co>

Chiquinquira, 06 de febrero de 2026

CSA-GER-2026-001-EXT

Señores
CLÍNICA GIRON ESE
Girón, Santander del sur.

ASUNTO: INFORME EVENTO INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO 27 DE ENERO 2026.

Reciban un cordial saludo. Yo, Juan Carlos Ortiz Martínez, identificado con la cedula de ciudadanía No. 91.485.998, expedida en la ciudad de Bucaramanga. actuando como representante legal de la entidad Corporación Salud Andina, identificada con el NIT 901.158,204-3, me permito pronunciarme frente al oficio remitido vía correo electrónico por la CLÍNICA GIRON ESE, el día 31 de enero de 2026, en los siguientes términos:

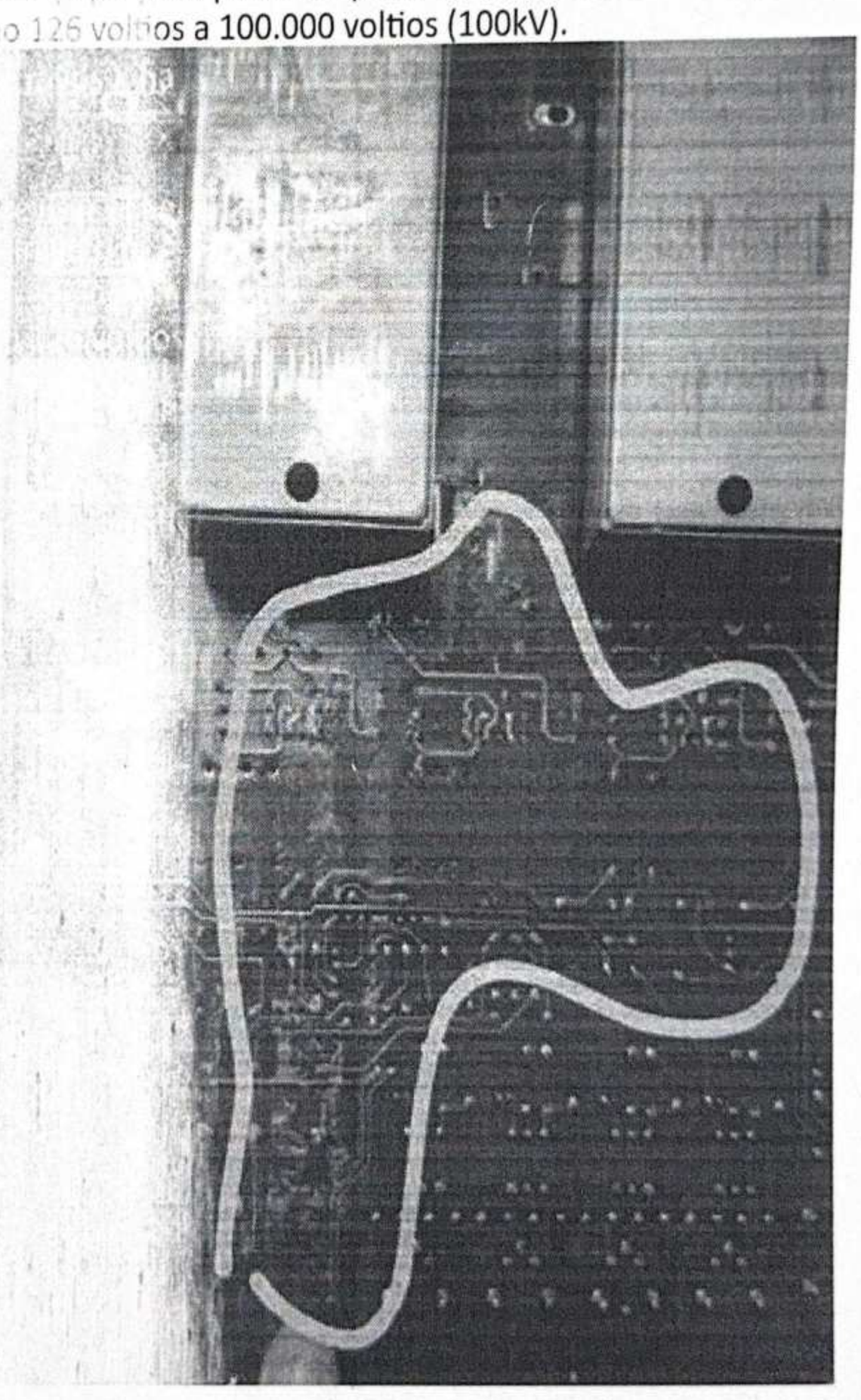
1. Efectivamente, el día veintisiete (27) de enero de 2026 sobre las 21:30 horas se presenta una falla en el funcionamiento del equipo de rayos X marca Shimadzu modelo MUX-10, el cual arroja un error en su panel dentro de su proceso de autodiagnóstico, identificado con el código "F14". El cual se describe en el manual del equipo como se enuncia a continuación:



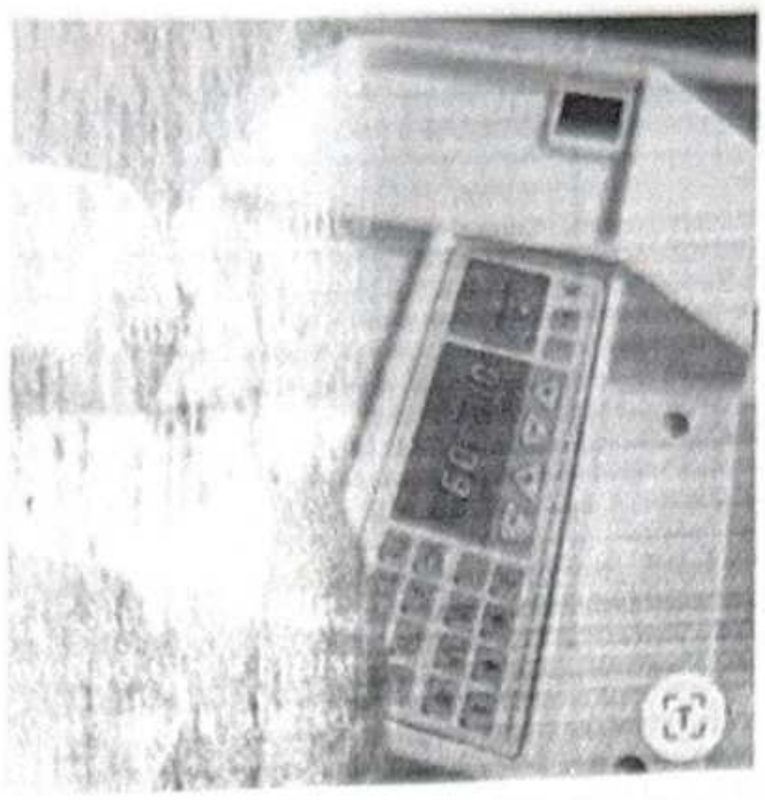
F14	KVBR signal is supp... (A glow discharge in X-ray tube, or abnormal high x-ray tube voltage has been detected.)

Traducción al castellano:
"**F14:** Se suministra señal KVBR. (Se ha detectado una descarga luminiscente en el tubo de rayos X, **o un voltaje anormalmente alto** en el tubo de rayos X **ha sido detectado**)."

2. De manera inmediata se procede a revisar el equipo por parte de nuestro personal técnico, evidenciando daños físicos en la tarjeta inversora, encargada de recibir la energía eléctrica de la red externa y elevar dicha energía a los parámetros exigidos por el equipo para poder disparar el tubo emisor de rayos X, es decir, su función es pasar de un voltaje de máximo 126 voltios a 100.000 voltios (100kV).



3. Una vez identificado el daño se procede a verificar si es viable la reparación, *IN SITU*, llegando a poner en funcionamiento el equipo con la novedad que el mismo no podía llegar a un Kilovoltaje (kV) superior a 60kV, ya que, superado ese límite el equipo no disparaba rayo, y arrojaba el mismo error F14 arriba descrito.

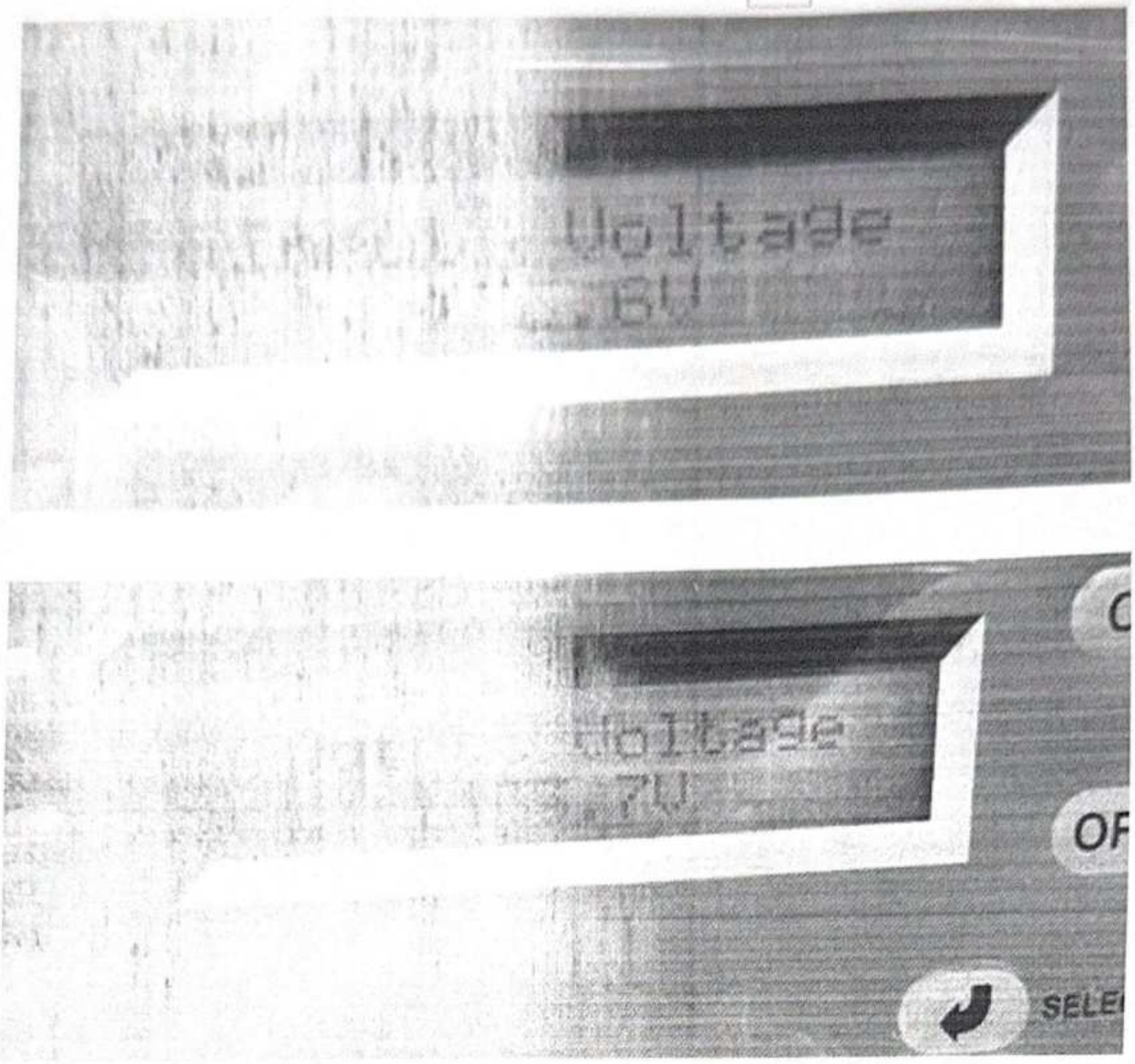


4. En ese orden se procede a solicitar el reemplazo de la tarjeta inversora y/o su evaluación más detallada en la sede central de la compañía.

5. Simultáneamente, se procede a evaluar las posibles causas del daño encontrándose que en ese momento el fluido eléctrico disponible en el circuito de la sala de rayos X, **arrojaba un valor de voltaje o tensión que fluctuaba entre 131,7 y 133,6 voltios, valor que supera el límite máximo establecido para el funcionamiento del equipo de rayos X (120 voltios).**



6. Al verificar la unidad de protección de voltaje -UPS, instalada por nuestra compañía para la protección del equipo de rayos X, se comprueba que la energía eléctrica aportada por la red eléctrica del área también afecto dicha unidad, sobrepasando las capacidades de la misma, causando un daño irremediable de dicha UPS, y cuyo mismo evento de sobrevoltaje terminó afectando el equipo de rayos X.



7. Dentro de las acciones adelantadas por la entidad, de manera simultanea con los procesos relacionados al mantenimiento correctivo del equipo afectado, se procedió por nuestra parte, a trasladar e instalar un equipo de rayos X de respaldo, de iguales capacidades al equipo afectado, de manera que el servicio de radiología quedo restablecido el día jueves, veintinueve (29) de enero de 2026 sobre las 19:30 horas, habiendo transcurrido un lapso de 46 horas en la interrupción del servicio.

8. El día sábado treinta y uno (31) de enero 2026, se culmina el mantenimiento correctivo del equipo inicialmente afectado, reemplazando las partes afectadas por el sobre voltaje y dejándolo en pleno funcionamiento; así mismo, se procedió a instalar una nueva UPS de mayor capacidad, dado que la ups inicialmente instalada sufrió daños irreparables.

9. Adicional a las acciones arriba descritas, se dejó en el servicio un equipo de rayos X marca philips totalmente funcional para uso en caso de eventuales fallas del equipo principal; medida preventiva que adoptamos al tener plena certeza que la falla presentada por el equipo de rayos X marca Shimadzu **se debió a una sobretensión o sobre voltaje presentada en el circuito eléctrico del área de radiología, cuya condición es totalmente ajena a nuestra entidad**.

Adicional a los hechos arriba mencionados y documentados, procedemos a realizar las siguientes consideraciones:

A. Es evidente en las fotografías anexadas, que la red eléctrica disponible en el área de radiología perteneciente a la CLINICA GIRON ESE, no cuenta con las condiciones mínimas exigidas en la resolución 90708 de 2013, y Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas –RETIE versión 2024, lo cual supone un riesgo evidente de fallas eléctricas al no contar en el servicio con una red regulada y certificada, como efectivamente ocurrió el pasado veintisiete de enero de 2025. Entre otras adecuaciones que se deben implementar y disponer son:

Sistemas de protección y normativas

Es vital contar con instalaciones eléctricas diseñadas y construidas según normas adecuadas. En Colombia, el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas (RETIE; abril 2024) exige la instalación de tableros de aislamiento para áreas críticas; también uso de tomacorrientes grado hospital.

Sistema TN-S

Protección diferencial por RCD: Desde circuitos principales hasta equipos individuales, coordinados desde 300 mA hasta 30 mA.

Supresores de tensión DPSs: tipo 1 y 2, para proteger contra sobretensiones transitorias.

Sistema Aislado IT

Norma IEC 60364-7-710: Requiere la instalación de sistemas de distribución aislados para áreas donde no se puede interrumpir el suministro eléctrico, como salas de cirugía y cuidados intensivos.

Monitoreo permanente: Sistemas eléctricos con monitoreo constante de la resistencia de aislamiento y temperatura del transformador para detectar y alertar sobre fallas.

B. Debe ponerse de presente que los equipos electrónicos y especialmente aquellos considerados biomédicos, se fabrican para cumplir con estrictos estándares de calidad, calibración y funcionamiento, entre ellos, los contemplados en las normas RETIE y NTC 1340 vigentes, para el caso que aquí nos ocupa, el voltaje de alimentación debe ser de ciento veinte (120) voltios, con un rango limite mínimo de hasta un ocho por ciento (8%) y máximo el cinco por ciento (5%) por encima de dicho valor, **es decir que el rango permitido debe oscilar desde un mínimo de 110 voltios hasta máximo 126 voltios**:

TÍTULO 9 – CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE TENSIÓN

Para efectos del presente Reglamento, los sistemas de corriente alterna deben usar tensiones estandarizadas según los siguientes niveles de tensión fase-fase, los cuales se adoptan de la NTC [illegible], con referentes en IEC 60038, ANSI C84.1:

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 1340 (Tercera actualización)

ELECTROTECNIA.
TENSIONES Y FRECUENCIA NOMINALES
EN SISTEMAS DE ENERGÍA ELÉCTRICA
EN REDES DE SERVICIO PÚBLICO

1. OBJETO

1.1 Esta norma establece los valores nominales y rangos permisibles que caracterizan la tensión de alimentación suministrada en cuanto a amplitud y frecuencia.

1.2 Esta norma es aplicable a sistemas de transmisión, subtransmisión, distribución y al uso final de la energía eléctrica de corriente alterna (c.a.).

Tabla 2. Clasificación, denominación y valores de la tensión nominal

Clasificación	Nivel	Tensión Nominal (V)		Tensión máxima (% de la nominal)	Tensión mínima (% de la nominal)
		Sistemas Trifásico de 3 ó 4 conductores	Sistemas Monofásico de 2 ó 3 conductores		
Baja Tensión Vn < 1 kV	Nivel 1 Vn < 1 kV	-	120	+5	Clientes Urbanos: -8 Clientes rurales: -10
		120/208	-		
		-	120/240		
		127/220	-		
		220	-		
		277/480	-		
		480	-		

C. Frente al aspecto contractual, de manera concisa, queremos manifestar que el evento de interrupción del servicio de radiología presentado el día 27 de enero de 2026, corresponde a una consecuencia directa del daño eléctrico del equipo de rayos X marcha SHIMADZU de nuestra propiedad, y a su vez, dicho daño se produjo única y exclusivamente por un sobrevoltaje presentado en ese momento, fenómeno que fue plenamente documentado. Este hecho aunado a que, dentro de nuestras obligaciones suscritas no se encuentra contemplado ninguna intervención en el sistema eléctrico interno y/o externo de la entidad contratante y menos aún de la electrificadora, claramente nos exonera de cualquier responsabilidad frente el evento cuestionado.

Finalmente, con el ánimo de garantizar las condiciones idóneas del servicio, solicito respetuosamente se estudien los hallazgos aquí presentados, y si es del caso, se adopten las medidas tendientes a cumplir la normativa vigente, para así, minimizar los riesgos relacionados con la red eléctrica existente.

Atentamente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
Representante legal
CORPORACIÓN SALUD ANDINA

VICTOR MAURICIO BUITRAGO MURILLO
Ingeniero Electricista
T.P EC205-149454
[El texto citado está oculto]

CRISTIAN HUMBERTO RIVERA ACOSTA
Ingeniero Electrónico
T.P CN206-174442

respuesta oficio 31 de enero 2026.pdf
916K

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General

REF: CERTIFICACION RESPONSABILIDAD CIVIL, CONTRACTUAL, DISCIPLINARIA Y ÉTICA POR LA TOMA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 asumimos la responsabilidad civil, contractual, disciplinaria y ética por la calidad, idoneidad, oportunidad como consecuencia de la prestación de los servicios de toma e interpretación de imágenes diagnosticas frente a los pacientes, sus familias, las aseguradoras y terceros.

Para este periodo CORPORACION SALUD ANDINA no tuvo ningún requerimiento por los entes de control ni de orden judicial por el ejercicio en la prestación de servicios de imágenes diagnosticas dentro de la CLINICA GIRON ESE y por el cual tiene contrato vigente suscrito.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

SALUD ANDINA
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION RESPONSABILIDAD USO DE LA INFORMACIÓN O DE LA INFRACCIÓN A NORMAS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 estuvo dispuesta a responder ante la Clínica Girón E.S.E. y ante las autoridades administrativas, judiciales, fiscales o disciplinarias competentes, por todos los actos, omisiones, incumplimientos, daños o perjuicios imputables a su gestión en el desarrollo del contrato, incluyendo aquellos derivados del uso de la información o de la infracción a normas de protección de datos personales.

Para este periodo CORPORACION SALUD ANDINA **NO** tuvo ningún requerimiento por los entes de control, ni por ninguna de las autoridades administrativas, judiciales, fiscales o disciplinarias por el ejercicio en la prestación de servicios de imágenes diagnosticas dentro de la CLINICA GIRON ESE y por el cual tiene contrato vigente suscrito.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

Dra. Natalia Carolina Chinchilla
Médico General
R.M. 109-277784

REF: CERTIFICACION PRESTACION DE SERVICIOS EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 prestó los servicios de imágenes diagnosticas conforme a las órdenes medicas allegadas al servicio por parte de los pacientes, emitidas por el personal médico autorizado de la E.S.E

Así mismo, el desarrollo de las actividades fue con base a las especificaciones técnicas, condiciones, protocolos clínicos y guías de atención.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

Dra. Natalia Bravo Chinchilla
Médico General
R.M. 1013277784

REF: CERTIFICACION RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y CONTRACTUALMENTE POR EL VALOR TOTAL DE LAS GLOSAS, DEVOLUCIONES, DESCUENTOS A CAUSA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 no tuvo deducciones por el valor total de las glosas, devoluciones, descuentos o no pagos que apliquen las EPS o pagadores a la CLINICA GIRON ESE.

Para el periodo aquí tratado no hubo glosas, descuentos etc, certificado por la Dra SILVIA JULIANA BADILLO COORDINADORA DE FACTURACION de la CLINICA GIRON ESE, a través de correo electrónico del 3 de febrero de 2026 siendo las 10:06 am

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

Gmail

direccion andina <direccionadmon.saludandina@gmail.com>

SOLICITUD TRAZABILIDAD DE ESTUDIOS DE IMAGENOLOGIA EVENTO Y CAPITADO DE ENERO 2026- GIRON

5 mensajes

direccion andina <direccionadmon.saludandina@gmail.com> 3 de febrero de 2026 a las 7:55 a.m.
Para: coordinacionproceso coordinacionproceso <coordinacionproceso@clinicagiron.gov.co>, suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co>, Salud Andina Giron <saludandinagiron@gmail.com>

Cordial saludo señores CLÍNICA GIRÓN ESE, de manera atenta me permito solicitarles me colaboren con la trazabilidad de estudios de imagenología modalidad EVENTO y CAPITADO facturados en ENERO 2026 para continuar con el proceso de facturación por parte de Servicios en Salud Andina Ltda.

Les agradezco, me regalen los dos cuadros de manera independiente ya que cada uno tiene informes diferentes.

Quedamos atentos..

--

SALUD ANDINA
SERVICIOS EN SALUD ANDINA LTDA.

DORIS YANETH PEÑA BELLO
Directora Administrativa
Servicios en Salud Andina Ltda.
Carrera 8 # 19-25 Chiquinquirá - Boyacá
(8) 726 1423 -

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 1004277784

---

coordinacionproceso coordinacionproceso <coordinacionproceso@clinicagiron.gov.co> 3 de febrero de 2026 a las 10:06 a.m.
Para: direccion andina <direccionadmon.saludandina@gmail.com>
CC: suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co>, Salud Andina Giron <saludandinagiron@gmail.com>

Buenos dias

Adjunto informe del periodo comprendido entre el 01 al 31 de enero de 2026, para este periodo no tenemos glosas reportadas por los servicios prestados por SERVICIOS EN SALUD ANDINA.

Cordialmente
SILVIA JULIANA BADILLO
COORDINADORA DE FACTURACION
E.S.E CLINICA GIRON

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médico General
R.M. 109-1277784

[Texto citado oculto]

INFORME ANDINA PERIODO 01 AL 31 DE ENERO EVENTO Y CAPITA.xlsx
495K

---

suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co> 3 de febrero de 2026 a las 2:10 p.m.
Para: coordinacionproceso coordinacionproceso <coordinacionproceso@clinicagiron.gov.co>
CC: direccion andina <direccionadmon.saludandina@gmail.com>, Salud Andina Giron <saludandinagiron@gmail.com>

Cordial saludo quedamos atentos ala cuenta numero 1 del 2026
[Texto citado oculto]
--
Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Director Operativo Medico Asistencial

CLÍNICA GIRÓN E.S.E
Progresa la Salud

Natalia Dayanne Bayona Chinchilla
Directora Operativa Médico Asistencial
Suboperativa@clinicagiron.gov.co
(+57) 607 6159800 Ext. 108

---

direccion andina <direccionadmon.saludandina@gmail.com> 3 de febrero de 2026 a las 4:48 p.m.
Para: suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co>
CC: coordinacionproceso coordinacionproceso <coordinacionproceso@clinicagiron.gov.co>, Salud Andina Giron <saludandinagiron@gmail.com>

Cordial saludo señores CLINICA GIRON ESE, me podrian confirmar para esta primera cuenta que formatos se deben diligenciar y me regalen la version para esta vigencia.

Gracias
[Texto citado oculto]

---

suboperativa suboperativa <suboperativa@clinicagiron.gov.co> 3 de febrero de 2026 a las 5:07 p.m.
Para: direccion andina <direccionadmon.saludandina@gmail.com>
CC: coordinacionproceso coordinacionproceso <coordinacionproceso@clinicagiron.gov.co>, Salud Andina Giron <saludandinagiron@gmail.com>

[Texto citado oculto]

---

2 archivos adjuntos

Chiquinquirá, 09 de febrero de 2026

Señores:
CLINICA GIRON ESE
Girón (Santander)

REF: CERTIFICACION EJECUCIÓN DE ESTUDIOS ADICIONALES, PROCEDIMIENTOS NUEVOS EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL PRIMERO (01) AL TREINTA Y UNO (31) ENERO 2026.

Respetados señores:

Cordial saludo, yo **JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 91.485.998 expedida en Bucaramanga, actuando como representante legal de la entidad **CORPORACION SALUD ANDINA** identificada con el NIT 901.158.204-3, **CERTIFICO** que para el periodo contemplado del 1 al 31 de enero de 2026 la CLINICA GIRON ESE NO hizo solicitud para la ejecución de estudios adicionales, procedimientos nuevos, ampliaciones técnicas, servicios no previstos inicialmente o cualquier actividad que exceda las obligaciones y alcance definidos en el contrato y sus anexos.

Cordialmente,

JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ
C.C. Nro. 91.485.998 de Bucaramanga
Representante Legal
CORPORACION SALUD ANDINA

ASESORIAS ECONOMICAS Y CONTABLES

CERTIFICACION

Dra. Natalia Reyna Chinchilla
Revisor General
T.P.M. 109277784

YO

DIEGO ERNESTO FONSECA PACHECO

IDENTIFICACDO CON C.C.No. 6.771.130

T.P. No. 86253-T

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

HAGO CONSTAR QUE:

En calidad de Contador Público Titulado, de la Empresa CORPORACION SALUD ANDINA, con Nit No. 901.158.204-3 , hago constar que el personal vinculado en el contrato suscrito con la CLINICA GIRON ESE, se encuentran a paz y salvo a 31de Enero del 2026 con el pago de nómina, cuentas de cobro, seguridad social , y demás obligaciones derivadas de la ejecución del contrato 068-2026

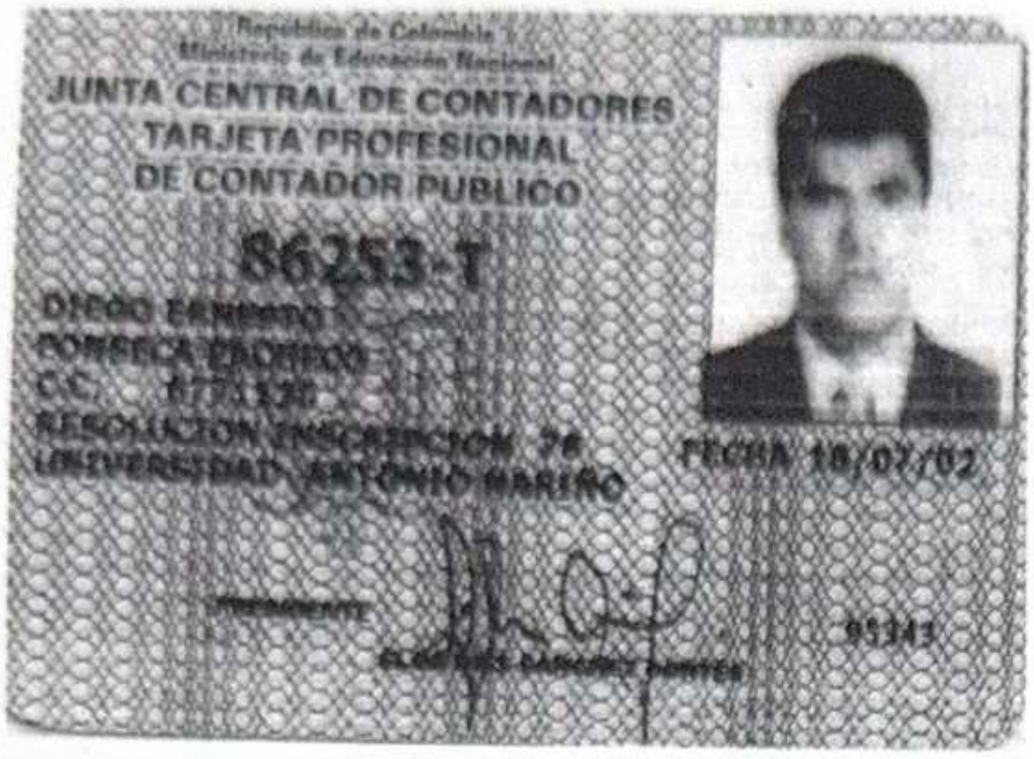
La presente se expide a solicitud del interesado, hoy 20 del Febrero del 2026.



DIEGO ERNESTO FONSECA PACHECO

CONTADOR PUBLICO TITULADO

T.P 86253-T


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
86253-T
DIEGO ERNESTO
FONSECA PACHECO
C.C. 6771130
RESOLUCION INSCRIPCION 76
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FECHA 18/02/02
95343


FIRMA DEL TITULAR
004573
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6.771.130
NUMERO
FONSECA PACHECO
APELLIDOS
DIEGO ERNESTO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1963
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
07-ENE-1983 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-0700100-33119252-M-0006771130-20040427
00168 04118A 02 136016274

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9911411411F4B4B4E4F1455

Dra. Natalia Bayona Chinchilla
Médica General
C.C. 1061777784

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIEGO ERNESTO FONSECA PACHECO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 6771130 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 86253-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CONSULTE AQUÍ CÓMO VER SUS MOVIMIENTOS

Conozca el tiempo que tardan en reflejarse sus transferencias a otros bancos, aquí.

¡SU EMPRESA ESTÁ MÁS SEGURA QUE NUNCA!

Descubra tips que le ayudarán a prevenir **fraudes en su empresa.**

Conózcalos aquí

Transacción Enviada

Su transacción ha sido recibida por el Portal PYME y se realizará en la fecha y hora programadas. A continuación se muestran los datos de la transacción y el número de documento asignado por el banco. Puede consultar el estado final de su transacción en el módulo de Consultas y Extractos

NOMINA

Descripción de la transacción:

Transacción: Pagos y Transferencias
Tipo: Pago de Nóminas

Origen de los fondos:

Tipo de producto: Cuenta corriente
Número de producto: **********1696

Destino de los fondos:

Cuentas: 12

Banco Destino	Tipo Destino	Número Destino	Titular	Identificación	Valor	Rechazo
BANCOLOMBIA	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	*******6241	0 0	1098613727	$ 862.400,00	
BANCOLOMBIA	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	*******9315	0 0	12536918	$ 352.800,00	
BOGOTA	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	*****5886	0 0	1098631826	$ 862.400,00	
BOGOTA	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	*****1513	0 0	1090483181	$ 754.600,00	
BOGOTA	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	*****8522	0 0	37551675	$ 754.600,00	
BANCOLOMBIA	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	*******9282	0 0	1005155094	$ 1.859.928,00	
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	**********2764	0 0	63290782	$ 1.078.000,00	
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	**********9173	0 0	1098791982	$ 2.152.080,00	
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********4037	0 0	1101695015	$ 2.691.318,00	
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********4037	0 0	1101695015	$ 700.000,00	
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********4037	0 0	1101695015	$ 3.372.607,00	

DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	********4037	0 0	1101695015	$ 2.500.000,00	

Detalles de la transacción:

Total de cuentas	12
Valor:	$ 17.940.733,00
Descripción:	giron ene26
Fecha:	20/02/2026
Hora:	10:58

Número de documento: 71798654

Líneas Empresarial
- Bogotá 3 27 83 60
- Bogotá 7 42 59 80
- Desde Otras Ciudades de Colombia
01 8000 91 95 61

Portales Davivienda:
- Banco DAVIVIENDA
- Información sobre Seguridad
- Catálogo Productos y Servicios
- Catálogo Davipuntos
- Educación Financiera
- Información para Inversionistas
- Compras Virtuales
- Información sobre el Banco

Contáctenos Políticas de Privacidad y Seguridad

Versión : 1.65.0.5

Banco **DAVIVIENDA S.A** Todos los derechos reservados 2012