

## **RESOLUCIÓN No (004) (09/01/2025)**

Por medio de la cual se actualiza el compromiso de la alta dirección con el mejoramiento institucional a través del Sistema Único de Acreditación y la conformación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad para la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama y se deroga la resolución 040 del 01 de marzo de 2024.

### **EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA,**

En uso de las atribuciones constitucionales y legales y,

#### **CONSIDERANDO:**

Que la **Constitución Nacional de Colombia de 1991** En sus artículos 48 y 49 establece el derecho a la seguridad social y la atención en salud como un servicio público prioritario.

Que la **Resolución 741 de 1997** del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para instituciones y demás prestadores de servicios de salud. Las instrucciones a que refiere la presente resolución son aplicables a todas las instituciones de salud y demás prestadores de servicios sean estos, públicos, privados o mixtos que presten servicios de salud en las áreas de la promoción prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ambulatorios y de hospitalización.

Que Mediante la **Resolución 2082 de 2014**, establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud para Acreditar sus servicios e implementar el componente de Acreditación.

Que la **Resolución 5095 de 2018** "Adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1" y los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad", los cuales hacen parte integral de este acto administrativo.

Que el **Decreto 1011 del 3 de abril de 2006** se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Que mediante **Acuerdo N° 06 del 04 de Julio de 2024**, mediante el cual se adopta el Plan de Desarrollo institucional "Sembrando Futuro en Salud", el cual cuenta con el eje estratégico **Mejoramiento continuo**, cuyo objetivo estratégico es Direccionar el mejoramiento continuo de la entidad hacia estándares superiores de calidad y acreditación.

Que corresponde a esta institución establecer mecanismos de control que garantice el seguimiento, análisis, ajuste, reporte integral y oportuno de la información asociada al proceso de mejoramiento continuo y avances en relación al Sistema único de acreditación de la E.S.E Hospital Regional de Duitama.

Que teniendo lo establecido en la guía para implementar el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC), orientado a establecer la calidad esperada mediante una autoevaluación

interna, identificando aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan la atención centrada en el usuario

Que corresponde a esta institución establecer grupos de mejoramiento continuo de la calidad ya que son los encargados de planear, ejecutar, verificar y establecer las rutas de mejoramiento continuo en la institución fomentando de esta forma una práctica sistémica para el aseguramiento de la calidad en el marco del Sistema Único de Acreditación.

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto,

### RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO: COMPROMISO:** El equipo directivo de la E.S.E Hospital Regional de Duitama, se compromete con la implementación del Sistema Único de Acreditación en Salud, a través de La implementación gradual del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1 y la estandarización del seguimiento al Mejoramiento continuo de la calidad de la ESE Hospital Regional de Duitama, como una estrategia sistemática y sistémica que favorece el logro de los objetivos y metas, orientado a resultados y aplicación del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), para asegurar la prestación de servicios de salud integrales y con altos estándares de calidad, así como la gestión administrativa con excelencia.

**ARTICULO SEGUNDO: CREACIÓN DEL EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:** Con el propósito de garantizar el liderazgo efectivo se conforman los equipos de mejoramiento continuo de la calidad.

**ARTÍCULO TERCERO: CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.** Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad estarán encargados de desarrollar el proceso de preparación gradual para la acreditación de la E.S.E Hospital Regional de Duitama y estarán conformados así:

Imagen No 1: Estructura de los Equipos de Mejoramiento de la Calidad



Fuente: Rodríguez, C.E. (2020). El mejoramiento continuo de la calidad. Revista Normas y Calidad, 2020, 10.

## 1. Equipo de Mejoramiento Institucional

**Objetivo:** Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional.

### Funciones:

- Estandarizar el mejoramiento de la calidad en la institución, manteniéndola y mejorándola: Asegurar el desempeño y función de los procesos y su mejoramiento.
- Identificar las dificultades y brechas en el proceso de mejoramiento de la calidad, gestionando las oportunidades de mejora necesarias que permitan avanzar en el ciclo de mejora.
- Apoyar la gestión de mejoramiento desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, autorías externas)
- Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad
- Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del Plan de Mejora
- Reportar resultados de la gestión al Gerente de la E.S.E Hospital Regional de Duitama.
- Evaluar metas asociadas a indicadores, estableciendo niveles más altos de desempeño de forma progresiva.
- Realizar seguimientos a los avances e implementación de los ejes de acreditación en la organización.

### Estructuración:

El equipo de mejoramiento institucional estará conformado por el líder de cada grupo de estándares de autoevaluación y líderes de ejes de acreditación, así:

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Mejoramiento Institucional	Líder Gestión De Calidad Líder eje de acreditación mejora continua	Líder del grupo de estándares
	Líder transformación cultural	Secretario
	Líder equipo de autoevaluación de direccionamiento y gerencia	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación PACAS	Integrante
	Líder, Equipo de autoevaluación del talento humano	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de gerencia del ambiente físico	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de gestión de tecnología Líder eje de acreditación Gestión de la Tecnología	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de gerencia de la información	Integrante
	Líder eje de acreditación Atención centrada en el usuario y su familia	Integrante
	Líder eje de acreditación Humanización de la atención	Integrante
	Líder eje de acreditación Seguridad del paciente	Integrante
	Líder eje de acreditación Enfoque y gestión del riesgo	Integrante
	Líder eje de acreditación Transformación cultural	Integrante
Líder eje de acreditación Responsabilidad social	Integrante	

Este equipo responde por el mejoramiento sistémico.

El líder del equipo de autoevaluación del proceso de atención al cliente asistencial PACAS responderá por el mejoramiento sistémico asistencial.

Los líderes de los equipos de autoevaluación de direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología y gerencia de la información responderán por el mejoramiento sistémico de los procesos de apoyo.

Los líderes de ejes de acreditación aportan en el mejoramiento sistémico de todos los equipos de autoevaluación.

## 2. Equipos de Autoevaluación

**Objetivo:** Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares a través de la autoevaluación anual, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

### Funciones:

- Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento institucional.
- Facilitar y apoyar la gestión del equipo primario de mejoramiento.
- Apoyar la gestión de mejoramiento de cada grupo de estándares desde la autoevaluación, priorización y estructura de planes de mejoramiento.
- Evaluar el grupo de estándares correspondiente.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
- Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.

### Se conformarán los equipos de autoevaluación así:

- Equipo de Autoevaluación Proceso de Atención al Cliente Asistencial

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
PACAS	<b>Subgerente Científico</b>	<b>Líder del grupo de estándares</b>
	Líder prestación de servicios	Secretaria
	Referente Seguridad del paciente	Integrante
	Asesor de Prestación de servicios y gestión clínica	Integrante
	Referente Programa de adopción e implementación de Guías de Práctica Clínica	Integrante
	Líder Gestión de la Atención Ambulatoria	Integrante
	Líder Gestión de la atención en hospitalización	Integrante
	Coordinador Unidad de Cuidado Intensivo	Integrante
	Líder Gestión de la atención Quirúrgica	Integrante
	Líder Gestión de la atención inmediata	Integrante
	Líder Sistema de información y atención al usuario y al ciudadano	Integrante
	Líder humanización y experiencia del usuario	Integrante
	Líder Gestión de la atención en el Servicio de Imágenes Diagnosticas	Integrante
	Líder Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico	Integrante
	Líder Gestión de la Atención en el servicio Farmacéutico	Integrante
	Líder Gestión en Salud Pública	Integrante
	Líder de Enfermería	Integrante
	Líder de sedes integradas	Integrante
	Líder Gestión de la Relación Docencia Servicio	Integrante
	Coordinador Servicio de Rehabilitación	Integrante
Líder Gestión de Calidad	Integrante	
Líder Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación	Integrante	
Coordinadora de enfermería UCI	Invitado	
Coordinador UCI Neonatal	Invitado	

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
	Coordinador servicio de Hemodinamia	Invitado
	Representante de empresa temporal responsable del envío del personal en misión asistencial	Invitado
	Referente de programa de egreso seguro y asistido	Invitado
	Enfermero líder de programa de monitoreo hospitalario – Torre de Control	Invitado
	Referente habilitación	Invitado
	Líder de mercadeo	Invitado

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Direccionamiento y Gerencia

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
<b>Direccionamiento Y Gerencia</b>	<b>Gerente</b>	<b>Líder Del Grupo De Estándares</b>
	Líder planeación Institucional	Secretaria
	Subgerente Científico	Integrante
	Subgerente administrativo	Integrante
	Representante de la Junta directiva	Integrante
	Referente Habilitación	Integrante
	Líder transformación cultural	Integrante
	Líder responsabilidad social y sostenibilidad	Integrante
	Líder humanización y experiencia del usuario	Integrante
	Coordinador de Comunicaciones internas y externas	Invitado
	Líder de mercadeo	Invitado
	Líder Gestión de Calidad	Integrante

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Talento Humano

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
<b>Gerencia del Talento Humano</b>	<b>Líder gestión del talento humano</b>	<b>Líder Del Grupo De Estándares</b>
	Profesional de Apoyo a Talento humano	Secretario
	Subgerente administrativo y Financiero	Integrante
	Subgerente científico	Integrante
	Representante empresa temporal (enfermería, regentes farmacia, admón., medicina general.)	Integrante
	Coordinador de Comunicaciones internas y externas	Integrante
	Coordinador del SGSST	Integrante
	Representante de la Empresa de Vigilancia	Integrante
	Representante de la Empresa de Servicios generales	Integrante
	Representante de la Empresa de alimentación	Integrante
	Coordinador Interdependencia de servicios de apoyo	Integrante
	Líder Humanización y Sistema de Información al usuario y al ciudadano	Integrante
	Gestión de la Relación Docencia Servicio	Integrante
	Líder transformación cultural	Integrante
	Líder responsabilidad social y sostenibilidad	Integrante
	Líder de unidades de atención básica	Integrante
Líder Gestión de Calidad	Integrante	

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
<b>Ambiente Físico</b>	<b>Gestión de Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria</b>	<b>Líder Del Grupo De Estándares</b>
	Líder Gestión Ambiental	Secretario
	Líder Gestión de Equipos biomédicos Industriales y de soporte tecnológico Asistencial	Integrante
	Subgerente administrativo y Financiero	Integrante
	Subgerente científico	Integrante
	Coordinador del SGSST	Integrante
	Líder Gestión de la Adquisición de Bienes y Activos Fijos	Integrante
	Coordinador Interdependencia de servicios de apoyo	Integrante
	Referente gestión de emergencias y desastres	Integrante
	Representante de Servicios Generales	Integrante
	Referente habilitación	Integrante
	Líder Gestión de Calidad	Integrante
	Líder Gestión de la atención en hospitalización	Integrante
	Líder transformación cultural	Integrante
	Líder responsabilidad social y sostenibilidad	Integrante
	Líder de sedes integradas	Integrante
Líder humanización y experiencia del usuario	Integrante	
Líder de gestión de la atención inmediata	Integrante	
Líder de áreas asistenciales	Invitado	

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de Tecnología

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
<b>Gestión de la Tecnología</b>	<b>Gestión de Equipos biomédicos Industriales y de soporte tecnológico Asistencial</b>	<b>Líder del Grupo de estándares</b>
	Referente Seguridad del paciente	Secretario
	Profesional de apoyo mantenimiento biomédico	Integrante
	Referente farmacovigilancia	Integrante
	Subgerente administrativo y Financiero	Integrante
	Subgerente Científico	Integrante
	Referente habilitación	Integrante
	Líder gestión de la información	Integrante
	Líder gestión en el Laboratorio clínico	Integrante
	Coordinador Gestión de la atención en el Servicio de Imágenes Diagnosticas	Integrante
	Líder Enfermería	Integrante
	Líder transformación cultural	Integrante
	Líder Gestión de la Atención en el servicio Farmacéutico	Integrante
	Líder de sedes integradas	Integrante
	Líder gestión de la atención quirúrgica	Integrante
Líder Gestión de Calidad	Integrante	

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia de la Información

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
<b>Gerencia de la información</b>	<b>Líder gestión de la información</b>	<b>Líder del Grupo de estándares</b>
	Líder Excelencia operacional	Secretario
	Representante de ingenieros de sistemas	Integrante
	Subgerente administrativo y Financiero	Integrante
	Subgerente Científico	Integrante



	Coordinador Sistema de información y atención al usuario y al ciudadano	Integrante
	Líder Humanización	Integrante
	Líder Gestión Documental	Integrante
	Coordinador de Comunicaciones Internas y Externas	Integrante
	Líder de sedes integradas	Integrante
	Líder transformación cultural	Integrante
	Líder de Prestación de servicios	Integrante
	Referente Programa de adopción e implementación de Guías de Práctica Clínica	Integrante
	Líder Gestión de Calidad	Integrante

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Mejoramiento de la Calidad

GRUPO DE ESTÁNDARES	ÁREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Mejoramiento de la calidad	<b>Líder Gestión De Calidad</b>	<b>Líder del grupo de estándares</b>
	Referente habilitación	Integrante
	Líder Excelencia operacional	Integrante
	Profesional de apoyo a calidad	Secretario
	Líder transformación cultural	Integrante
	Líder de planeación	Integrante
	Líder de prestación de servicios	Integrante
	Subgerente Científico	Integrante

### Estructura:

Cada equipo de autoevaluación contará con:

#### Líder:

##### Funciones:

- Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas
- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación
- Dirimir las dificultades en el consenso del entendimiento del estándar
- Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de Mejoramiento
- Direcciona y monitorea cumplimiento de actividades del secretario de equipo.

#### Secretario:

##### Funciones:

- Llevar actas de reunión y listado de asistencia del equipo
- Unificar la redacción del informe de autoevaluación de los estándares
- Custodiar la evidencia que generen las actuaciones del equipo
- Recordar la asistencia a las reuniones de autoevaluación
- Consolidar la información del estándar y la evidencia de autoevaluación
- Cargar compromisos y seguimiento a los mismos al software de calidad

El resto de integrantes de cada equipo deberá ser colaborativo con las actividades propias del mismo y en la implementación de los planes de mejoramiento.

### **3. Equipo primario de mejoramiento**

**Objetivo:** Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

#### **Funciones:**

- Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares.
- Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares. Esto se verá reflejado en el cumplimiento de cada uno de ellos y en la gestión y avance de los estándares de mejoramiento de cada grupo de estándares.
- Realizar seguimiento a la implementación, estado de avance y apropiación en el equipo, de los lineamientos definidos en los programas asociados a cada eje de acreditación, definiendo las acciones de mejora pertinentes que fortalezcan la transformación cultural de la organización.
- Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación de cada grupo de estándares correspondiente.
- Realizar reuniones con una periodicidad máxima trimestral con los colaboradores de los servicios que representan, las reuniones se deben realizar acorde al cronograma establecido para tal fin.
- Presentar cronograma de actividades a desarrollar durante la anualidad en el mes de cada vigencia a la Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa con copia al líder de calidad.
- Aplicar evaluaciones a los colaboradores, sobre los temas socializados en las reuniones y entregar resultados con plan de mejora al líder de calidad.
- Realizar acta de cada reunión y cargar en el Software ALMERA, con tiempo máximo 3 días hábiles después de realizada la reunión.
- Presentar propuestas de mejoramiento en sus diferentes áreas, servicios y/o procesos, con escalonamiento a la Subgerencia respectiva.
- Hacer seguimiento a las tareas derivadas de cada reunión de equipo primario, con el respectivo cargue a plataforma de los compromisos pactados.

#### **Estructura:**

La estructura de los equipos primarios de mejoramiento será representada por los Líderes de cada servicio asistencial y en algunos casos administrativos así:

#### **Equipos primarios de mejoramiento de Estándares de atención al cliente Asistencial (PACAS)**

Equipo Primario de Sedes integradas (Santa Rosa y Sativasur)  
Equipo Primario de Urgencias  
Equipo Primario de Urgencias Ruta Respiratoria  
Equipo Primario de Hospitalización – B1  
Equipo Primario de Salas de partos y C2  
Equipo Primario de Hospitalización – A1  
Equipo Primario de Hospitalización – A2  
Equipo Primario de Hospitalización – B2  
Equipo Primario de Hospitalización – C3  
Equipo Primario de Unidad de Cuidado Intensivo Adultos  
Equipo Primario de Salas de Cirugía



Equipo Primario de Central de Reprocesamiento  
Equipo Primario de Consulta Externa  
Equipo Primario de Gestión de la atención en imágenes diagnósticas  
Equipo Primario de Laboratorio Clínico  
Equipo Primario de Farmacia  
Equipo Primario de Coordinadores de Enfermería  
Equipo Primario de Medicina General Urgencias y Ayudantía quirúrgica  
Equipo Primario Medicina General hospitalización, UCI y Santa Rosa  
Equipo primario Torre de Control y personal de traslado intrahospitalario  
Equipo Primario Referencia, Contrarreferencia, traslado asistencial básico y traslado asistencial medicalizado  
Equipo Primario Unidades de traslado asistencial  
Equipo Primario de Admisiones y autorizaciones  
Equipo Primario de Gestión del Conocimiento, Investigación, Innovación y docencia servicio  
Equipo Primario de Practicas de Internado

Para los equipos primarios de mejoramiento la o el jefe y secretario asignado corresponde al coordinador del servicio y/o proceso. Para los servicios de hospitalización, serán las jefes de enfermería coordinadoras de servicio bajo acompañamiento de Líder de Internación. El contenido mínimo a desarrollar en los equipos primarios se relaciona en el Procedimiento para ejecución de Equipos Primarios de Mejoramiento Institucional.

### **Equipos primarios de mejoramiento de Estándares de Apoyo**

Este equipo apoya la ejecución de actividades del equipo de autoevaluación de Direccionamiento y Gerencia, Gerencia del Talento Humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología y gerencia de la información y se realiza a través de la ejecución de los siguientes equipos primarios:

#### **Equipos primarios:**

- Equipo primario humanización
- Equipo primario calidad
- Equipo primario gestión del talento humano
- Equipo primario gestión financiera
- Equipo primario gestión jurídica y contractual
- Equipo primario gestión de recursos físicos: Equipo mantenimiento de la infraestructura
- Equipo primario gestión de la tecnología biomédica
- Equipo primario gerencia de la información
- Equipo primario facturación, preauditoria y cartera

**ARTÍCULO SEXTO: REUNIONES DE LOS EQUIPOS:** Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad para la acreditación de la E.S.E Hospital Regional de Duitama se reunirán con una periodicidad mínima trimestral, las reuniones de carácter extraordinario del Comité podrán ser convocadas cuando las circunstancias así lo ameriten, con la anticipación que se estime conveniente, por iniciativa de cualquiera de sus integrantes.

A las reuniones convocadas se adjuntará la documentación pertinente de acuerdo con la agenda propuesta. Todo lo tratado en las sesiones del Comité constará en actas.

Para dar inicio a la fase de autoevaluación de los estándares, el equipo de autoevaluación debe garantizar reuniones semanales hasta obtener el producto.

**PARÁGRAFO 1º:** Las reuniones sólo se aplazarán ante la eventualidad de que al menos la mitad de los miembros del Comité notifiquen al líder por escrito y con razones justificadas, con al menos dos (2) días hábiles de anticipación, la imposibilidad para asistir a la reunión programada.

**ARTÍCULO SÉPTIMO: RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS:** Los miembros del Comité deberán, como mínimo:

- Asistir a las reuniones convocadas.
- Mantener la confidencialidad de la información revisada y discutida en el Comité
- Participar en las actividades del proceso de mejora continua de la calidad en la atención y ética en el desempeño
- Realizar actividades operativas para garantizar que las unidades cumplan con las recomendaciones emitidas.
- Apoyar a la supervisión del cumplimiento de las recomendaciones realizadas
- Reportar los resultados obtenidos a la Gerencia mediante el líder del proceso, la socialización se realizará a través de los Comités establecidos para tal fin.
- Garantizar la medición sistemática con estándares de Acreditación mediante el acompañamiento técnico a los líderes de los grupos de estándares en el establecimiento de la brecha entre la calidad esperada y la observada, asesorar la calificación del estándar contemplando el desarrollo en el enfoque, implementación y resultado, el levantamiento de los planes de mejoramiento continuo, su seguimiento y cierre de ciclo.

**ARTÍCULO OCTAVO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

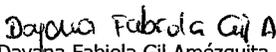
Dada en Duitama a los nueve (9) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025).

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

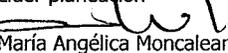


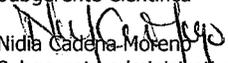
**JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ**

Gerente

Proyectó:   
Dayana Fabiola Gil Amézquita  
Líder Gestión de calidad

Revisó:   
Alba Constanza Hernández  
Líder planeación

Aprobó:   
María Angélica Moncaleano Cifuentes  
Subgerente Científica

Aprobó:   
Nidia Cadena Moreno  
Subgerente administrativa y financiera