

---

**RESOLUCIÓN No 179**  
**(17/12/2024)**

Por medio del cual se conforma el **Comité Ampliado de acreditación** que garantice el seguimiento, análisis y estandarización del mejoramiento continuo de la calidad en la ESE Hospital Regional de Duitama a través del Sistema Único de Acreditación.

**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 según el **Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 Regula el Sistema Obligatorio de Garantía de la 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. Las acciones que se desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

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 en concordancia con el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG**, se considera que se deben implementar la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos como parte de la Dimensión de Gestión con Valores para Resultados; la cual se alinea con los siguientes objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión: Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos; facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.





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, en mérito de lo anteriormente expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO: OBJETO:** Conformar el Comité Ampliado de Acreditación, el cual permita estandarizar y realizar el seguimiento al Mejoramiento 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: CONFORMAR Y REGLAMENTAR EL COMITÉ.**

El comité estará conformado por un equipo multidisciplinario permanentes con representación asistencial y administrativa así:

No	CARGO	ROL
1	Gerente: Líder equipo de autoevaluación Direccionamiento y Gerencia	Presidente
2	Subgerente Científico: Líder equipo de autoevaluación cliente asistencial (PACAS)	Integrante
3	Subgerente Administrativo y financiero	Integrante
4	Líder Gestión de Calidad: Líder Eje de acreditación mejoramiento continuo	Secretario
5	Líder humanización y experiencia del usuario: Líder Eje de acreditación Humanización de la atención y atención centrada en la persona y su familia	Integrante
6	Líder programa seguridad del paciente: Líder Eje de acreditación Seguridad del paciente	Integrante
7	Líder humanización y experiencia del usuario: Líder Eje de acreditación Gestión de la Tecnología - Líder equipo de autoevaluación Gestión de la Tecnología	Integrante
8	Líder planeación: Líder Eje de acreditación Enfoque y Gestión del riesgo	Integrante
9	Líder Eje de acreditación Transformación cultural	Integrante
10	Líder Eje de acreditación responsabilidad social	Integrante
11	Líder equipo de autoevaluación Gerencia del Talento Humano	Integrante
12	Líder equipo de autoevaluación Gerencia del Ambiente físico	Integrante
13	Líder equipo de autoevaluación Gerencia de la Información	Integrante



**ACTO ADMINISTRATIVO**



14	Líder Gestión de la Relación Docencia Servicio: Líder de estrategia Hospital Universitario.	Integrante
15	Líder de gestión del conocimiento investigación e innovación	Invitado
16	Profesional de apoyo programa gestión del conocimiento investigación e innovación.	Invitado
17	Líder de Habilitación	Invitado
18	Líder de excelencia operacional	Invitado
19	Líder de Seguridad al Paciente	Invitado
20	Líder de Sedes Integradas	Invitado
21	Líder de Consulta Externa Especializada	Invitado
22	Líder gestión de la atención en Hospitalización	Invitado
23	Líder unidad de cuidados intensivos adulto	Invitado
24	Líder Gestión de la atención Quirúrgica	Invitado
25	Líder de Enfermería	Invitado
26	Líder de Prestación de servicios	Invitado
27	Asesor de prestación de servicios y gestión clínica	Invitado
28	Referente Programa de adopción e implementación de Guías de Práctica Clínica	Invitado
29	Líder de Rehabilitación	Invitado
30	Líder de Torre de Control	Invitado
31	Líder de clínica de piel, heridas y ostomías	Invitado
32	Líder atención inmediata de Urgencias	Invitado
33	Líder Referencia y Contrarreferencia	Invitado
34	Líder de Imágenes diagnosticas	Invitado
35	Líder de Laboratorio Clínico	Invitado
36	Líder servicio farmacéutico	Invitado
37	Líder gestión en salud publica	Invitado
38	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	Invitado
39	Líder de Cartera	Invitado
40	Líder Gestión financiera	Invitado
41	Líder de Mercadeo	Invitado
42	Líder de Facturación	Invitado
43	Líder tesorería	Invitado
44	Líder Presupuesto	Invitado
45	Líder Costos	Invitado
46	Líder Auditoria de cuentas medicas	Invitado
47	Líder de Tecnologías de Información	Invitado
48	Líder Gestión Ambiental	Invitado





49	Líder Interdependencia de servicios de apoyo	Invitado
50	Líder de Contratación	Invitado
51	Líder del área Jurídica	Invitado
52	Líder de Gestión de Comunicaciones	Invitado
53	Profesional de apoyo Gestión de comunicaciones	Invitado
54	Representante de empresa temporal responsable del envío del personal en misión asistencial	Invitado
55	Coordinador Medicina General hospitalización, UCI y Santa Rosa	Invitado
56	Coordinador Medicina General Urgencias y Ayudantía quirúrgica	Invitado
57	Coordinador especialidad Cirugía general	Invitado
58	Coordinador especialidad Ortopedia	Invitado
59	Coordinador especialidad Ginecoobstetricia	Invitado
60	Coordinador especialidad Pediatría	Invitado
61	Coordinador especialidad Anestesiología	Invitado
62	Coordinador especialidad Medicina interna	Invitado
63	Coordinador especialidad Emergenciología	Invitado
64	Coordinadores de enfermería por servicio	Invitado
65	Asesor de Control Interno	Invitado

**PARAGRAFO 1:** Invitados: Concurrirán como invitados los colaboradores que sean requeridos según el tema a tratar

**ARTICULO TERCERO: QUORUM:** el comité puede instalarse y deliberar con la mitad más uno de sus integrantes, en todo caso, las determinaciones se deberán aprobar con la mitad más uno de los participantes activos en la reunión, siempre y cuando tengan derechos a voz y voto, en tanto los invitados solo tendrán derecho a voz, mas no a voto.

**ARTICULO CUARTO: FUNCIONES DEL COMITÉ:**

- a) Apoyar la gestión de mejoramiento desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas).
- b) Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad, identificando el avance por cada grupo de autoevaluación.
- c) Realizar seguimiento a la implementación de los programas asociados a los ejes de acreditación, indicadores, logros y retos de forma periódica.
- d) Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional.
- e) Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento.
- f) Responder por los resultados de la implementación del Plan de Mejora definido a través del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
- g) Reportar resultados de la gestión al Gerente de la E.S.E Hospital Regional de Duitama y la organización en general a través del reporte de avance a líderes, coordinadores y referentes de áreas, servicios y programas.





**PARAGRAFO 2:** El comité deberá hacer seguimiento a las tareas resultantes de la reunión anterior, mediante seguimiento a la ejecución de las actividades y compromisos adquiridos, para lo cual debe establecer tiempos y responsables.

El Comité ampliado de acreditación operará bajo los siguientes parámetros:

**Periodicidad de las reuniones.** Las reuniones ordinarias se realizarán una vez cada dos meses. Podrán programarse reuniones extraordinarias previa concertación con el presidente del comité cuando fuere necesario.

**Citación:** Se reunirá por convocatoria que realice el presidente del Comité a través del secretario técnico.

Agenda de la reunión: La agenda de la reunión deberá contener:

- Verificación de asistencia de los integrantes e invitados.
- Lectura y aprobación del acta anterior.
- Temas específicos a tratar.
  1. Presentación del desempeño de indicadores y avances en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en el equipo de Cliente asistencial: Líder equipo de autoevaluación cliente asistencial.
  2. Presentación del desempeño de indicadores y avances en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en el equipo de Direccionamiento y gerencia: Líder planeación institucional.
  3. Presentación del desempeño de indicadores y avances en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en el equipo de Gerencia del talento humano: Líder talento humano.
  4. Presentación del desempeño de indicadores y avances en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en el equipo de Gerencia del ambiente físico: Líder equipo ambiente físico.
  5. Presentación del desempeño de indicadores y avances en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en el equipo de Gestión de la tecnología: Líder Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial
  6. Presentación del desempeño de indicadores y avances en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en el equipo de Gerencia de la información: Líder tecnologías de la información.
  7. Presentación del análisis global del mejoramiento continuo de la calidad: Líder gestión de calidad.
  8. Avances en el fortalecimiento del eje de acreditación humanización y atención centrada en la persona: Líder Humanización y experiencia del usuario.
  9. Avances en el fortalecimiento del eje de acreditación de seguridad del paciente – Líder programa seguridad del paciente.
  10. Avances en el fortalecimiento del eje de acreditación de transformación cultural – Líder programa transformación cultural.
  11. Avances en el fortalecimiento del eje de acreditación de responsabilidad social – Líder programa responsabilidad social y sostenibilidad.
  12. Avances en el fortalecimiento del eje de acreditación enfoque y gestión del riesgo – Líder planeación institucional.
- Proposiciones y varios.

**Preparación del temario:** De acuerdo con la agenda de la reunión, los integrantes del comité y los invitados serán responsables de preparar los temas que les correspondan y soportarlos (documentos





impresos y/o magnéticos), los cuales harán parte del archivo documental del comité. Las presentaciones deberán enviarse al secretario y presidente del comité 24 horas previas a la realización del mismo por parte de los responsables.

**Asistencia:** La asistencia a la reunión, tanto para los integrantes del comité, como para los invitados será obligatoria.

**Desarrollo de la reunión:** Las reuniones se desarrollarán en el día, hora y lugar establecidos y de acuerdo con la agenda programada, tratando de optimizar el tiempo establecido. Si por alguna circunstancia se debe suspender la reunión, se concertará y reprogramará una fecha de continuación.

**Acta de reunión:** De cada reunión se suscribirá un acta donde conste la verificación de la asistencia, la evaluación de los compromisos, el desarrollo de los temas de la agenda y las decisiones implementadas por el Comité. Así mismo se determinarán compromisos en la reunión. El secretario técnico del comité será el responsable de la elaboración de las actas y la custodia de las mismas estará a cargo de la Subgerencia Científica.

**ARTÍCULO QUINTO: SECRETARÍA:** la secretaria será ejercida por el Líder de gestión de calidad, quien tiene como responsabilidad elaborar las actas, y entregarlas a la Subgerencia Científica para archivarlas una vez aprobadas.

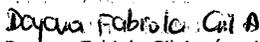
**ARTÍCULO SEXTO:** La presente resolución rige a partir de su fecha de expedición y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Duitama a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro (2024).

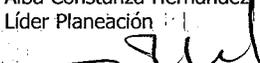
**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

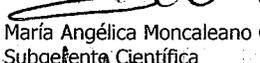
**JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ**

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

