

## RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA No 009 DE 2025

(Enero 27)

**“POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CREACION DE LOS COMITÉS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN ESE HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE - HUILA Y SE REGLAMENTA EL MACRO COMITÉ ESTRATEGICO INSTITUCIONAL EN SALUD QUE CONTIENE LOS COMITES INSTITUCIONALES DE LA E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA”**

**EL GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA, en uso de sus facultades legales y estatutarias y**

### CONSIDERANDO QUE:

En ejercicios de las facultades legales establecidas en el artículo No 194 de la ley 100 de 1993, y de la constitución Política de Colombia y demás normas concordantes y,

Que la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA es una entidad pública descentralizada de la orden municipal dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1.993, que tiene como objeto la prestación de servicios de salud.

Que la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA es una institución pública Prestadora de Servicios de Salud dotada de personería jurídica patrimonio propio y autonomía administrativa.

Que la Resolución 3100 de 2019 MSPS, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y establece los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud. Esto implica que las ESE deben cumplir con estándares de calidad y seguridad en la prestación de sus servicios.

Que el artículo 2.5.1.4.1 del Decreto 780 de 2016 establece que los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares del sistema único de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

Que el Decreto 1011 de 2006, define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, está orientado a mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Teniendo en cuenta los componentes del SOGCS que son:

- El Sistema Único de Habilitación
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- El Sistema Único de Acreditación
- El sistema de información para la calidad

Que el Decreto 4747 de 2007, en su Art. 3, literal d, define que el Modelo de atención comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Que la Resolución 2082 de 2014; artículo 6 parágrafo: Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud de carácter público deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación, utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación, adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el Decreto 780 de 2016 establece en el Artículo 2.5.1.4.6 los Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Que la circular Externa 000012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Que la resolución 5095 del 19 de noviembre de 2018, adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1; define los estándares de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Que la resolución 1328 del 2021 por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la resolución 5095 del 2018, en el sentido de adoptar los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad".

Que la Resolución 0256 de 2016, Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Los comités institucionales, especialmente aquellos enfocados en la calidad y la seguridad del paciente, utilizan estos indicadores para evaluar el desempeño de la institución.

Que El Plan de Gestión de la ESE Hospital del Rosario es una herramienta que permitirá la evaluación del desempeño, basado en los tres grupos de indicadores de gestión preestablecidos por la Resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018: Dirección y Gerencia 20%, Financiera y Administrativa 40% y Gestión Clínica o Asistencial 40%.

Que las responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud y Las competencias establecidas en el decreto 3039 de 2007, corresponde a las Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, frente al Plan Nacional de Salud Pública, asumir las siguientes responsabilidades: 1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Pública. 2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS. Decreto 1011 de 2006. 3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos. 4. Generación de la información requerida por el sistema de información de salud. 5. Participar en la adopción e implementación del programa de vigilancia en salud pública, Teniendo en cuenta los aspectos técnicos, jurídicos, normativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y las políticas trazadas en la E.S.E

Que los comités son equipos interfuncionales que tienen la responsabilidad directa de contribuir a que la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA preste servicios con calidad y se establezcan acciones para garantizar el goce efectivo de los derechos de los usuarios y su familia, los diferentes comités se constituirán en órganos asesores del nivel de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y de Gestión Clínica o Asistencial y harán partes integral del modelo integrado de planeación y gestión del desempeño, Sistema de gestión de la calidad y del programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud dentro del sistema general de seguridad social.

Que el Decreto 1757 de 1994, compilado en los artículos 2.10.1.1.1 del Decreto 780 de 2016, reglamenta las modalidades de participación social de la prestación de los servicios de salud se crea la oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario, que debe contar con una línea telefónica abierta las 24 horas y garantizar el recurso necesario para atender, sistematizar y canalizar los requerimientos e implementará el sistema de información y control de la calidad basado en la atención al usuario.

Que los comités de ética hospitalaria están consagrados en los artículos 2.10.1.1.14 y 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016.

Que la Resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de salud establece las normas para el manejo de las historias clínicas en el territorio nacional, estableciendo además las funciones y los integrantes de los comités de historia clínica de las instituciones prestadoras de servicios de

salud de acuerdo con los parámetros establecidos por el archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 1997 los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas procedimentales, medio ambiente y materiales propias para tal fin.

Que la Ley 1438 de 2011 establece en el Parágrafo transitorio del Artículo 112 La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de Diciembre del año 2013, Que la Ley 09 de 1979 en su Título VIII, Artículo 492 contempla la obligación de crear el Comité nacional de emergencias y desastres y que la Ley N. 1016 de 1989 expedida por el Ministerio de Salud establece que toda empresa debe organizar y desarrollar un plan de emergencias para la prevención y atención de desastres.

Que conforme a la Resolución 1802 de 1989 se crea la figura de los comités hospitalarios de emergencia y se asigna la responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los Planes hospitalarios de emergencia.

Que el Decreto 3518 de 2006 (compilado en los artículos 2.8.8.1.1.1 del Decreto 780 de 2016) crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en todo el territorio nacional y obliga su cumplimiento a todas las Instituciones Prestadoras de Salud e integrantes de Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre y cuando se deriven problemas de salud pública producto de las actividades que realicen.

Que la Ley 1122 de 2006 establece disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Decreto 412 de 1992 (compilado en los artículos 2.5.3.2.1 del Decreto 780 de 2016) reglamenta parcialmente los servicios de urgencias.

Que el Artículo 166 Capítulo III de la Ley 100 de 1993 incluye la atención materna infantil dentro del plan de beneficios.

Que en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 del Ministerio de salud y protección social (compilado en los artículos 2.5.3.10.1 del Decreto 780 de 2016) en el que se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones en su artículo 22 (hoy, artículo 2.5.3.10.24 del Decreto 780 de 2016) se formula las funciones y conformación del comité de farmacia y terapéutica.

Que la Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social determina el modelo de gestión del servicio farmacéutico, se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones, en su Capítulo II reglamenta el comité de farmacia y terapéutica.

Que la Resolución 207 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el "Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos de Colombia Versión 2.0".

Que el Decreto 1011 de 2006 emanado del Ministerio de salud “por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud” (compilado en los artículos 2.5.1.1.1 del Decreto 780 de 2016) determina la obligatoriedad de las entidades prestadoras de servicios de salud de contar con manuales, procedimientos dentro de sus sistemas de garantía de calidad y acreditación de servicios.

Que el artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, el SOGC deberá cumplir con las siguientes características:

- a) **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social en salud.
- b) **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- c) **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- d) **Pertinencia:** Es el grado en que los usuarios obtienen los servicios, que requieren con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- e) **Continuidad:** Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Que de conformidad a la RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación

Que el artículo 115 de la Ley 2220 de 2022, prevé que “Las normas sobre Comités de Conciliación contenidas en la presente ley son de obligatorio cumplimiento para las entidades de derecho público, los organismos públicos del orden nacional, departamental, distrital, los municipios que sean capital de departamento y los entes descentralizados de estos mismos niveles”. Y agrega: “PARÁGRAFO 1o. Las entidades de derecho público de los demás órdenes podrán conformar Comités de Conciliación. De hacerlo se regirán por lo dispuesto en el presente capítulo”.

Que Decreto Ley 2811 de 1974 y las Leyes 9 de 1979 y 1252 de 2008, reglamentan todo lo concerniente al tema de gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, que debe ser creado e implementado al interior de las instituciones prestadoras de salud a humanos y/o animales.

Que según las normas que regulan la materia, tanto a las personas naturales como jurídicas que

presten servicios de salud a humanos y/o animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y/o dispongan finalmente los residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones, deben implementar a su interior un comité que planee e implemente articuladamente todas y cada una de las actividades realizadas al interior de la empresa, sobre residuos hospitalarios.

Que el comité de Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares debe cumplir su función ajustándose a los lineamientos legales que los concibieron, para lo cual se deberán armonizar juiciosamente, con el mecanismo interno de adopción y con el cumplimiento de sus tareas, buscando la optimización del tiempo, el talento humano y la obtención de metas institucionales que generen orden y calidad en la prestación del servicio.

Que la Resolución 591 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades, estableciendo lineamientos importantes para el manejo de estos residuos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Que el decreto 1876 de 1994, artículo 23, determina que las empresas sociales del estado deben elaborar un plan de seguridad integral hospitalaria, que garantice la prestación de los servicios de salud en caso de situaciones de emergencia y desastres, de acuerdo con la normatividad existente sobre la materia.

Que la resolución 1802 de 1989 establece los lineamientos "por la cual se conforman los comités hospitalarios de emergencia y se asigna la responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los planes hospitalarios de emergencia"

Que la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA tiene como necesidad funcionar bajo los parámetros de su plataforma estratégica, plan de gestión y su plan de desarrollo, lo cual demanda coherencia, economía y aprovechamiento de los recursos puestos a su disposición para ofrecer servicios de salud en términos de oportunidad, calidad y eficiencia lo cual exige agrupar las actividades de los diferentes comités.

Que con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud, es indispensable optimizar el desempeño institucional y la eficacia en la gestión administrativa, financiera y asistencial, es indispensable que los comités o cuerpos colegiados tengan un funcionamiento activo en cumplimiento de sus competencias, objetivos y fines pertinentes en la institución, y en razón a que los integrantes de cada uno de los comités deben dar cumplimiento normativo, se requiere dar agilidad y eficiencia a la operativización y funcionamiento de los mismos.

Que en virtud que el gerente está vinculado a cada uno de los comités institucionales como representante legal de la ESE y toma decisiones de conformidad a las recomendaciones dadas

por cada uno de los comités o cuerpos colegiados, es necesario identificar los referentes y coordinadores operativos para garantizar el funcionamiento de los comités institucionales en un macro comité estratégico, sin perjuicio que cada uno cumpla con las funciones estipuladas de conformidad al cumplimiento de la normatividad legal vigente para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

Que, para asegurar la optimización, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos de la E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE - HUILA, y en coherencia con su misión, visión y el cumplimiento normativo como Institución pública prestadora de servicios de salud, se agrupan las actividades de los diferentes comités, los cuales actuarán como órgano consultivo y asesor de la gerencia

Que, por lo anteriormente expuesto,

## RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO:** Créase el Macro Comité Estratégico Institucional en salud de la E.S.E. Hospital del Rosario del municipio de Campoalegre-Huila, en adelante el "Macro Comité", como un órgano colegiado de carácter estratégico, encargado de integrar, coordinar y articular todos los comités institucionales existentes en la entidad, establecidos mediante el presente acto administrativo o aquellos que se creen en el futuro. El Macro Comité tendrá como objetivo principal asegurar la eficacia y eficiencia en el seguimiento, monitoreo, ejecución y evaluación de los indicadores de gestión institucional, en concordancia con los lineamientos y directrices emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Macro Comité se constituirá como una herramienta fundamental para la toma de decisiones estratégicas, la optimización de los recursos y la mejora continua de la calidad de los servicios de salud prestados por la E.S.E. Hospital del Rosario.

**ARTÍCULO 2. SEGUNDO:** El macro comité es un órgano de asesoría, articulación y ejecución a nivel institucional, de las actividades, acciones, estrategias, planes, políticas y programas para el desempeño e implementación, desarrollo, seguimiento y evaluación de indicadores, objetivos y metas institucionales.

**ARTÍCULO 3. TERCERO: INTEGRACIÓN DEL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL EN SALUD:** El Macro Comité Estratégico Institucional en Salud de la E.S.E. Hospital del Rosario estará integrado por los siguientes miembros, con voz y voto:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Subgerente administrativa y financiera
4. Líder del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
5. Coordinador del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG
6. Coordinador de seguridad del paciente y Apoyo a calidad

7. Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, estadísticas vitales y PAI
8. Auditor Medico de calidad
9. Coordinador Medico del servicio de urgencias
10. Coordinador de Sistemas de Información
11. Director técnico de servicios farmacéuticos
12. Coordinador de Odontología
13. Coordinador de Laboratorio clínico y apoyo diagnostico
14. Enfermeros de Urgencias- Hospitalización – sala de partos
15. Profesional de Psicología
16. Coordinador de Rutas de Promoción y mantenimiento de la salud
17. Coordinador de la Ruta Cardio cerebrovascular
18. Coordinador de la Ruta Sexual y Reproductiva
19. Líder IAMI
20. Coordinador de Facturación
21. Coordinador de Cuentas Medicas
22. Coordinador de SIAU
23. Coordinador de Gestión Documental
24. Coordinador de Talento Humano
25. Coordinador de recursos físicos y almacén.
26. Coordinador de Gestión Ambiental
27. Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

## OBJETIVO

Establecer y estandarizar los procedimientos y responsabilidades para la preparación y desarrollo efectivo del Macro Comité Estratégico Institucional de la E.S.E. Hospital del Rosario, en estricto cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 0966 de 2016 y demás normatividad aplicable, garantizando así la eficiencia, transparencia y trazabilidad de las orientaciones y acciones del Macro Comité para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) con el fin de generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud desde un enfoque Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

## ALCANCE:

Inicia con la identificación de los temas a ser priorizados para incluir en la agenda, continúa con las actividades logísticas para la convocatoria y desarrollo del Macro Comité Estratégico institucional y finaliza con los productos del comité y el seguimiento a los compromisos.

**PERIODICIDAD:** El Macro Comité Estratégico Institucional se reunirá una vez (1) al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias lo requieran, para lo cual deberán ser convocados con anterioridad.

**ARTICULO CUARTO: CREAR EL COMITÉ DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD - HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de SOGC Calidad, Humanización y Seguridad del Paciente de la ESE Hospital del Rosario	Asesor del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el comité del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - Humanización y Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital del Rosario del municipio de Campoalegre - Huila estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Subgerente administrativa y financiera
4. Coordinador de Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
5. Coordinador del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG
6. Coordinador de seguridad del paciente y apoyo al área de Calidad.
7. Coordinador de SIAU
8. Auditor Medico de Calidad
9. Coordinador Medico del servicio de urgencias
10. Coordinador de Rutas de Promoción y mantenimiento de la salud
11. Coordinador de la Ruta Cardio cerebrovascular
12. Coordinador de la Ruta Sexual y Reproductiva
13. Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, estadísticas vitales y PAI
14. Coordinador de Odontología
15. Líder IAMI
16. Director técnico de servicios farmacéuticos
17. Coordinador de Laboratorio clínico y apoyo diagnóstico
18. Enfermeros servicio de Urgencias, Hospitalización y sala de partos.
19. Psicología
20. Coordinador de Gestión Documental
21. Coordinador de Sistemas de Información
22. Coordinador de Talento Humano
23. Coordinador de Facturación
24. Coordinador de Cuentas Medicas
25. Coordinador de recursos físicos y almacén.
26. Coordinador de Gestión Ambiental
27. Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

**Objetivo del Comité:** Evaluar la calidad de la prestación de servicios de salud en la ESE Hospital del Rosario, mediante el seguimiento y monitoreo de los indicadores de calidad, identificando oportunidades de mejoramiento relacionadas con la falta de calidad de la atención, humanización y seguridad del paciente, con el fin de asesorar y generar planes de mejora continua y compromisos en el desarrollo de acciones, actividades y estrategias para garantizar el cumplimiento, implementación y evaluación de los estándares de acreditación, PAMEC, Política de humanización y la Política de Seguridad del Paciente.

### Funciones del Comité:

- Asesorar a la Gerencia en los aspectos técnicos, científicos, de calidad y administrativos En la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Colaborar con la Gerencia en la solución de problemas normativos y administrativos de las diferentes unidades y áreas a fin de lograr el desarrollo armónico de los programas con calidad, humanización y seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud.
- Hacer seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC.
- Realizar seguimiento a las actividades de las diferentes dependencias, velando por su adecuada producción y gestión de calidad. Además, sugerir soluciones para superar las debilidades de las diferentes unidades funcionales y acciones que apoyen la toma de decisiones gerenciales de tal forma que se pueda garantizar el funcionamiento y la productividad de la institución.
- Establecer las estrategias tendientes a la implementación de los planes y programas de salud para lograr una coordinación efectiva de las mismas.
- Analizar y estudiar propuestas que propendan por el mejor funcionamiento de las diversas unidades y áreas funcionales de conformidad a los estándares de habilitación.
- Sugerir mejoras técnico científicas encaminadas a asegurar la óptima productividad y calidad en la atención desarrollada por los diferentes colaboradores de la institución.
- Promover el mantenimiento de un alto nivel científico y técnico en los profesionales que hacen parte de la Institución.
- Realizar seguimiento a los indicadores de calidad y gestión para el cumplimiento.
- Difundir y realizar seguimiento a la implementación de la política de seguridad del paciente y el cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente.
- Realizar seguimiento a la implementación de la política y el programa de humanización adoptado en la ESE.
- Servir de medio de integración y coordinación de las actividades de las diferentes dependencias, en el programa de capacitación y entrenamiento del personal en los temas de SOGC, Humanización, Seguridad del Paciente y los principales riesgos de la atención de la institución.
- Proponer las estrategias, acciones, planes, programas procedimientos encaminados a la gestión del riesgo, la medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos e

incidentes, que incluya la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan la ocurrencia de estos.

- Velar por la adherencia al reporte de eventos adversos Intra y Extraintitucionales e incidentes, creando un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- Velar por el desarrollo de una cultura de calidad, humanización y seguridad del paciente en la Institución.
- Coordinar la ejecución de campañas de divulgación y desarrollo del Programa de Humanización, para contribuir al fortalecimiento continuo de la ESE.
- Identificar las necesidades de Formación y Capacitación al talento humano en relación con la Humanización y articularlo con el Plan Institucional de Capacitación.
- Las demás que sean asignadas y correspondan a la naturaleza del Comité.

**ARTICULO QUINTO: CREAR EL COMITÉ DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de promoción y mantenimiento de la salud	Coordinador de promoción y mantenimiento de la salud	Mensual

**Conformación:** el Comité de Promoción y Mantenimiento de la Salud de la E.S.E Hospital Del Rosario del Municipio de Campoalegre- Huila estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Coordinador de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud.
4. Coordinador del S.O.G.C
5. Coordinador PAI
6. Líder ruta Salud Sexual y reproductiva.
7. Líder de la ruta de atención Materno Perinatal
8. Líder de la Ruta Cardio Cerebrovascular.
9. Líder de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud.
10. Coordinador de odontología.
11. Coordinador de Facturación
12. Auditor Medico de Calidad.

**Objetivo del Comité:** Realizar seguimiento a las Rutas Integrales de Atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud, RIAS para la población materno perinatal y la RIAS Cardio Cerebro Vascular y Metabólica, asesorar en su implementación para asegurar la calidad y la

integralidad de la atención integral y mejorar la calidad de la atención, y fortalecer la vigilancia al cumplimiento de los programas centrados en las estrategias a la atención primaria en salud y la gestión integral del riesgo de la población adscrita a la E.S.E además de las acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la modificación de comportamientos para el logro de estilos de vida saludable que permitan mejorar las condiciones de salud de los usuarios desde un enfoque predictivo y preventivo, centrados en la satisfacción del usuario y su familia.

### Funciones del Comité:

Serán funciones del comité de promoción y mantenimiento de la salud:

- Velar por la implementación y el cumplimiento de las guías de práctica clínica definidas por resolución de adopción contemplada en el marco del modelo de atención integral en salud.
- Velar por el cumplimiento de los programas acciones establecidas por la Resolución 3280 de 2018, de acuerdo con las metas presentes en las contrataciones actuales con las EPS.
- Establecer estrategias que permitan potenciar los servicios de Promoción y mantenimiento de la salud y concientizar a los beneficiarios de la importancia de los programas
- Establecer estrategias para garantizar transversalidad de la gestión integral del riesgo en salud individual, familiar y comunitaria a todos los programas y acciones ejecutadas de forma institucional.
- Proyectar planes de mejora en todos los procesos transversales a los programas de promoción y mantenimiento de la salud y de los grupos de riesgos definidos institucionalmente.
- Evaluar el progreso y las acciones dadas a nivel extramural en todos los puestos de salud operantes de la Empresa Social Del Estado Hospital Regional Centro, como estrategia clave para aumentar la captación y mejorar la adherencia de los pacientes, su familia y la comunidad.
- Velar por el cumplimiento de los planes de mejora establecidos en acuerdos y evaluaciones de las entidades territoriales de salud y EPS.
- Procurar las herramientas y gestiones necesarias para generar espacios de capacitación continua y actualización a todo el personal asistencial de la Empresa Social Del Estado Hospital Regional Centro.
- Evaluar y velar por el cumplimiento y adherencia a guías y procedimientos de manejo en todos los procesos y programas de promoción y mantenimiento para la salud, a fin de garantizar la debida atención y educación a la población a cargo de la Empresa Social Del Estado Hospital.
- Fortalecer las estrategias de impacto frente a procesos de educación para la salud al individuo, familia y comunidad como proceso transversal de la prestación de servicios de la institución.

- Velar por la aplicación del enfoque diferencial de forma transversal en la prestación del servicio, todo lo anterior en la población priorizada según dimensión 9 del PDSP: VCA, Gestantes, Primera infancia, PCD, vejez, pueblos étnicos y campesinos.
- Dar seguimiento a los indicadores definidos en el cumplimiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y de los grupos de riesgo establecidos.

**ARTICULO SEXTO: CREAR EL COMITÉ DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS, DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO. (IAAS Y PROA) E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Optimización del uso de antimicrobianos, de la ESE Hospital del Rosario. (IAAS Y PROA)	MEDICO AUDITOR DE CALIDAD	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Optimización del uso de antimicrobianos, De la ESE Hospital del Rosario. (IAAS Y PROA) de la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE-HUILA estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Coordinador Médico del servicio de urgencias
4. Auditor medico de calidad
5. Asesor del S.O.G.C
6. Coordinadora de Seguridad del Paciente y apoyo al área de Calidad
7. Director técnico de servicios farmacéuticos
8. Coordinador de Laboratorio Clínico
9. Enfermeros de urgencias, hospitalización y sala de partos
10. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
11. Líder Gestión Ambiental.

**OBJETIVO DEL COMITÉ:** A El Comité de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Optimización del Uso de Antimicrobianos de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario, cumplirá las siguientes funciones:

**FUNCIONES:**

El Comité de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Optimización del Uso de Antimicrobianos de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario, cumplirá las siguientes funciones:

- Asesorar a la institución en el componente técnico para la ejecución de las acciones establecidas en el marco del Programa de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS, RAM y frente a los lineamientos de la Optimización de Antimicrobianos.
- Asesorar en la formulación y aplicación de iniciativas institucionales de prevención y control de infecciones.
- Asesorar en la implementación y el seguimiento de la Política de Seguridad del Paciente y las diferentes normas relacionadas con las IAAS y RAM y hacer parte activa del componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- Realizar el análisis institucional frente al abordaje de las IAAS, de la RAM y el uso racional de antimicrobianos, y plantear las acciones necesarias para la intervención oportuna.
- Socializar de manera periódica el comportamiento de los brotes de infecciones en la institución y las acciones generadas para la contención.
- Participar en el desarrollo de acciones de formación continua del talento humano, incluyendo los temas establecidos en los programas de control de infecciones y en el programa de optimización de antimicrobianos, en los planes de capacitación institucional en el manejo de las IAAS y RAM, en la correcta aplicación del análisis de riesgo según las atenciones que requiera el paciente para fortalecer la capacidad clínica en el abordaje de control de infecciones en los establecimientos de salud, y en uso y prescripción adecuada de antibióticos, antisépticos y desinfectantes
- Apoyar la construcción de estrategias de seguimiento y monitoreo de la limpieza y desinfección del ambiente hospitalario y el cumplimiento de las medidas estándar y precauciones adicionales.
- Retroalimentar al personal de la institución frente a los resultados producto de las evaluaciones y seguimientos a los indicadores, para definir las acciones de mejora, y compromisos a que haya lugar.
- Realizar acciones de comunicación del riesgo tanto para el personal de la institución como para el paciente y su familia o cuidador orientadas a la prevención de las IAAS y RAM.
- Participar en la elaboración y desarrollo de un plan de acción anual, con objetivos, metas, actividades, responsables, indicadores de evaluación, cronograma de actividades y presupuesto para el fortalecimiento del Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS y Resistencia a los Antimicrobianos-RAM
- Analizar y asesorar en la definición de las acciones pertinentes derivadas de los hallazgos del informe anual sobre el desarrollo del Programa de Prevención, Control y Vigilancia de

IAAS y de las estrategias para la contención de la resistencia bacteriana y socializarlo a nivel institucional y territorial.

- Establecer planes de mejoramiento que garanticen la implementación de los Programas de Prevención y Control de IAAS y de RAM
- Verificar la implementación y avance de los planes de mejoramiento establecidos por el comité.
- Establecer programas de uso racional de antimicrobianos a nivel institucional basados en estrategias costo-efectivas y definidas por el nivel nacional.
- Contribuir, mediante alianzas estratégicas con los diferentes actores, al desarrollo de investigaciones relacionadas con la prevención, vigilancia epidemiológica, control, seguimiento y costos de las IAAS y la RAM.
- Apoyar la construcción de los informes solicitados por las secretarías de salud de los diferentes niveles territoriales o el nivel nacional.
- Apoyar la investigación epidemiológica, y recomendaciones de medidas oportunas de intervención de brotes de IAAS que puedan ser identificados al interior de la institución.
- Asesorar a los arquitectos e ingenieros en caso de remodelaciones, demoliciones construcciones, debido al riesgo de incremento del número de infecciones asociadas a la atención en salud por dichas obras.

**ARTICULO SEPTIMO: CREAR EL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - COVE Y ESTADÍSTICAS VITALES E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE y estadísticas vitales de la ESE	Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, estadísticas vitales.	Mensual

**CONFORMACIÓN:** El Comité de Vigilancia Epidemiológica Cove y Estadísticas Vitales de la E.S.E Hospital Del Rosario del Municipio de Campoalegre- Huila Estará Conformado Por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Coordinador Medico del servicio de urgencias
4. Auditor Medico de calidad
5. Coordinadora de Seguridad del Paciente y apoyo al área de calidad
6. Director técnico de servicios farmacéuticos
7. Asesor de S.O.G.C

8. Enfermeros de urgencias, hospitalización y sala de partos
9. Coordinador de laboratorio clínico

**OBJETIVO:** Realizar el análisis sobre los eventos específicos de salud sujetos a vigilancia en salud pública, que permitan identificar las causas de la morbilidad y mortalidad, con el fin de asesorar, orientar, diseñar e implementar estrategias de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

### **FUNCIONES:**

- Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y la Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en salud pública en sus procesos de atención.
- Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares que sean del caso y que sean de su competencia.
- Garantizar el cumplimiento de la Política de uso racional de manejo de antibióticos a nivel institucional.
- Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud, sujetos de vigilancia, de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Analizar y utilizar la información de vigilancia en salud pública para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de la población atendida.
- Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales, planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
- Hacer cumplir las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.
- Realizar seguimiento y análisis de las infecciones asociadas a la atención en salud que se presenten y generar las acciones de mejora que se requieran para la disminución de las mismas.
- Velar por el cumplimiento del protocolo de seguridad de paciente para la disminución de infecciones asociadas a la atención en salud.

- Realizar el seguimiento de la implementación y uso de los recursos para garantizar los procesos adecuados para disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Realizar seguimiento a los procesos de esterilización, uso y reuso de dispositivos médicos e infecciones que puedan estar asociadas a la atención en salud.
- Elaborar el Plan de Acción del Comité de acuerdo con los lineamientos establecidos al interior de la Institución.
- Analizar periódicamente los indicadores de gestión inherentes al manejo de los eventos de interés en salud pública y proponer acciones de mejoramiento.
- Asesorar al Gerente y a sus directivas en la implementación de nuevos procesos y procedimientos, referentes al manejo de los eventos de interés en salud pública.
- Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza del Comité.

**ARTICULO OCTAVO: CREAR EL COMITÉ ÉTICA HOSPITALARIA E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Ética Hospitalaria	Coordinador SIAU	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de Ética Hospitalaria de la E.S.E Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre- Huila estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Coordinador de SIAU
3. Coordinador Médico del servicio de urgencias
4. Asesor S.O.G.C
5. Representante de los profesionales de enfermería
6. Representante de los usuarios
7. Representante de la Comunidad

**OBJETIVO:** Promover el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios, propender por la humanización en la atención de pacientes, velar por la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios, analizar las (PQRSD) peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o denuncia

interpuestas por el cliente externo e interno, y evaluar los indicadores de satisfacción de los usuarios y establecer planes de mejoramiento que logren la calidad esperada en la prestación de servicios de salud.

## **FUNCIONES:**

El comité de Ética Hospitalaria de la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA, tendrá las siguientes funciones:

- Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y las dirigidos a construir una cultura del servidor público.
- Divulgar entre los funcionarios y comunidad de los servicios los derechos y deberes en salud
- Velar que cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna
- Proponer las medidas que mejoran la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preservar su menor costo y vigilar su cumplimiento
- Atender y canalizar las veedurías sobre la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud
- Verificar el seguimiento de la satisfacción de los usuarios y generar acciones de mejora
- Hacer seguimiento a la participación ciudadana dando fe de la ejecución de las actividades programadas.
- Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre la prestación de los servicios de la institución, por violación de los derechos y deberes de ciudadanos en salud
- Efectuar el seguimiento a las quejas y reclamos presentados por los usuarios que afectan el cumplimiento de los derechos de los usuarios en relación con los servicios que prestan la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE- HUILA.
- Coordinar con la Gerencia y demás servidores actividades que permitan lograr mayor eficiencia y eficacia.

**ARTICULO NOVENO: CREAR EL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital del Rosario.	Coordinadora de Seguridad del Paciente	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital del Rosario del municipio de Campoalegre – Huila estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Coordinador Medico del servicio de urgencias
4. Auditor medico de calidad
5. Coordinadora de Seguridad del Paciente y apoyo al área de calidad
6. Director técnico de servicios farmacéuticos
7. Asesor de SOGC
8. Coordinador de sistemas de Información
9. Coordinadora de Promoción y Mantenimiento de la Salud

**OBJETIVO:** Velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica, garantizar, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en La atención integral, manejo y cuidado del paciente, con el fin de que Los profesionales del área de la salud, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención del paciente, registren sus observaciones, notas, conceptos, decisiones, plan de manejo y resultados de las acciones e intervenciones en salud desarrolladas conforme a las guías de práctica clínica y las rutas integrales de atención en salud, y verificar los indicadores de adherencia de las historias clínicas, con el fin de establecer compromisos y oportunidades de mejora.

#### **FUNCIONES:**

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del Protocolo de Uso y Manejo de Historia Clínica en la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre.
- Elevar a la Dirección y al Comité recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la adecuada administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.
- Realizar auditoria a las historias clínicas; la que se realizará de manera mensual y de acuerdo con el porcentaje que se defina por parte del área Calidad de la Institución.
- Elaborar el Plan de Acción del Comité de acuerdo a los lineamientos establecidos al interior de la Institución.
- Analizar periódicamente los indicadores de gestión inherentes al manejo de la historia clínica y proponer acciones de mejoramiento.

- Emitir conceptos sobre el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas en caso de que lo requiera la Institución.
- Analizar y aprobar los nuevos formatos de los registros específicos de historia clínica y las recomendaciones a los existentes, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Promover las investigaciones pertinentes contra el profesional que omita el diligenciamiento correcto de las historias clínicas, conforme a las normas establecidas para tal fin.
- Asesorar al Gerente y a sus directivas en la implementación de nuevos procesos y procedimientos, referentes al manejo de la historia clínica institucional.
- Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza del Comité.

**ARTICULO DECIMO: CREAR EL COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, FARMACOVIGILANCIA, Y REACTIVO VIGILANCIA DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE.**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Farmacia y Terapéutica, farmacovigilancia, y reactivo vigilancia de la ESE Hospital del Rosario.	Director Técnico del servicio farmacéutico	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de Farmacia y Terapéutica, farmacovigilancia, y reactivo vigilancia de la ESE Hospital del Rosario estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Profesional administrativo y financiero
4. Coordinador Medico del servicio de urgencias
5. Auditor medico de calidad
6. Coordinadora de Seguridad del Paciente y apoyo al área de calidad
7. Director técnico de servicios farmacéuticos
8. Coordinador de laboratorio clínico.
9. Asesor del S.O.G.C
10. Coordinador de sistemas de Información

**OBJETIVO:** Realizar asesoría, monitoreo, evaluación y seguimiento a la gestión de los procesos de recepción, prescripción, dispensación, distribución, uso y control de medicamentos y dispositivos médicos.

## **FUNCIONES:**

- Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Institución, en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistema de distribución, uso y control; y establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de estas.
- Recomendar la solicitud de inclusión y/o exclusión de medicamentos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud ante el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, asesor del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Para tal efecto, deberá ceñirse al reglamento de funcionamiento de dicho Comité.
- Conceptuar sobre las guías de manejo para el tratamiento de las patologías más frecuentes en la Institución.
- Coordinar con el Comité de Infecciones o quien haga sus veces en la Institución, el impacto, seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales y la eficacia de la terapia farmacológica instaurada en los casos especiales, principalmente, la relacionada con el uso de antibióticos.
- Recolectar y analizar los datos enviados por los diferentes servicios de la Institución, sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos, incidentes, o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos, insumos, equipos biomédicos y reactivos de laboratorio clínico, e informar de los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y a las autoridades correspondientes.
- Velar por el cumplimiento del programa institucional de Farmacovigilancia, tecnovigilancia y Reactivo vigilancia.
- Velar por el cumplimiento de las metas establecidas con respecto a indicadores de gestión institucionales y de requerimiento de los entes de control, generar toma de decisiones frente a los resultados y seguimiento a las acciones de mejora que se planteen.
- Las demás asignadas por el Gerente de la E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO que tengan relación directa con el desarrollo de las políticas tratadas en la presente resolución.
- Establecer mecanismo de capacitación del programa institucional de Reactivo vigilancia a los profesionales involucrados en el uso de reactivos de diagnóstico In Vitro en los conocimientos y herramientas necesarias para el manejo de reactivos y la realización de los reportes de incidentes adversos a reactivos de diagnóstico In Vitro.
- Vigilar y controlar la correcta ejecución del Programa Institucional de Reactivo vigilancia.

- Generar los mecanismos para recolectar, evaluar y gestionar información sobre incidentes, eventos adversos o riesgos asociados a reactivos de diagnósticos In Vitro y adoptar medidas de prevención de incidentes control seguimiento a los casos detectados.
- Dar a conocer las actualizaciones que el INVIMA genere respecto a programa de Reactivo vigilancia.
- Registrar, analizar y gestionar todo incidente y evento adverso susceptible de ser causado por un reactivo de diagnóstico In Vitro.
- Presentar las alertas de reactivos In Vitro que el INVIMA publique.
- Garantizar la articulación del Programa de Reactivo vigilancia con la gestión de seguridad de los pacientes y los lineamientos del INVIMA.
- Establecer y aprobar los mecanismos de seguimiento y medición del Programa de Reactivo vigilancia.
- Notificar los incidentes y/o eventos adversos relacionados con reactivos de diagnóstico In Vitro ante los entes de control (INVIMA) con la periodicidad que la normatividad legal vigente establezca.
- Analizar los informes mensuales de incidentes y eventos adversos asociadas a los reactivos de diagnóstico In Vitro.
- Generar y aprobar los planes de mejoramiento cuando haya lugar, de los informes mensuales, reportes de incidentes y eventos adversos ocurridos, e informes en general, generados por los procesos de apoyo diagnóstico sobre reactivos.
- Identificar, evaluar, gestionar y divulgar información de seguridad relacionada con dispositivos médicos
- Tomar medidas para proteger la salud pública
- Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes
- Fortalecer la protección de la salud y la seguridad de los pacientes
- Identificar y cualificar efectos adversos serios e indeseados producidos por los dispositivos médicos
- Identificar los factores de riesgo asociados a estos efectos
- Reportar la ocurrencia de un incidente o evento adverso o la generación de una alerta internacional debe al Invima dentro de las 72 horas siguientes a la ocurrencia del hecho.
- Generar y aprobar los planes de mejoramiento cuando haya lugar, de los informes mensuales, reportes de incidentes y eventos adversos ocurridos, e informes en general, generados por los procesos de apoyo diagnóstico sobre reactivos

**ARTICULO UNDECIMO: CREAR EL COMITÉ DE IAMI DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE”:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de IAMI De la ESE Hospital del Rosario.	Coordinadora IAMI	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de IAMI de la ESE Hospital del Rosario estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial técnico-científico
3. Profesional Universitario del área Administrativa y Financiera
4. Un (a) representante de medicina Ruta Materno Perinatal
5. Un (a) representante de Enfermería Ruta Materno Perinatal
6. Coordinadora de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
7. Coordinador (a) del área de Calidad
8. Coordinadora de Seguridad del Paciente
9. Coordinadora IAMI
10. Un (a) representante de Enfermería de Urgencias
11. Coordinador (a) de Odontología
12. Coordinador (a) de Laboratorio clínico
13. Psicóloga
14. Coordinador del Área de Odontología.
15. Un representante de la Comunidad

**OBJETIVO:** Realizar seguimiento y monitoreo a la ejecución de la Política IAMI, como una estrategia gerencial que permita desarrollar acciones asistenciales y administrativas orientadas al mejoramiento de la calidad y humanización en la atención integral a la población materno infantil del Municipio de Campoalegre.

**FUNCIONES:**

- Evaluar los resultados en el desarrollo de la política IAMI
- Facilitar el proceso de implementación de la Estrategia IAMI
- Velar por el desarrollo y ejecución de la estrategia IAMI en la ESE según los lineamientos técnicos y operativos que se generen desde la Dirección local de salud, secretaria de salud departamental y el Ministerio de Salud.
- Implementar cada uno de los 10 pasos de la estrategia IAMI.

- Promover la calidad de la atención materna perinatal e infantil promoviendo el goce efectivo de sus derechos en salud en la ESE.
- Coordinar y articular la estrategia IIAMI con otros programas y estrategias transversales y complementarias como la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Ruta Materno perinatal, Prevención de VIH/SIDA y Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, entre otras.
- Coordinar y evaluar con el área de Talento Humano de la ESE la ejecución del plan de capacitación en IIAMI, incluyendo la red de apoyo, cliente interno y externo de la ESE.
- Adoptar la Estrategia como un proceso gerencial y desarrollar una acción administrativa, orientada al mejoramiento de la calidad de la atención, reducción de costos administrativos, mejoramiento del sistema de información, capacitación de todo el personal, buscando favorecer actitudes y prácticas que estimulen el acercamiento de los usuarios a la E.S.E.
- Asesorar en el diseño y divulgación de material educativo sobre la estrategia IIAMI, sobre los derechos de las mujeres, niños y niñas, roles maternos, paternos y de la familia en temas como la crianza de los hijos e hijas, importancia de la alimentación y nutrición en la primera infancia, infancia incluyendo la lactancia materna.
- Buscar la integración de los servicios prestados en la ESE de forma tal que en todos se promuevan las prácticas saludables en nutrición y salud materna e infantil, incluyendo la alimentación adecuada y la práctica de la lactancia materna.
- Verificar la autoevaluación del avance en la implementación de la Estrategia IIAMI en la ESE mediante el diligenciamiento de la herramienta de autoapreciación.
- Asesorar el diseño del plan de mejoramiento derivados del análisis del cumplimiento de indicadores, resultado e impacto que sean de pertinencia para sostener la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.
- Orientar las acciones de acompañamiento y seguimiento durante la prestación de los servicios para la implementación de los 10 pasos de la IIAMI.
- Realizar seguimiento y análisis mensual, y evaluación trimestral de los indicadores e implementación de la estrategia IIAMI y de la producción derivada de la atención Materna e infantil segura con calidad y humanización.

**ARTICULO DUODECIMO: CREAR EL COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIA DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE.**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité Hospitalario de Emergencia de la ESE Hospital del Rosario.	Coordinador de Salud y Seguridad en el Trabajo	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité Hospitalario de Emergencia de la ESE Hospital del Rosario estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Coordinador Médico
4. Coordinadora de Seguridad del Paciente y apoyo al área de calidad
5. Director técnico de servicios farmacéuticos
6. Asesora de S.O.G.C
7. Coordinador de sistemas de Información
8. Coordinadora de Promoción y Mantenimiento de la Salud
9. Coordinador de Talento Humano
10. Coordinador de recursos físicos y almacén.
11. Coordinador de Gestión Ambiental
12. Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

**OBJETIVO:** Cumplir y aplicar el PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS (PHE) según lo establecido en la ley 1562 de 2012, donde enuncia que todas las empresas e instituciones públicas o privadas, están obligas a implementar el plan de emergencias, teniendo en cuenta que es el documento diseñado para proporcionar un conjunto de acciones dirigidas a la adopción de procedimientos que se deben en cuenta para prevenir, controlar y facilitar respuestas rápidas y eficientes ante cualquier situación de emergencia y/o desastre que se presente o afecte a la ESE.

## **FUNCIONES:**

### **ANTES DE LA EMERGENCIA:**

- La elaboración, difusión, revisión periódica y actualización del PHE
- Coordinar y participar de las actividades de prevención en situaciones de emergencias
- Verificar que los integrantes de las Brigadas de emergencias y el personal en general sean capacitados.
- Proponer y supervisar que se realicen las acciones necesarias de gestión del riesgo de desastres al interior del centro asistencial.
- Apoyar la consolidación del PHE.
- Velar por que se realice el análisis de las amenazas internos y externas, así como de la vulnerabilidad funcional en el contexto hospitalario.
- Velar porque dentro del plan y la estrategia municipal de gestión del riesgo, se haya incluido el plan hospitalario para emergencias.
- Facilitar el enlace y coordinación del Hospital con el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Promover la conformación de la Brigada para Emergencias, con personal de las diferentes áreas, servicios, turnos y disponibles.

- Verificar la señalización de las instalaciones interna y externamente, para facilitar la identificación de las áreas, servicios, rutas de evacuación y en general la disposición funcional del hospital.
- Verificar las necesidades de insumos o suministros, estableciendo el período de autonomía del hospital con base en sus reservas de medicamentos, agua, combustible, equipos y alimentos.
- Determinar la capacidad del hospital para recibir y atender lesionados provenientes de la situación crítica.
- Liderar y conducir los procesos de evaluación posteriores a una situación de emergencia o desastre para retroalimentar el plan y sus preparativos.
- Elaborar boletines de prensa con información acerca de pacientes hospitalizados, remitidos o ambulatorios atendidos por el hospital durante la emergencia.
- Determinar el nivel de respuesta del hospital ante el evento adverso.
- Verificar la disponibilidad de recursos del hospital y determinar la necesidad de solicitar apoyo externo.
- Contar con plan de acción para las acciones de previsión, prevención y control de las amenazas, bajo los componentes de conocimiento y reducción del riesgo, y manejo de los desastres.
- Plantear objetivos para la disposición del personal de refuerzo por turnos y áreas críticas en caso de situaciones de emergencia.

## DURANTE LA EMERGENCIAS

- Activar la cadena de llamadas de los integrantes del comité de emergencias.
- Evaluar las condiciones y magnitud de la emergencia.
- Distribuir los diferentes recursos para la atención adecuada de las emergencias.
- Contactar grupos de apoyo externo en caso de ser necesario.
- Tomar decisiones en cuanto al tiempo de evacuación total o parcial de la institución.
- Decidir qué hará parte del Puesto de Mando Unificado por parte de la institución, el tiempo en el que este opere, en caso de presentarse una emergencia externa.
- Recoger toda la Información relacionada con la emergencia, direccionarla a subgerencia científica, para que así mismo ésta se dirija a la Gerencia, quien atenderá los medios de ser necesario.

## DESPUÉS DE LA EMERGENCIAS

- Evaluar el desarrollo de las diferentes actividades contempladas en el plan.
- Establecer o determinar los correctivos que sean necesarios.
- Comunicar o brindar declaraciones públicas de la institución, solo lo podrá hacer la Gerente o quien ella delegue.

**ARTICULO DECIMOTERCERO: CREAR EL COMITÉ DE VIOLENCIA SEXUAL DE LA ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE.**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Violencia Sexual de la ESE Hospital del Rosario.	Profesional de psicología	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de Violencia de la ESE Hospital del Rosario estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Profesional de Psicología
4. Coordinador Medico
5. Auditor Medico
6. Coordinadora de Seguridad del Paciente
7. Asesor del S.O.G.C
8. Líder de los servicios de atención inmediata.

**OBJETIVO:** promover, defender y garantizar los derechos de las personas que han sufrido cualquier forma de violencia, actuando como un espacio de representación, participación y articulación para asegurar su acceso a la justicia, la verdad, la reparación integral y las garantías de no repetición.

**FUNCIONES:**

- Realizar socialización de los eventos de salud mental:
  - ✓ Exponer casos atribuibles a cada evento:
  - ✓ Víctimas de violencia sexual
  - ✓ Víctimas de abuso sexual
  - ✓ Víctimas de asalto sexual
  - ✓ Víctimas del conflicto armado
  - ✓ Víctimas de ataque de agentes químicos
  - ✓ Víctimas de violencia de genero
- Promover la formación continua del personal en temas de atención a víctimas de violencia sexual.

- Articular acciones con otros comités y programas relacionados, como el comité de seguridad del paciente y el programa de humanización
- Proteger y mantener la confidencialidad de la información relacionada con los casos de violencia sexual.
- Realizar seguimiento a la adherencia del proceso de atención de las víctimas de violencia sexual acorde al soporte documental definido por la ESE.
- Coordinar con la secretaria de Salud Municipal para garantizar la implementación de la ruta integral de atención a víctimas de violencia sexual y de género.
- Revisar y actualizar la política institucional de atención a víctimas de violencia sexual.
- Establecer y aprobar el plan de acción anual del comité de violencia sexual.
- Diseñar e implementar estrategias para garantizar la atención integral y humanizada a las víctimas.
- Monitorear y evaluar los casos de violencia sexual atendidos en la institución, asegurado el cumplimiento de los protocolos establecidos.
- Establecer el adecuado seguimiento, protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas.
- Determinar el seguimiento y cierre de los eventos reportados.
- Identificar las falencias en los servicios de la institución en la ruta de atención integral de víctimas.
- Articular lineamientos y evidencia científica relacionados con la atención integral de víctimas.
- Las demás funciones asignadas y correspondan a la naturaleza del comité.

**ARTICULO DECIMOCUARTO: CREAR EL COMITÉ DEL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Plan Ampliado de Inmunización (PAI) de la ESE Hospital del Rosario.	Coordinador PAI	Mensual

**CONFORMACIÓN:** El Comité de Plan Ampliado de Inmunización (PAI) de la ESE Hospital del Rosario esta conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Asesor del S.O.G.C

4. Director técnico del servicio farmacéutico
5. Coordinador del Programa de seguridad del paciente y apoyo al área de calidad
6. Coordinador RIAS.
7. Coordinador PAI.

## OBJETIVO:

Adoptar los lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, garantizando la vigilancia, el desarrollo y la coordinación de las estrategias y acciones de vacunación dentro de la ESE Hospital del Rosario, con el fin de alcanzar y mantener coberturas de vacunación óptimas y así prevenir, controlar, eliminar o erradicar las enfermedades inmunoprevenibles en la población.

## FUNCIONES:

- Cumplir con los lineamientos del Ministerio de Salud (o entidad rectora equivalente).
- Planificar, organizar, ejecutar y evaluar las jornadas y estrategias de vacunación.
- Monitorear y analizar las coberturas de vacunación y la situación epidemiológica.
- Implementar acciones para mejorar el acceso y la oportunidad de la vacunación.
- Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para promover la vacunación.
- Gestionar los recursos necesarios para el funcionamiento del programa.
- Articular y coordinar acciones con las diferentes entidades de salud (EPS, IPS), la comunidad y otros sectores relevantes.
- Realizar seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento derivados de los procesos de auditoría interna y externa.
- Vigilar la calidad de los procesos de vacunación y la adecuada conservación de los biológicos.
- Realizar análisis de los posibles Eventos Adversos Atribuibles a la Vacunación o Inmunización.

**ARTICULO DECIMOQUINTO: CREAR EL COMITÉ DE URGENCIAS, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE:**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
Comité de Urgencias, Referencia y Contrareferencia de ESE Hospital del Rosario e Integrarlo al Macro Comité Estratégico Institucional de La ESE	Enfermero jefe del servicio de urgencias líder del Sistema de Referencia y Contra referencia.	Mensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité de Urgencias, Referencia y Contrareferencia de la ESE Hospital del Rosario de la ESE Hospital del Rosario estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Profesional universitario del área asistencial
3. Coordinador Medico del servicio de urgencias
4. Auditor medico de calidad
5. Coordinadora de Seguridad del Paciente
6. Asesor de S.O.G.C de calidad
7. Coordinador de urgencias, Referencia y Contrareferencia
8. Líder del Servicios T.A.B

**OBJETIVO:** Garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a los pacientes que requieren servicios de urgencias, así como asegurar la continuidad de su atención a través de procesos eficientes de referencia y contrareferencia dentro de la red de servicios de salud.

**FUNCIONES:**

- Asesorar la operación del sistema de referencia y contrareferencia en la ESE
- Realizar análisis a los informes de referencia y contra referencia de la ESE con el fin de evaluar acciones para mejorar dichos procesos a través del trabajo interinstitucional.
- Presentar a la administración informes periódicos de clasificación TRIAGE, así como los reingresos presentados en menos de 48 horas en la institución como herramienta de gestión para el cumplimiento de los indicadores de gestión de la administración.
- Hacer seguimiento a los indicadores y generar acciones de mejora según sea la necesidad
- Generar información relevante y útil a los equipos de atención y los estamentos administrativos relacionada con los análisis de la mortalidad y divulgarla a dichos niveles para apoyar el direccionamiento y el mejoramiento continuo institucional.

**ARTICULO DECIMOSEXTO: CREAR EL COMITÉ ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIO DE LA ESE HOSPITAL DEL ROSARIO E INTEGRARLO AL MACRO COMITÉ ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ESE.**

Nombre del comité Institucional	Responsable / secretaria técnica del Comité	Periodicidad de reunión
COMITÉ ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIO DE LA ESE HOSPITAL DEL ROSARIO.	Ingeniero ambiental	Bimensual

**CONFORMACIÓN:** el Comité Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario de la ESE Hospital del Rosario estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Profesional Administrativo y financiero o su delegado
3. El Profesional técnico científico o su delegado (Representante del Cuerpo Médico)
4. El Profesional a cargo de los Recursos Físicos y/o su delegado
5. El Coordinador del área de Gestión Ambiental (Líder del PGIRASA)
6. El Coordinador del área de Seguridad y Salud en el Trabajo
7. El representante del área de Servicios Generales
8. El representante del área de Mantenimiento

**OBJETIVO:** Liderar, coordinar y promover la implementación de estrategias y acciones de gestión ambiental dentro de la ESE Hospital del Rosario buscando la mejora continua de su desempeño ambiental, la prevención y mitigación de sus impactos, el cumplimiento de la legislación vigente y la contribución a la sostenibilidad del entorno.

#### **FUNCIONES:**

- Realizar el diagnóstico situacional ambiental y sanitario: El Grupo Administrativo realizará el diagnóstico situacional ambiental y sanitario del generador en relación con el manejo de los residuos hospitalarios y similares, efectuando la gestión para que se realicen las mediciones y caracterizaciones necesarias y confrontando los resultados con la normatividad ambiental y sanitaria vigente.
- La elaboración del diagnóstico parte de efectuar la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en las diferentes secciones de la institución, clasificándolos conforme a lo dispuesto en el Decreto 2676 de 2000 y en esta Resolución.
- El diagnóstico incluirá la evaluación de los vertimientos líquidos al alcantarillado municipal, la evaluación de emisiones atmosféricas, las tecnologías implicadas en la gestión de residuos, al igual que su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia.
- Formular el compromiso institucional sanitario y ambiental: El compromiso de carácter sanitario y ambiental debe ser claro, realista y verdadero, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos, orientado a la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. El compromiso debe ser divulgado ampliamente y responder a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y con quién.
- Actualizar el PGIRASA - componente interno: El Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención de Salud y otras Actividades - componente interno debe contener los programas, proyectos y actividades, con su correspondiente presupuesto y

cronograma de ejecución, para la adecuada gestión interna de los residuos hospitalarios, de conformidad con los lineamientos que se establecen en el presente capítulo.

- Actualizar la estructura funcional (organigrama) y asignar responsabilidades específicas: Corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, establecer la estructura organizativa (organigrama) de las áreas funcionales y personas involucradas en el desarrollo del PGIRASA - componente interno, asignando funciones y responsabilidades específicas, para garantizar su ejecución.
- Gestionar el presupuesto para la ejecución del Plan: Durante la actualización del Plan de Gestión Integral PGIRASA - componente interno el grupo administrativo identificará las inversiones y fuentes de financiación, gestionando los recursos necesarios para su ejecución, haciendo parte de este el correspondiente presupuesto de gastos e inversiones.
- Velar por la ejecución del PGIRASA: El Grupo de Gestión Ambiental y Sanitaria, observará atentamente que se ejecuten todas y cada una de las actividades contempladas en el PGIRASA - componente interno, estableciendo instrumentos de seguimiento y control tales como auditorías internas, listas de chequeo, etc. y realizando los ajustes que sean necesarios.
- Elaborar informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control: El Grupo preparará los informes y reportes requeridos en este manual y aquellos que las autoridades ambientales y sanitarias consideren pertinentes de acuerdo con sus competencias, la periodicidad de los reportes deberá ser concertada con la autoridad competente y debe hacer parte del cronograma de Implementación del plan de gestión integral de residuos generados en atención de Salud y otras Actividades.

**ARTÍCULO DECIMOSEPTIMA. SESIONES EXTRAORDINARIAS:** La convocatoria de las reuniones extraordinarias se hará por escrito con la indicación del día, la hora y el objeto de la reunión, con una antelación de por lo menos un (1) día hábil. En caso de urgencia se podrá convocar verbalmente, de lo cual se dejará constancia en el acta.

**ARTÍCULO DECIMOCTAVA, QUORUM DELIBERATORIO Y DECISORIO:** Se constituye quórum para sesionar y deliberar cuando estén presentes por lo menos la mitad más uno de los miembros de cada uno de los comités que hacen parte del Macro comité Técnico Institucional y las decisiones se tomarán por votos.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** En caso de ser necesario realizar una sesión de manera virtual del Marco Comité Técnico Institucional, el secretario técnico conservará los archivos de correos electrónicos enviados y recibidos durante la sesión virtual, al igual que los demás medios

tecnológicos de apoyo o respaldo de la respectiva sesión, lo cual servirá de insumo para la elaboración de las actas.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** La asistencia a las sesiones es de carácter obligatorio y podrá delegarse (a una persona relacionada con el grupo), previo consentimiento de la Gerencia de la E.S.E Hospital del Rosario. En caso de inasistencia, esta se deberá justificar ante la Gerencia.

**PARAGRAFO TERCERO:** La secretaría técnica de cada uno de los comités será responsable de elaborar y suscribir el acta respectiva de cada reunión del Macro Comité Estratégico Institucional, el acta se elaborará tanto en formato digital como físico. Cada acta deberá incluir un registro detallado de los asistentes a la reunión. El secretario del Comité será el coordinador del SOGC. El acta deberá reflejar los temas tratados durante la reunión, las decisiones adoptadas y los votos emitidos por cada uno de los integrantes del Macro Comité. La Gerencia será responsable de la custodia de las actas, tanto en formato digital como físico.

**PARAGRAFO CUARTO:** La inasistencia no justificada a dos (2) reuniones por parte de ellos miembros del Macro comité Estratégico Institucional, será informada a la Gerencia por parte del secretario técnico.

**ARTÍCULO DECIMONOVENA:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición, y deroga las disposiciones contrarias.

## PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Campoalegre, a los veintisiete (27) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

Proyecto: Diana Patricia Moreno  
Asesora del S.O.G.C

Reviso: Esperanza Galindo  
Coordinadora Asistencial

**JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA**  
Gerente