

## RESOLUCIÓN No 041 (01/03/2024)

Por medio del cual se actualiza el **Comité de Gestión Clínica y Prestación de Servicios de Salud** que garantice el análisis, ajuste, reporte integral y oportuno de la información derivada de la prestación de servicios en salud y toma efectiva de decisiones que permita el cumplimiento de atributos de calidad en la institución.

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

En uso de las atribuciones constitucionales y legales y,

#### CONSIDERANDO:

Que el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 determina como competencias de los departamentos, organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas en el departamento, y adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del Sistema Integral de Información en Salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 17 de la Ley 812 de 2003 establece que el Gobierno Nacional definirá la información que los organismos y las entidades públicas nacionales o territoriales, los servidores públicos y las personas que ejerzan funciones públicas o presten servicios públicos en nombre del Estado, cumplan labores de interventoría en los contratos estatales o administren recursos públicos, estarán obligados a suministrar y publicar, para efectos de asegurar el seguimiento de la gestión pública.

Que el Decreto 2193 de 2004. Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003 y tiene por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

Que el Artículo 2º del decreto 2193 de 2004, establece que las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud deben presentar a la respectiva dirección departamental de salud la información que conjuntamente soliciten el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, en los instrumentos y bajo los procedimientos que para tal fin definan conjuntamente estas dos entidades. Las direcciones departamentales y distritales de salud deben consolidar, validar y presentar la información remitida por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, a la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y a la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación, dentro de los plazos definidos en el mencionado decreto.

Que el Artículo 4º del decreto 2193 de 2004. Define la periodicidad y los plazos para la entrega de la información. La información contable, presupuestal y financiera, de capacidad instalada, recurso humano y calidad, deberá ser remitida por las direcciones departamentales y distritales de salud, anualmente al

**E.S.E Hospital Regional de Duitama**

Tel. 7632330-7632323  
Av. Américas Cra. 35  
[www.hrd.gov.co](http://www.hrd.gov.co)



Ministerio de la Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación a más tardar el 30 de abril de la vigencia siguiente. La información de producción, cuentas por pagar y cuentas por cobrar deberá remitirse al Ministerio de la Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación trimestralmente para los períodos enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre, octubre a diciembre, de cada vigencia, a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la finalización de cada trimestre. A partir del segundo trimestre de 2004, se deberá iniciar el reporte trimestral de la información de producción, cuentas por pagar y cuentas por cobrar en los términos establecidos en el inciso anterior.

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

Que la resolución 2082 de 2014, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y en el artículo 2. Define los ejes trazadores en el sistema único de acreditación en salud así;

- Atención centrada en el usuario de los servicios en salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y bienestar.
- Humanización de la atención en Salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios e instituciones.
- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad Social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a las disminuciones de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

Que la resolución 5095 del 19 de noviembre de 2018, adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalarios de Colombia Versión 3.1 y establece en el artículo No 2 que la evaluación a las IPS ambulatorias y hospitalarias que deseen acreditarse en el marco del Sistema único de acreditación del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud debe realizarse con dicho manual.

Que mediante acuerdo de Junta Directiva número 06 del 21 de julio de 2020, por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2020 – 2024 “Cuidar tu salud, nuestra prioridad” establece como objetivo estratégico fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la ESE Hospital Regional de Duitama, el cual surge como una necesidad de la institución para alcanzar altos estándares de calidad a través de un ejercicio de auto evaluación y mejoramiento continuo, en el cual se compara la calidad



esperada (estándares del sistema único de acreditación) con la calidad observada y situación real de la institución.

Que corresponde a esta institución establecer mecanismos de control que garantice el, análisis, ajuste, reporte integral y oportuno de la información de la gestión clínica y de prestación de servicios en salud de la E.S.E Hospital Regional de Duitama, en los plazos y bajo los procedimientos definidos por los entes de control y lineamientos propios del Direccionamiento estratégico de la institución.

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO: OBJETO:** Actualizar el Comité de Gestión Clínica y de Prestación de Servicios en Salud que garantice el análisis, ajuste, seguimiento al reporte integral y oportuno de la información derivada de la prestación de servicios en salud y toma efectiva de decisiones que permita el cumplimiento de los atributos de calidad en el marco de la política de Prestación de Servicios y el Modelo de atención de la institución.

**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	Integrante
2	Subgerente Científico	Presidente
3	Líder Prestación de Servicios de Salud	Secretario
4	Líder Gestión de Calidad	Integrante
5	Líder Sistema de Información y atención al Usuario y al ciudadano	Integrante
6	Líder Gestión de la atención ambulatoria	Integrante
7	Líder Gestión de la atención en hospitalización	Integrante
8	Líder Gestión de la atención quirúrgica	Integrante
9	Líder Gestión de la atención inmediata	Integrante
10	Líder Gestión de la atención en el Servicio de Imágenes Diagnosticas	Integrante
11	Líder Gestión de la atención en el Servicio de Laboratorio Clínico	Integrante
12	Líder Gestión de la Atención en el servicio Farmacéutico	Integrante
13	Líder Gestión de la Relación Docencia Servicio	Integrante
14	Líder Humanización y experiencia del usuario	Integrante
15	Líder Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación	Integrante
16	Referente seguridad del paciente	Integrante
17	Medico Apoyo Calidad - Seguridad del Paciente	Integrante
18	Medico Apoyo Calidad - Programas y epidemiología	Integrante



19	Coordinador Auditoria Medica	Integrante
20	Líder Enfermería	Integrante
21	Coordinador Unidad de Cuidado Intensivo Adultos	Integrante
22	Coordinador Médico de Anestesia	Integrante
23	Coordinador Médico de Cirugía General	Integrante
24	Coordinador Médico de Medicina Interna	Integrante
25	Coordinador Médico de Ortopedia	Integrante
26	Coordinador Médico de Ginecología y Obstetricia	Integrante
27	Coordinador Médico de Pediatría	Integrante
28	Coordinador Médico de Urgencias	Integrante
29	Coordinador Sedes integradas (Santa Rosa - Sativa sur)	Integrante
30	Coordinador Medicina General hospitalización, UCI y Santa Rosa	Integrante
31	Coordinador Medicina General Urgencias y Ayudantía quirúrgica	Integrante
32	Líder Torre de Control	Integrante
33	Ingeniero de Sistemas (Encargado de Reportes Normativos)	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) Evaluar la Implementación del Modelo de Atención en los diferentes procesos y/o servicios institucionales.
- b) Hacer seguimiento y gestionar el desempeño de los indicadores del Modelo de Atención Institucional, verificando en cumplimiento de sus pilares, como son la Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Seguridad y Gestión del Riesgo, Continuidad y Humanización en la atención, igualmente el desempeño por servicios y/o procesos asistenciales.
- c) Hacer seguimiento y gestionar el desempeño de los indicadores del Modelo de Modelo de Gestión Hospitalaria – Torre de Control, verificando en cumplimiento de las metas de cada estrategia planteada y el desempeño por servicios y/o procesos asistenciales definidos en dicho modelo.
- d) Analizar el desempeño de los indicadores de los diferentes procesos asistenciales que estén fuera de metas institucionales y/o normativas.
- e) Hacer seguimiento y gestionar el desempeño de los indicadores asociados a programas institucionales del proceso de Gestión Clínica Multidisciplinaria: Programa de Implementación de Guías de Práctica Clínica, Programa De Donación De Órganos – Hospital Generador De Vida, Programa De Soporte Metabólico y Nutricional y Programa De Egreso Seguro Asistido.
- f) Analizar los indicadores de Producción y/o productividad de cada uno de los servicios.



- g) Realizar planes de mejoramiento y planes de acción enfocados a dar solución a las situaciones que afecten la producción y calidad en la atención en la institución o en caso de encontrar desviaciones en el desempeño de los indicadores analizados.
- h) Verificar de cargue de informes normativos asistenciales dentro de la periodicidad oportuna.

**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 de Gestión clínica y prestación de servicios en salud deberá operar bajo los siguientes parámetros:

**Periodicidad de las reuniones.** Las reuniones ordinarias se realizarán una vez al mes. 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 de Indicadores Modelo de Atención (trimestral) → Responsable: Líder Prestación de Servicios de Salud
  2. Presentación de Indicadores Monitoreo Hospitalario (mensual) – Torre de Control → Responsable: Líder Prestación de Servicios de Salud
  3. Seguimiento a Indicadores de Oportunidad en respuesta a interconsultas (mensual) → Responsable: Líder Prestación de Servicios de Salud
  4. Seguimiento a Indicadores de adherencia a Programa de Implementación de Guías de Práctica Clínica (trimestral) → Responsable: Líder Prestación de Servicios de Salud
  5. Presentación de Indicadores Programa De Donación De Órganos – Hospital Generador De Vida (trimestral) → Responsable: Coordinador Programa De Donación De Órganos
  6. Presentación de Indicadores Programa De Soporte Metabólico y Nutricional (trimestral) → Responsable: Líder Soporte Metabólico y Nutricional
  7. Presentación de Indicadores Programa De Egreso Seguro Asistido (trimestral) → Responsable: Líder Gestión de la atención en hospitalización
  8. Presentación de Informe análisis Reingresos a Hospitalización y servicio de urgencias (bimensual) → Responsable: Médico de apoyo a calidad
  9. Presentación de Indicadores Ingreso y egreso seguro (mensual) → Responsable: Líder Prestación de Servicios de Salud
  10. Seguimiento a indicadores de Producción y Productividad (bimensual) → Responsable: Líder Prestación de Servicios de Salud
  11. Seguimiento a planes de mejoramiento y planes de acción generados a partir de comité → Responsable: secretario del comité
  12. Seguimiento a reporte oportuno de informes normativos de asistenciales: → Responsable: Ingeniero de Sistemas y Líder de Calidad.
  13. Seguimiento a Indicadores Fuera de Metas por Procesos → Responsable: líderes de procesos asistenciales



- 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.

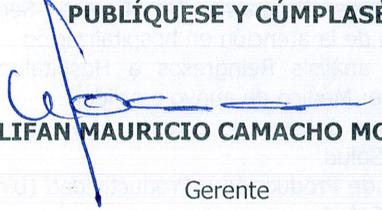
**Acta de reunión:** De cada reunión se suscribirá un acta donde conste la verificación de la asistencia, la evaluación de los compromisos, el desarrollo de los temas de la agenda y las decisiones implementadas por el Comité. Así mismo se determinarán compromisos en la reunión. El secretario técnico 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 Prestación de Servicios 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.

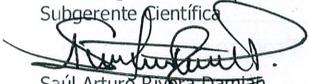
Dada en Duitama a un (01) día del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**LIFAN MAURICIO CAMACHO MOLANO**

Gerente

Revisó:   
María Angélica Moncaleano Cifuentes  
Subgerente Científica

Proyectó:   
Saúl Arturo Rivera Damíán  
Líder Prestación de Servicios de Salud

**E.S.E Hospital Regional de Duitama**

Tel. 7632330-7632323  
Av. Américas Cra. 35  
[www.hrd.gov.co](http://www.hrd.gov.co)

