
	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

TABLA DE CONTENIDO


1.	PROPÓSITO.....	3
3.	ASPECTOS GENERALES/ INTRODUCCIÓN	3
4.	DEFINICIONES	3
5.	MARCO LEGAL	3
6.	CONTENIDO	7
6.1	Ética hospitalaria.....	7
6.2	Seguridad del paciente.	9
6.3	Morbi-mortalidad.....	11
6.4	Código azul.....	15
6.5	Junta de profesionales de salud.	16
6.6	Historia clínica y registros.	18
6.7	Estadísticas vitales.....	19
6.8	Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS	20
6.9	Comité para la optimización de antimicrobianos-PROA	24
6.10	Farmacia y terapéutica.....	28
6.11	Transfusión sanguínea.	30
6.12	Paritario de seguridad y salud en el trabajo – COPASST.....	32
6.13	Emergencias.	37
6.14	Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral –IAMII.....	40
6.15	Directivo.....	41
6.16	Mejoramiento continuo.	42
6.17	Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria	43
6.18	Docencia-servicio.....	44
6.19	Convivencia laboral.....	46
6.20	Atención integral de la violencia.....	49
6.21	Contratación.....	52
6.22	Cartera.	53
6.23	Experiencia de las personas.....	53
6.24	Relacionamiento con terceros.	55
6.25	Gestión del cambio.	56
6.26	Auditoría interna, riesgos y conducta.	57

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.27	Comité de gestión operativa de la unidad de endometriosis.	61
7.	FRECUENCIA DE REVISIÓN DEL MANUAL.....	62
8.	ANEXOS.....	62
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	62

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

1. PROPÓSITO

Verificar los requisitos normativos y determinar los lineamientos estructurales para llevar a cabo la conformación y operativización de los comités institucionales.

2. ALCANCE

Este documento inicia con la validación de requisitos normativos y finaliza con la actualización en contenido de cada uno de los comités definidos en el manual.

3. ASPECTOS GENERALES/ INTRODUCCIÓN

Los aspectos generales se encuentran descritos en cada comité.


4. DEFINICIONES

Las definiciones se encuentran descritas en cada comité.

5. MARCO LEGAL


- Resolución 13437 de 1991 “Por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes”, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Decreto 1757 de 1994 “Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994”.
- Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social”, compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.
- Resolución 3100 de 2019, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.
- Resolución 2471 de 2022 “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los programas de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos – PROA y se dictan disposiciones para su implementación”.
- Metas internacionales en Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Joint Commission International (JCI) en el año 2006.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Decreto 780 de 2016 del Ministerio de salud de la República de Colombia define la Calidad de la atención de salud, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- Resolución 3100 del 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud”.
- Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de marzo de 2010, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.
- Decreto 2200 de junio 28 de 2005 (Farmacovigilancia), el decreto 4725 de diciembre 26 de 2005 y Resolución 4816 de 2008 (Tecnovigilancia).
- Resolución 256 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. Resolución 3159 de 2016 “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 1995 de 1.999 “Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica”.
- Resolución 839 de 2017 “Por medio de la cual se establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, y el manejo que le deben dar las entidades del sistema de salud en caso de liquidación”.
- Resolución 3114 de 1998, “Por lo cual se crean los comités de estadísticas vitales en las Direcciones Territoriales de Salud. Revisar el parágrafo del artículo 3”.
- Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 780 de 2016 del Ministerio de salud de la República de Colombia define la calidad de la atención de salud, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- Decreto 3518 de 2006, “Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 2471 de 2022, Ministerio de salud y protección Social, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los programas de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a


ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

la atención en salud – IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos – PROA y se dictan otras disposiciones para su implementación


- Resolución Número 1403 de 2007 “Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico”.
- Resolución 2020007532 del 28 de febrero de 2020 emitida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, por la cual se modifica el Programa Nacional de Reactivo- Vigilancia”.
- Decreto 1571 de 1993” Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia”.
- Resolución 2400 de 1979, que creó en su artículo 2º. La obligación, por parte de los patronos, de crear los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.
- Decreto 614 de 1984 (14 de Marzo), en su artículo 25, ordenó la constitución en las empresas públicas o privadas, de un Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial, integrado por un número igual de representantes de los patronos y de los trabajadores.
- El Ministerio del Trabajo con la Resolución 2013 de 1986, reglamentó la conformación y el funcionamiento del comité de medicina, higiene y seguridad industrial.
- Decreto-ley 1295 de 1994, en su artículo 63, determinó que, a partir de su entrada en vigencia, el comité paritario de medicina higiene y seguridad industrial de las empresas se seguiría llamando Comité Paritario de Seguridad y salud en el trabajo, abreviadamente conocido como COPASO.
- La Ley 1562 de 2012 cambió la expresión Programa de Salud Ocupacional Por Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, por eso hoy ya se está hablando de Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo –COPASST- y no de COPASO, pero en realidad son lo mismo y se rigen por la misma Resolución 2013 de 1986.
- Decreto 016 (9 de En. 97) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, reglamentó la conformación y el funcionamiento de la red integrada por el comité nacional, los comités seccionales y los comités locales de salud ocupacional.
- El Decreto 1072 del 2014 emitido por el Ministerio del Trabajo. El comité paritario de salud ocupacional como comité paritario en seguridad y salud en el trabajo y el' vigía en salud ocupacional como vigía en seguridad y salud en el trabajo, quienes tendrán las funciones establecidas en la normatividad vigente.
- Resolución 1802 de 1989 “Por la cual se crean los comités hospitalarios de emergencia y se asigna lo responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los Planes Hospitalarios de Emergencia”.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Ley 12 de 1990 “Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989”.
- Resolución 2063 de 2017 “Por la cual se adopta la política de participación en salud- PPSS, la cual tiene como objetivo la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud en conjunto.
- Circular 008 de 2018 “Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007”.
- Resolución 1164 de 2002 “Por la cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares”.
- Acuerdo 003 de 2003 “Por la cual se establece el modelo de evaluación de la relación docencia servicio”.
- Decreto 2376 de 2010 “Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud”.
- Decreto 055 de 2015 “Por el cual se reglamenta la afiliación de estudiantes al sistema general de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1917 de 2018 "Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones".
- Ley 1010 de 2006 “Por medio de la cual se adoptan medidas de prevención corrección y sanción de acoso laboral”.
- Resolución 2646 de 2008 “Por la cual se establecen disposiciones para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional”.
- Resolución 652 y 1356 “Por la cual se establece la exigencia de la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral”.
- Decreto 2150 de 1995 Art 115 Sanciones.
- Resolución 0459 de 2012 “Por la cual se adopta el Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual”.
- Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6. CONTENIDO

6.1 Ética hospitalaria.

Fundamento Legal: Resolución 13437 de 1991 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “Por el cual se constituye los comités de ética hospitalaria y se adoptan el decálogo de los derechos de los pacientes”.

Definición: grupo asesor y consultivo de conformación pluralista, al servicio de los profesionales y usuarios de la Clínica que tiene como propósito analizar y asesorar en la resolución de posibles conflictos éticos que se producen como consecuencia de la labor asistencial.

Objetivo: proteger los derechos de los pacientes y mejorar la calidad de la asistencia médica, mediante la información, análisis de casos y la evaluación clínica que involucra cuestiones éticas.

Funciones:


- Garantizar a los pacientes el respeto a su dignidad, en las decisiones conflictivas de manejo durante la atención médica con alta tecnología.
- Velar por el respeto de los deberes y derechos de los usuarios, asegurando especialmente el ejercicio de su autonomía frente a intervenciones clínicas que puedan afectar su estilo o proyecto de vida, así como el desenlace de su situación de salud.
- Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
- Promover medidas que mejoren la calidad de los servicios, en la que intervienen factores clave como: atención a personas, relación entre el personal de la institución y docencia desde lo bioético.
- Ser un mecanismo de auditoría a los casos que representen dilemas éticos en la práctica asistencial.
- Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
- Atender y canalizar las inquietudes sobre la prestación de servicios de la institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
- Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
- Llevar un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección municipal y departamental de salud.

Responsable: coordinación de experiencia de las personas como delegado de la gerencia general institucional.

Integrantes:

- Coordinación de experiencia de las personas.
- Representante del equipo médico.
- Representante del personal de enfermería.
- Representante de la comunidad en el área de afluencia de la institución.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Periodicidad de reuniones: mensual.


Consideraciones generales:

- Hace parte del comité de ética hospitalaria, la comisión para el abordaje de los asuntos bioéticos, la cual estará conformada por la dirección médica, un profesional en psicología y un representante de la especialidad médica objeto de la asesoría y el o los profesionales que solicitaron el abordaje desde el enfoque bioético. La comisión actúa como órgano asesor para la toma de decisiones que implican cuestiones morales, las cuestiones sanitarias, el análisis de casos, y las relaciones entre los usuarios y los profesionales de la salud. En este orden de ideas es importante precisar que la decisión sobre la práctica médica es responsabilidad siempre del médico tratante.
- Dentro de los dilemas bioéticos se incluirá también una comisión de bioética en situaciones de contingencia epidemiológica cuando se requiera. Este será un órgano asesor sobre dilemas éticos relacionados con la situación clínica de los usuarios, en el marco de las contingencias epidemiológicas institucionales, regionales, nacionales y/o mundiales a que haya lugar. En este caso también se considera objeto de discusión la disposición de recursos humanos, tecnológicos, y físicos disponibles por la Institución para la atención de los pacientes en dicho escenario.

En este contexto, la Clínica adopta las siguientes recomendaciones generales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia:

- Se debe buscar promover la reflexión sobre las decisiones a tomar en término de opciones, en consecuencia, en lo posible se debe procurar no tomar decisiones a solas, en especial si la institución no cuenta con la posibilidad de generar recomendaciones específicas o protocolos estandarizados de cuidado, se recomienda además revisar la decisión con otras personas del equipo y dejar claro registro en la historia clínica.
- Hacer una prioridad el tratar a quienes se benefician de ser tratados, y garantizar alivio y apoyo a quienes no podrán recibir tratamiento específico. Los pacientes con cuadros severos que no se benefician del cuidado avanzado, así como aquellos que se encuentran con requerimientos de soportes avanzados sin posibilidad de recuperación, a pesar de haber llegado primero a la atención, pueden ser sujetos de una adecuación de los esfuerzos terapéuticos con el propósito de permitir el cuidado de otros.
- El proceso de información para el cuidado de la enfermedad debe incluir, la información sobre el ejercicio de derechos al final de la vida incluyendo la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y la suscripción de documentos de voluntad anticipada; la consulta y revisión de existencia de este en todos los casos.
- Ante la circunstancia concreta de rechazo terapéutico de cuidados específicos, se debe buscar garantizar los procesos de cuidado y alivio sintomático, y la ubicación del personal de salud que pueda vigilar y acompañar los desenlaces previsibles.
- Ante la posible circunstancia de pacientes sin capacidad para la toma de decisiones, por deterioro del estado general o requerimiento de aislamiento, en el cual no se puede contactar a su representante, conduzca la toma de decisiones teniendo en cuenta la prioridad de no hacer daño y la modificación en las condiciones de disponibilidad de los recursos en caso de presentarse deterioro.
- El comité de ética hospitalaria podrá celebrar sesiones extraordinarias ante la solicitud de asesoría en aspectos bioéticos, requerida por uno o más integrantes del grupo clínico de cualquiera de las áreas

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

asistenciales. En caso de identificarse la necesidad de llevar a cabo una asesoría en aspectos bioéticos, el comité celebrará una reunión extraordinaria, para lo cual quien o quienes lo solicitan, deberán realizar una solicitud expresa ante el comité mediante el registro del formato de solicitud, el cual debe ser enviado vía correo electrónico a la persona que actúa como responsable del comité. Esta solicitud deberá realizarse únicamente por escrito con al menos cinco (5) días de antelación.

- Ante la presencia de casos en los que no sea posible convocar a reunión ordinaria o extraordinaria programada dado la urgencia para definir la conducta, se citará de inmediato utilizando los medios de comunicación establecidos (llamado telefónico, correo electrónico, teleconferencia, etc.).
- La gerencia general o su delegado podrá convocar a las sesiones extraordinarias del comité cuando lo estime procedente, a personas que sean requeridas y cuya labor se relacione con los asuntos a tratar.
- Las sesiones ordinarias y extraordinarias, se consideran instaladas, cuando se tenga la asistencia del cincuenta por ciento (50%) más uno de sus integrantes, entre los que se encontrará el responsable, si a la hora fijada para la reunión no se integra el quórum, se fija nueva fecha de sesión.
- Dentro de la agenda de reuniones se deberá realizar seguimiento a los resultados de experiencia de los usuarios, para lo cual, el líder de experiencia de las personas deberá enviar el informe correspondiente de manera anticipada.
- Divulgar los derechos y deberes adoptados por la institución.
- Educar a los usuarios y al personal, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.
- Monitorear el cumplimiento de los derechos de los pacientes.
- Analizar las quejas expresadas por los pacientes y notificar al equipo directivo de la institución, sobre irregularidades detectadas por violación de los derechos de los pacientes.

Registros: acta de cada comité y listado de asistencia.


Vigencia de conformación: tres años. Los integrantes serán elegidos por el gerente o su delegado y hasta por dos periodos consecutivos. Cada integrante de comité debe ser notificado mediante comunicado interno escrito, firmado por la Gerencia.

6.2 Seguridad del paciente.

Fundamento Legal: metas internacionales en seguridad del paciente, Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 del 2019, Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, Decreto 2200 de junio 28 de 2005, Decreto 4725 de diciembre 26 de 2005 y Resolución 4816 de 2008

Definición: el comité para la seguridad del paciente es una instancia de carácter de asesor técnico-científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es sensibilizar y capacitar al personal de la institución en seguridad del paciente, analizar las situaciones adversas que se presenten en los usuarios durante la atención en salud, retroalimentar los resultados y gestionar los recursos necesarios para asegurar la calidad de la prestación del servicio mediante la adopción de medidas de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos prevenibles.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Objetivo:

- Crear, fomentar, mantener y mejorar al interior de la institución una cultura de seguridad que, al ser percibida por nuestros pacientes y sus familias, colaboradores, médicos, visitantes y proveedores, incremente en ellos su confiabilidad en la Clínica del Prado.
- Evaluar Indicadores, eventos adversos, incidentes y complicaciones a que haya lugar como consecuencia de la prestación de los servicios o procesos tanto administrativos como asistenciales.


Funciones:

- Formular las políticas institucionales relacionadas con gestión de riesgos que garanticen la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud, tomando como referente las políticas expedidas por del Ministerio de la Protección Social respecto del tema.
- Establecer las directrices sobre el modelo organizacional para el análisis de las situaciones adversas que se presenten durante la atención y controlar su cumplimiento estricto.
- Organizar y coordinar los programas de educación continua sobre seguridad del paciente a todos los niveles de la organización.
- Analizar con los líderes de los procesos, las posibles fallas que puedan presentarse en la atención del paciente, el potencial efecto adverso sobre el paciente, las causas de las fallas y las actividades de control que se desarrollan en la institución para detectarlas con el fin de establecer acciones preventivas que eviten su ocurrencia.
- Sensibilizar a todo el personal de la institución importancia del reporte de las situaciones adversas que se presenten durante la atención.
- Realizar un proceso regular y continuo de recolección, procesamiento, análisis, evaluación y control permanente de los reportes de situaciones adversas derivadas de la atención. Analizar la información de importancia para la seguridad del paciente, obtenida por diferentes fuentes de información.
- Evaluar los eventos adversos y los incidentes detectados en la institución, analizarlos y proponer acciones para eliminar su aparición y mitigar las consecuencias que de estos se derivan, formulando acciones para evitar que vuelvan a ocurrir.
- Hacer seguimiento al tratamiento dado al paciente que ha sufrido un evento adverso durante la atención.
- Elaborar y realizar el análisis pertinente a los indicadores de seguridad del paciente establecidos como trazadores en el programa.
- Establecer interacción con los diferentes comités institucionales que ameriten de la intervención en la aplicación de acciones preventivas o correctivas.
- Informar al comité de ética hospitalaria los casos que ameriten de su intervención.

Consideraciones generales:

- El comité debe mantener una completa discrecionalidad y fomentar el valor ético sobre datos relacionados incidentes analizados.
- Se debe velar por el cumplimiento de la Política de Seguridad del paciente y promover que el desarrollo de las actividades está bajo las premisas de no ser punitivos, permisivos y si formativos.
- La asistencia al comité es de carácter obligatorio y su no asistencia debe tener excusa anticipada e informada por escrito, si esta no se presenta se generará comunicado de inasistencia

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Los incidentes de seguridad serán reportados y analizados en el aplicativo de Seguridad del Paciente.
- Los análisis de los eventos deben ser expuesto por las coordinaciones de los servicios asistenciales, deben presentar análisis bajo metodología Protocolo de Londres y análisis causa raíz, plan de acción. Estos eventos serán seleccionados por la coordinación del Programa teniendo en cuenta los de mayor criticidad.
- Se realizará mensualmente seguimiento a planes de mejoramiento en comité, presentando evidencias; si para el periodo no se cierra el evento deben presentarse avances.
- Los eventos centinelas generarán un comité extraordinario y tratamiento de acuerdo a su criticidad
- Los datos obtenidos se deben utilizar como insumos estadísticos y epidemiológicos permitiendo establecer recomendaciones para la toma de decisiones y ejecutar acciones inmediatas que mejoren la atención hospitalaria.

Responsable: coordinación de vigilancia epidemiológica, seguridad del paciente y control de infecciones.

Integrantes:

- Dirección médica.
- Jefede calidad.
- Coordinación de seguridad del paciente, control de infecciones y vigilancia epidemiológica.
- Coordinadores asistenciales de enfermería y de especialidades médicas.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité, anexos y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.


6.3 Morbi-mortalidad

Fundamento Legal: Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019, Resolución 1446 de 2006.

Definición: es un grupo interdisciplinario, consultivo, normativo y con poder de decisión, cuya labor principal es garantizar la prestación de servicios de salud seguros a la mujer y el binomio madre e hijo, enmarcados en una cultura de seguridad.

Objetivo: identificar, analizar, monitorear e instaurar medidas correctivas y de mejora respecto a los, eventos adversos, incidentes y complicaciones obstétricas y perinatales así como de la mortalidad a que haya lugar como consecuencia de la prestación de los servicios o procesos tanto administrativos como asistenciales.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025


Funciones:

- Retroalimentar al personal que integra el comité y entes externos, sobre los análisis y resultados del proceso.
- Informar al comité de ética hospitalaria cuando alguno de los casos amerite de su intervención.
- Realizar medición de indicadores de calidad en: Atención materno fetal, neonatal y adultos realizando vigilancia epidemiológica e identificando las tasas de mortalidad materna, perinatal, neonatal y de adultos que ocurran en la clínica y de las complicaciones obstétricas o perinatales derivadas de la atención al paciente.
- Diseño, implementación y monitoreo de acciones correctivas y de mejoramiento estableciendo estrategias para prevenir o evitar la mortalidad materna, perinatal y neonatal, que deriven de los análisis de eventos o de acciones preventivas.
- Apoyar la realización de investigaciones internas y colaborativas con el previo aval de las diferentes instancias de la clínica, que permitan el análisis objetivo de los factores de riesgo de la morbilidad materna, perinatal y neonatal.
- Monitorear los índices de morbilidad y mortalidad general, materna, perinatal y neonatal en la Clínica, determinando los factores causantes o concurrentes, que contribuyen a explicar la naturaleza de las muertes y/o incidencia de las patologías o complicaciones, si es posible su previsibilidad y evitabilidad en la forma más objetiva posible; así como, contar con estadísticas confiables.

Consideraciones generales:

- El responsable del comité presentará cada mes los eventos definidos para trazabilidad, igualmente indicadores de tasa de mortalidades materna, perinatal y neonatal y los derivados de morbilidad extrema como son: razón, relación MME/ con la mortalidad materna, porcentaje de casos con más de 3 criterios de inclusión y el índice de mortalidad perinatal por MME, además complicaciones como trauma obstétrico y asfixia perinatal.
- El análisis de las historias clínicas se realizará mes vencido, sin embargo en caso de evento centinela como muerte materna y complicación grave se realizará una reunión extraordinaria del comité con carácter prioritario.
- El análisis de casos deberá realizarse únicamente en el formato institucional F-GC-SP-VE-005 “Análisis de muertes y complicaciones” garantizando las políticas de gestión documental establecidas en la institución.
- La coordinación del comité será la encargada de hacer control documental sobre los documentos de análisis de eventos y actas físicas y digitales.
- Es responsabilidad de los participantes del comité dar cumplimiento a los compromisos generados del análisis de eventos y desde las sesiones del comité al mes siguiente de su planeación, si se presenta alguna dificultad deben rendir informe de avances o dificultades.
- La asistencia al comité es de carácter obligatorio y su no asistencia debe tener excusa anticipada e informada a la coordinación del mismo.
- Mantener una completa discrecionalidad, y fomentar el valor ético sobre datos relacionados incidentes analizados.
- Mantener una estrecha relación de trabajo con los demás comités, otros servicios de diferente complejidad y apoyarse en la referencia de pacientes, definir sus niveles de previsibilidad con base en acciones de fomento de la salud.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Responsable: coordinación de enfermería de la unidad neonatal.

Integrantes:

- Coordinación de enfermería de la unidad neonatal.
- Dirección médica.
- Jefe de calidad.
- Coordinación médica de urgencias.
- Coordinación de seguridad del paciente, control de infecciones y vigilancia epidemiológica.
- Coordinación de la unidad materno fetal.
- Coordinación médica de la unidad neonatal.
- Coordinación médica de cuidado intensivo e intermedio adultos.
- Coordinación médica de anestesia.
- Coordinación de enfermería de cuidado intensivo e intermedio adultos.
- Coordinación de enfermería de hospitalización, consulta externa y ayudas diagnósticas.
- Coordinación de enfermería de cirugía y obstetricia.
- Analista de sistemas de información.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.


Registros: acta de cada comité y lista de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

El comité realiza un perfil de eventos con criterio de análisis guiados en la especialidad que contempla la clínica y de intereses de trazabilidad:

Eventos para reporte y análisis	
Morbilidad materna extrema	
Hemorragias de origen obstétrico que requieran.	Trasfusión sanguínea.
	Laparotomía exploradora.
	Histerectomía – Blynch – Balón de Bacry.
	Ingreso a la unidad de cuidado crítico adultos.
Infección por aborto que requiera.	Laparotomía exploradora.
	Ingreso a la unidad de cuidado crítico adultos.
Complicación de la preeclampsia.	Eclampsia.
	Síndrome Hellp.
	Hemorragia intracerebral.
	Falla renal que amerite diálisis.
	Muerte fetal intrauterina.
	Ruptura hepática.


ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Eventos para reporte y análisis	
Tromboembolismo	Edema agudo de pulmón.
	Ingreso a la unidad de cuidado intensivo adultos.
	Hemorragia transitoria.
	Pulmonar.
	Líquido amniótico.
	Ingreso a la unidad de cuidado intensivo adultos.
Complicaciones anestésicas	
Ruptura de duramadre.	
Espinales totales.	
Inyección intravenosa de anestésicos locales.	
Bloqueo neuromuscular residual.	
Complicaciones neonatales	
Muertes intrahospitalarias	
Asfixias perinatales	
Complicaciones quirúrgicas	
Complicación post quirúrgica que requiera intervención.	De origen obstétrico.
	De origen ginecológico.
	Otra especialidad.
Muerte	Neonatal intrahospitalaria.
	Fetal intrahospitalaria.
	Fetal extra hospitalaria con más de una consulta al servicio de urgencias.
	Materna intrahospitalaria y extra hospitalaria.
	Todas las intrahospitalarias no obstétricas o fetales.
Ectópicos rotos	Intrahospitalarios.
Reingreso hemorragias obstétricas	Que requieran curetaje.
Shock hipovolémico	En pacientes no obstétricas.

- El profesional de enfermería que se encuentre de turno en el servicio donde se presentó la complicación debe informar a la coordinación del área y reportar en el aplicativo de seguridad clínica el evento, siguiendo la ruta establecida y socializada para tal fin así como los incidentes ocurridos con el paciente y su clasificación.
- La coordinación del área se encarga de realizar análisis con el profesional médico asignado al comité de morbimortalidad, posteriormente el día asignado hace entrega del análisis a la coordinación del comité.
- Los profesionales médicos encargados, realizan el análisis y la clasificación de la captación de eventos, plan de acción y observaciones o conclusiones. Si es prevenible debe generarse plan de acción.
- En los casos de muerte materna y perinatal, se consigna además la cronología de la atención materna respectiva, reporte de patología y/o resultado de necropsia y actas correspondientes al caso.
- Los datos obtenidos se deben utilizar como insumo estadístico, epidemiológicos y de enseñanza, con manejo confidencial por los miembros del comité. Esta información permite establecer recomendaciones para la toma de decisiones y ejecutar acciones inmediatas que mejoren la atención hospitalaria.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.4 Código azul.

Fundamento Legal: política institucional.

Objetivo: mejorar la competencia y tiempos de respuesta en la atención de las personas en paro cardiorrespiratorio en la Clínica del Prado y lograr así de la manera más eficaz la reducción en la morbilidad de este tipo de pacientes. El código azul se activa cuando se sospeche un paro cardiorrespiratorio en cualquier persona de la institución.

Funciones:

- Verificar las competencias del personal asistencial en general con respecto a la atención, respuesta y manejo del paciente en código azul y paralelamente difundir las guías actuales de manejo.
- Ejecutar simulacros de pacientes en código azul en diferentes contextos para evaluación eficiencia en la respuesta de los diferentes servicios e identificar puntos a fortalecer durante del código.
- Realizar análisis de los factores desencadenantes, contributivos del paciente, de los procesos institucionales y del personal respondiente, que impactaron en el desenlace de cada caso en particular.
- Se realizará seguimiento a las auditorias de vigilancia de medicamentos y demás insumos del carro de paros a cargo de cada servicio.

Responsable: coordinación de urgencias.

Integrantes:


- Dirección médica.
- Coordinación de anestesiología.
- Profesional médico delegado de anestesiología.
- Profesional de enfermería de urgencias y de hospitalización.
- Profesional de salud delegado de la unidad de cuidado intensivo adultos.
- Profesional de salud delegado de la unidad neonatal.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: trimestral.

Registros: acta de cada reunión y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.5 Junta de profesionales de salud.

Fundamento legal: Resolución 3159 de 2016

Definición: este grupo interdisciplinario tiene por objetivo dar cumplimiento a los lineamientos institucionales y a la Resolución 3159 de 2016 “por la cual se establece el procedimiento de acceso, de prescripción, garantía de suministro, verificación, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones” Esta junta estará conformada por tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el registro del talento humano en salud - RETHUS de su respectiva profesión. La junta de profesionales de la salud deberá conformarse teniendo en cuenta el tipo de servicio o tecnología prescrita, y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser médico par profesional del prescriptor. Ningún miembro administrativo, sea profesional de la salud, podrá integrar esta junta.

Funciones:


- Disponer los mecanismos necesarios para garantizar el funcionamiento de la junta de profesiones de la salud, de conformidad con los integrantes establecidos en la resolución 1885 del 2018, para dar la respuesta, de cada caso particular, en los tiempos previstos en esta resolución.
- Reportar oportunamente la decisión tomada por la Junta en el aplicativo que el Ministerio de Salud y Protección dispondrá para ello.
- Instaurar mecanismos para evitar que los miembros de las juntas de profesionales de la salud reciban reconocimientos en especie o económicos de compañías productoras y distribuidoras de tecnologías en salud.
- Los miembros nombrados son personas comprometidos con la filosofía y objetivos de la Clínica.

Criterios de análisis de la junta de profesionales de la salud:

Cuando los profesionales de la salud realicen solicitudes de servicios o tecnologías en salud complementarias, de soporte nutricional en al ámbito ambulatorio, o medicamentos del listado UNIRS, mediante el aplicativo dispuesto para ello, las Juntas recibirán la solicitud y tendrán en cuenta para el análisis de cada caso en particular, los siguientes criterios:

- Que la condición clínica del paciente se correlaciona claramente con la solicitud efectuada.
- Que el servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular.
- Que la solicitud efectuada se realice y se preste en el territorio colombiano.
- Que la solicitud realizada esté de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis.
- Que el servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país.
- Que en caso de tratarse de medicamentos del listado UNIRS, exista el consentimiento informado por parte del paciente o su representante.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Que la decisión que toma la junta de profesionales es concordante con los criterios jurisprudenciales señalados por la Honorable Corte Constitucional sobre el tema.

Funciones de la junta de profesionales de salud:

- Garantizar las reuniones cada vez que se prescriba alguno de los servicios o tecnologías en salud únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio y medicamentos del listado UNIRS, exceptuando los casos en que exista urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada ley.
- Verificar que la prescripción realizada por el profesional de la salud cumpla con los criterios para la prescripción establecidos en la Resolución 3159 de 2016.
- Registrar los puntos tratados en el formato acta de reunión junta de profesionales de salud y la decisión final en el aplicativo destinado por el Ministerio de salud el cual se encuentra en línea. Además, se remite el formato Comunicación de la decisión Junta de Profesionales de salud a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado dando cumplimiento al artículo 26 de la Resolución 3159 de 2016. Esta decisión deberá ser emitida dentro de los 5 días hábiles siguientes a la solicitud de la prescripción y reportada en las 24 horas siguientes a la decisión de la Junta.

Funciones del presidente de la junta de profesionales en salud:

- Asignar los responsables para la ejecución de las tareas.
- Vigilar el cumplimiento de las tareas asignadas.
- Proponer el orden del día.


Funciones del secretario técnico de la junta de profesionales en salud:

- Citar a las reuniones.
- Coordinar la logística de las reuniones (Salones, refrigerios, apoyos audiovisuales, etc.)
- Llevar las actas de las reuniones.
- Consignar la asistencia a las reuniones en el acta respectiva.
- Registrar la decisión tomada por la Junta de Profesionales en Salud en el módulo del aplicativo MIPRES.

Metodología:

- Presentación de los casos clínicos a tratar.
- Verificación que la prescripción realizada por el profesional de la salud cumpla con los criterios para la prescripción establecidos la Resolución 3159 de 2016.
- Generación de decisiones sobre aprobación o negación del uso del servicio o tecnología en salud explícitamente excluidas.
- Registro dicha decisión en el acta.
- Notificación a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado la decisión tomada.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Responsable: coordinación del servicio farmacéutico.

Integrantes: profesional en salud o especialista par, de acuerdo a quien prescriba los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el cual será designado por el secretario técnico de la junta de Profesionales de Salud y dos médicos generales.

Periodicidad de reuniones: la junta de profesionales de salud se reunirá cada vez que en la Clínica del Prado se prescriba alguno de los servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio y medicamentos del listado UNIRS exceptuando los casos en que exista urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada ley.

Registros: acta de cada junta y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.6 Historia clínica y registros.


Fundamento Legal: resolución 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Resolución 839 de 2017 Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.

Definición: grupo multidisciplinario responsable de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica y la calidad de los registros clínicos en general.

Funciones:

- Promover en la Institución la adopción de las normas sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Asegurar que se utilicen las técnicas más convenientes para archivar, catalogar y conservar las historias clínicas, con el fin de que estas se encuentren fácilmente disponibles.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos.
- Elevar a la Gerencia, recomendaciones sobre los cambios en 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.
- Velar por la correcta aplicación de las guías clínicas y los procedimientos operacionales técnicos, idoneidad de personal asistencial en la práctica.
- Evaluar e identificar atención oportuna y adecuada, basada en prácticas asistenciales con calidad, de acuerdo a procedimientos establecidos en la normatividad y guías de atención clínica.
- Custodiar formatos y análisis concluyentes, de cada comité, bajo normas de control como la numeración de casos y manejo de sello de aprobación por comité de morbilidad, además de toda la reglamentación que dispone con respecto a manejo de historia clínica.
- Regular sobre la permanencia de los exámenes de laboratorio en la historia clínica.
- Regular sobre la conservación de los formularios de la historia clínica y los registros secundarios en el archivo activo y en el pasivo.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Servir de enlace entre la unidad de información y el equipo de salud.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas.
- Velar por el correcto diligenciamiento de las historias clínicas.
- Evaluar el cumplimiento por parte del equipo de salud de los criterios administrativos en el diligenciamiento de la historia clínica.
- Socializar la adherencia a la calidad del dato en los registros de la historia clínica, garantizando la vigilancia del diseño adecuado de la estructura de la historia clínica y de los documentos clínicos, proponiendo acciones de mejora que se monitorizarán, reconociendo que la calidad del dato de la historia clínica, es la piedra angular de todo el sistema de información de la institución.
- Socializar la adherencia al paquete instruccional, garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado, proponiendo acciones de mejora que permitan generar una cultura alrededor del consentimiento informado como un proceso vital dentro de los procedimientos asistenciales de la institución.

Responsable: gestor de historia clínica y registros.

Integrantes:

- Jefe de calidad.
- Coordinación de auditoría médica.
- Gestor de historia clínica y registros.
- Líder del centro administrativo documental.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: trimestral.

Registros: acta de cada comité, presentaciones, instrumentos de evaluación de calidad del dato y de adherencia a consentimientos informados, así como listado de asistencia.


Vigencia de conformación: No aplica.

6.7 Estadísticas vitales

Fundamento legal: resolución 3114 de 1998.

Definición: grupo interdisciplinario, consultivo, normativo y con poder de decisión, cuya labor principal es de asesoramiento sobre el funcionamiento del procedimiento de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), con el propósito de mejorar la calidad, la cobertura y la oportunidad en la certificación de los hechos vitales que ocurren en la institución.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Funciones:

- Presentar informes de los certificados que presenten problemas en su diligenciamiento, con el fin de evaluar la regularidad y tomar acciones correctivas del caso.
- Asumir la investigación en aquellos casos, en que un certificado reportado como perdido aparezca posteriormente diligenciado.
- Solicitar apoyo a los miembros del comité para la enmienda estadística de los certificados de defunción, cuando sea el caso.
- Hacer medición, análisis y seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y oportunidad del registro de los hechos vitales.
- Evaluar la consistencia interna de certificados y hechos vitales que hayan sido seleccionados como irregulares o identificados como inconsistentes.

Responsable: analista de sistemas de información.

Integrantes:

- Dirección médica.
- Jefe de calidad.
- Coordinación de auditoría médica.
- Gestor de historia clínica y registros.
- Analista de sistemas de información.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: trimestral.

Registros: acta de cada comité, presentación, base de datos sobre incidencias en el registro de las estadísticas vitales y listado de asistencia.


Vigencia de conformación: no aplica.

6.8 Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS

Fundamento legal: ley 100 de 1993, Decreto 780 de 2016, Decreto 3518 de 2006, Resolución 3100 del 2019, Resolución 2471 de 2022, Ministerio de salud y protección Social.

Definición: el comité de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud- IAAS es una instancia de carácter de asesor técnico-científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es establecer las directrices que permitan a la institución coordinar, ejecutar y operar las estrategias de educación, promoción, prevención, vigilancia, control y monitoreo, relacionadas con las infecciones asociadas al cuidado de la salud

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Objetivo:

- Crear, fomentar, ejecutar y mantener la implementación de los lineamientos nacionales y territoriales para la prevención, vigilancia y control de IAAS en la institución.
- Evaluar indicadores de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS para generar estrategias de educación, promoción, prevención, vigilancia, control y monitoreo.

Integrantes comité


- Dirección médica: designado por la gerencia general, quien presidirá el comité.
- Coordinador de vigilancia epidemiológica, control de infecciones y seguridad del paciente
- Jefe de calidad.
- Profesional médico, con formación en infectología pediátrica.
- Profesional médico con formación en infectología adulto.
- Profesional de la salud con formación en epidemiología.
- Médicos coordinadores de especialidades clínicas: cuidado intensivo, , pediatría, ginecobstetricia, anestesiología, medicina general.
- Coordinación de los servicios asistenciales.
- Profesional en microbiología.
- Coordinación de auditoría médica.
- Químico farmacéutico asistencial
- Coordinador de infraestructura (coordinación servicios generales).
- Líder de la central de esterilización.
- Auxiliar de enfermería de control de infecciones
- Analista ambiental.
- Representante de la asociación de usuarios.

El comité, de acuerdo a las necesidades de la institución invitará un representante o cualquier otro personal de la institución que considere necesario para su adecuado funcionamiento.

Funciones (Artículo 17, Resolución 2471 de 2022)

- 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.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025


- 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 la 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 medida 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.

Grupo operativo:

(Artículo 19, Resolución 2471 de 2022)

- Dirección médica.
- Profesional de la salud con formación en epidemiología.
- Coordinación de seguridad del paciente, prevención de infecciones y vigilancia epidemiológica responsable implementación, capacitación y seguimiento a la gestión del riesgo y adherencia de medidas de control y prevención de IAAS, estrategia multimodal en higiene de manos y PROA.
- Profesional médico especialista en infectología pediátrica.
- Profesional médico especialista en infectología adultos.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Técnico auxiliar de enfermería responsable de notificación y vigilancia de IAAS e higiene de manos.

- Profesional químico farmacéutico.
- Profesional en microbiología.
- Profesional en sistemas de información.
- Profesional en gestión del conocimiento.
- Profesional en comunicaciones.

Responsabilidades del grupo operativo:


(Artículo 20, Resolución 2471 de 2022)

- Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, haciendo operativos los subsistemas de información, análisis, intervención y evaluación.
- Implementar el análisis de riesgo en articulación con seguridad del paciente para favorecer la ejecución de medidas de control y prevención durante la atención y disminuir la probabilidad de IAAS.
- Realizar la implementación de las estrategias de prevención y control necesarias para reducción de las IAAS y contener la resistencia a los antimicrobianos. Notificar de manera inmediata a la secretarías departamentales, distritales y municipales de salud la presencia de cualquier brote relacionado con las IAAS o de un microorganismo con resistencia inusual, con el fin de generar estrategias de manera oportuna.
- Realizar las acciones de seguimiento y monitoreo de la limpieza y desinfección del ambiente hospitalario y el cumplimiento de las medidas estándar y precauciones adicionales.
- Elaborar un informe anual sobre el desarrollo del programa de prevención, control y vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud y de las estrategias para la contención de la resistencia bacteriana y socializarlo a nivel institucional y territorial.
- Participar en las acciones de vigilancia para el cumplimiento de las disposiciones sobre la gestión integral de residuos hospitalarios y similares.
- Verificar, en conjunto con el área de talento humano, los esquemas de vacunación y los elementos de protección personal para los trabajadores de la institución.
- Promover la participación de los usuarios en la gestión asistencial con calidad de los servicios de salud, sistematizar y analizar las irregularidades que se reporten relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud que sirva como insumo para toma de decisiones y ejecución de planes de mejoramiento.
- Realizar vigilancia al consumo de antimicrobianos en las instituciones de acuerdo con los lineamientos definidos por el nivel nacional
- Convocar al comité institucional para su apoyo en el análisis en la presentación de brotes dentro de la institución.
- Otras que se consideren pertinentes en el marco de la calidad de atención al paciente.

Consideraciones generales:

- El comité debe mantener una completa discrecionalidad y fomentar el valor ético sobre datos relacionados incidentes analizados.
- Se debe velar por el cumplimiento del programa de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud- IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos — PROA.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- La asistencia al comité es de carácter obligatorio y su no asistencia debe tener excusa informada por escrito (correo), si esta no se presenta se generará comunicado de inasistencia.
- Se debe informar de manera inmediata desviaciones en los procesos que lleven a la incidencia de eventos de infecciones asociadas a la atención en Salud
- Se deben cumplir con las diferentes actividades derivadas de planes de mejoramiento en los tiempos estipulados en la sesión del comité.

Responsable: coordinación de vigilancia epidemiológica, seguridad del paciente y control y prevención de infecciones.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia. El comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS y comité para la optimización de antimicrobianos-PROA se realizan en la misma sección, a partir del año 2024 se separan las actas.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.9 Comité para la optimización de antimicrobianos-PROA

Fundamento legal: ley 100 de 1993, Decreto 780 de 2016, Decreto 3518 de 2006, Resolución 3100 del 2019, Resolución 2471 de 2022, Ministerio de salud y protección Social.

Definición: el comité de optimización del uso de antimicrobianos — PROA es una instancia de carácter de asesor técnico-científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es establecer las directrices que permitan a la institución coordinar, ejecutar y operar las estrategias de educación, promoción, prevención, vigilancia, control y monitoreo, relacionadas con la prevención a la resistencia a los antimicrobianos.


Objetivo:

- Crear, fomentar, ejecutar y mantener la implementación de los lineamientos nacionales y territoriales para la prevención, vigilancia y control de resistencia antimicrobiana (RAM) en la institución.
- Evaluar Indicadores de prevención, vigilancia y control de optimización del uso de antimicrobianos — PROA para generar estrategias de educación, promoción, prevención, vigilancia, control y monitoreo.

Integrantes comité

- Dirección médica: designado por la gerencia general, quien presidirá el comité.
- Coordinación de vigilancia epidemiológica, control de infecciones y seguridad del paciente
- Jefe de calidad
- Profesional médico con formación en infectología pediátrica.
- Profesional médico con formación en infectología adulto.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Profesional de la salud con formación en epidemiología.
- Médicos coordinadores de especialidades clínicas: cuidado intensivo, pediatría, ginecobstetricia, anestesiología, medicina general.
- Coordinación de los servicios asistenciales.
- Profesional en microbiología.
- Coordinación de auditoría médica.
- Químico farmacéutico asistencial.
- Coordinación de infraestructura (coordinación servicios generales).
- Líder de la central de esterilización.
- Técnico auxiliar de enfermería control de infecciones.
- Analista ambiental.
- Representante de la asociación de usuarios.


El comité, de acuerdo a las necesidades de la institución invitará un representante o cualquier otro personal de la institución que considere necesario para su adecuado funcionamiento.

Funciones comité:

(Artículo 17, Resolución 2471 de 2022)

- 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 la 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.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025


- 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 medida 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.

Grupo Operativo:

(Artículo 19, Resolución 2471 de 2022)

- Dirección médica.
- Profesional de la salud con formación en epidemiología
- Coordinación de seguridad del paciente, prevención de infecciones y vigilancia epidemiológica responsable implementación, capacitación y seguimiento a la gestión del riesgo y adherencia de medidas de control y prevención de IAAS, estrategia multimodal en Higiene de manos y PROA
- Profesional médico especialista en infectología pediátrica.
- Profesional médico especialista en infectología adultos.
- Representante administrativo: coordinación de auditoría médica o profesional médico líder de procesos prioritarios, quien será designado por la coordinación de auditoría.
- Técnico auxiliar de enfermería de control de infecciones e higiene de manos.
- Profesional químico farmacéutico.
- Profesional en microbiología.
- Profesional en sistemas de información.
- Profesional en gestión del conocimiento
- Profesional de comunicaciones

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Responsabilidades del grupo operativo:

(Artículo 20, Resolución 2471 de 2022)

- Diseñar el PROA y adaptar a las condiciones culturales, organizativas, técnicas y Humanas.
- Socializar el programa con las directivas para que sea institucionalizado e incluido como objetivo estratégico de cada organización, con todos los estándares de calidad.
- Concientizar al personal de la IPS sobre la grave problemática del uso inadecuado de antibióticos, la resistencia bacteriana y las IAAS.
- Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica de RAM, haciendo operativos los subsistemas de información, análisis, intervención y evaluación.
- Implementar el análisis de riesgo en articulación con seguridad del paciente para favorecer la ejecución de medidas de control y prevención durante la atención y disminuir la probabilidad de IAAS.
- Realizar la implementación de las estrategias de prevención y control necesarias para reducción de las IAAS y contener la resistencia a los antimicrobianos. Notificar de manera inmediata a la secretarías departamentales, distritales y municipales de salud la presencia de cualquier brote relacionado con las IAAS o de un microorganismo con resistencia inusual, con el fin de generar estrategias de manera oportuna.
- Elaborar un informe anual sobre el desarrollo del programa de prevención, control y vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud y de las estrategias para la contención de la resistencia bacteriana y socializarlo a nivel institucional y territorial.
- Promover la participación de los usuarios en la gestión asistencial con calidad de los servicios de salud, sistematizar y analizar las irregularidades que se reporten relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud que sirva como insumo para toma de decisiones y ejecución de planes de mejoramiento.
- Realizar vigilancia al consumo de antimicrobianos en las instituciones de acuerdo con los lineamientos definidos por el nivel nacional.
- Otras que se consideren pertinentes en el marco de la calidad de atención al paciente.


Consideraciones generales:

- El comité debe mantener una completa discrecionalidad y fomentar el valor ético sobre datos relacionados incidentes analizados.
- Se debe velar por el cumplimiento del programa de optimización del uso de antimicrobianos — PROA.
- La asistencia al comité es de carácter obligatorio y su no asistencia debe tener excusa informada por escrito (correo), si esta no se presenta se generará comunicado de inasistencia.
- Se debe informar de manera inmediata desviaciones en los procesos que lleven a la incidencia de eventos de uso racional de antimicrobianos
- Se deben cumplir con las diferentes actividades derivadas de planes de mejoramiento en los tiempos estipulados en la sesión del comité.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia. El comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS y comité para la optimización de antimicrobianos-PROA se realizan en la misma sección, a partir del año 2024 se separan las actas.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Vigencia de conformación: no aplica.

6.10 Farmacia y terapéutica.

Fundamento legal: Decreto 2200 de 2005, Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007 Resolución 2013038979 del 26 Diciembre de 2013 y Resolución 3100 de 2019.

Definición: el comité de farmacia y terapéutica es un grupo consultor del equipo de salud que recoge los conocimientos técnicos, epidemiológicos y farmacológicos relativos al medicamento y a los dispositivos médicos, a partir de resultados de las experiencias clínicas para unificar los puntos de vista de diferentes especialistas de medicamentos.

Es un comité interno que incluye las siguientes comisiones:

- **Comisión de farmacovigilancia:** vigilancia de los medicamentos.
- **Comisión de tecnovigilancia:** vigilancia de los dispositivos médicos.
- **Comisión de farmacotécnica:** seguimiento y control a los procesos de producción de aire medicinal.
- **Comisión de reactivovigilancia:** vigilancia de los reactivos de diagnóstico in vitro.


Objetivo: velar por la calidad integral en el manejo de los insumos farmacéuticos, que incluye los medicamentos, dispositivos médicos y reactivos; con el ánimo de brindar y establecer políticas y normas que orienten el quehacer del ejercicio médico, permitiendo la racionalización de recursos y la optimización de tecnologías, de manera que se le entregue al usuario final, un producto con apoyo en su uso racional.

Funciones:

- Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Clínica del Prado en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso y control, y establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de los mismos.
- Recolectar y analizar los datos enviados por el programa de farmacovigilancia, tecnovigilancia, farmacotécnica y reactivovigilancia sobre la sospecha de la existencia de incidentes y eventos de seguridad del paciente o cualquier otra situación relacionada con los medicamentos, dispositivos médicos y reactivos e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, administradoras y a las autoridades correspondientes; soportando técnicamente las comisiones de farmacovigilancia, tecnovigilancia, farmacotécnica y reactivovigilancia.
- Recolectar y analizar los datos generados a través del proceso de farmacotécnica producción de aire medicinal in sitio por compresor en la central de gases medicinales de la Clínica Del Prado.
- Apoyar técnicamente al servicio farmacéutico para desempeñar las funciones propias:

a) Promover y propiciar estilos de vida saludables y el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos, además de prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos y promover su uso adecuado.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025


- a) Seleccionar con criterios técnicos la inclusión y exclusión los medicamentos y dispositivos médicos que se comercializaran al interior de la Clínica del Prado; listado básico de medicamentos (LBM) y listado básico de dispositivos (LBD).
- b) Validar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura (BPM) en la central de gases medicinales.
- c) Realizar o participar en la creación y desarrollo de estudios y programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, que conlleven el desarrollo de sus objetivos, especialmente aquellos relacionados con la farmacia clínica, la farmacoepidemiología y la farmacoeconomía.
- d) Conceptuar sobre las guías de manejo para el tratamiento de patologías más frecuentes de la institución.
- e) Obtener y difundir información sobre medicamentos y dispositivos médicos, especialmente, informar y educar a los miembros del grupo de salud, al usuario, su familia y a la comunidad sobre el uso adecuado de los mismos.
- f) Difundir todas las guías de administración de medicamentos, las normas de prescripción, el listado básico de medicamentos y dispositivos médicos, las políticas, directrices e instrucciones en el uso racional de los productos farmacéuticos.
- g) Analizar los consolidados de las solicitudes de medicamentos NO POS, tramitadas ante el comité técnico científico de las respectivas EAPB.
- h) Estudiar la repetición de defectos reportados en las quejas.

Responsable: coordinación del servicio farmacéutico / dirección técnica del sistema de aire medicinal (SAM).

Integrantes y responsabilidad:

- **Dirección médica:** garantizar y coordinar el funcionamiento del comité, velar porque las actividades programadas durante el comité se ejecuten.
- **Coordinación del servicio farmacéutico / dirección técnica del sistema de aire medicinal (SAM):** elaborar acta de reunión, citar a los integrantes, planear temas para desarrollar en el comité, realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos, presentar informe de: producción de aire medicinal en sitio por compresor en la central de gases medicinales, el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria, auditorías a satélites, carros de paro, la utilización de NO POS, e indicadores relacionados con la gestión del servicio farmacéutico.
- **Químico farmacéutico asistencial / jefe de control de calidad del sistema de aire medicinal (SAM):** presentar informe trimestral del programa de farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico, e informe del programa de tecnovigilancia y reactivovigilancia y seguimiento al reprocesamiento de dispositivos médicos.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.11 Transfusión sanguínea.

Fundamento legal: Decreto 1571 de 1993.


Definición: es un grupo de profesionales encargado de evaluar la práctica de la medicina transfusional, con el fin de establecer indicadores que permitan trazar políticas, valorar y controlar los procedimientos correspondientes al banco de sangre para determinar el consumo de la misma en la institución.

Objetivo: establecer directrices y proporcionar información para el mejoramiento de los procesos en uso de sangre y sus hemoderivados, así como determinar la práctica adecuada de la transfusión sanguínea a nivel institucional.

Funciones:

- Velar por la garantía de protección a los usuarios, donantes y recurso humano del sector salud.
- Promover el uso racional de la sangre y sus componentes.
- Proporcionar alto nivel de calidad en el tratamiento de pacientes.
- Establecer protocolos y guías de procedimiento para propender por la calidad de las transfusiones sanguíneas.
- Elaborar un protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas.
- Promover programas de educación continua en el campo de la medicina transfusional y de la inmunohematología.
- Analizar el informe estadístico de las transfusiones efectuadas y de acuerdo con los resultados, tomar las decisiones de su competencia.
- Identificar las causas de prácticas transfusionales inseguras y establecer o sugerir, según el caso, los correctivos pertinentes.
- Divulgar en la clínica las normas legales y reglamentarias sobre Bancos de Sangre, transfusiones y materias afines y velar por el cumplimiento de las mismas.
- Informar a la Coordinación de la red de bancos de sangre, los casos de infecciones asociadas con transfusiones.
- Definir políticas de mejoramiento y registro de datos tales como:
 - La captación de un donante por un banco de sangre hasta su destino final, pasando por: la reserva, la solicitud, el transporte, los dispositivos y equipos médicos que en ella intervienen

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- La aplicación o transfusión, la evolución del paciente transfundido y el manejo de los sobrantes hasta su destino final.
- La gestión institucional del evento adverso, incidente o complicación, mediante.
- Investigación de los casos siguiendo metodología de protocolo de Londres que implica: revisión de registros de H.C., verificación de novedades de talento humano y hemovigilancia, entrevista a funcionarios del servicio y/o paciente, indagación documental que permita verificar en que guía, procedimiento o protocolo se define la barrera de seguridad que evita el acto inseguro, al igual que su disponibilidad de consulta y socialización
- Identificar los déficits en barreras de seguridad antes de que ocurran y, potencia su efectividad en la reducción de los mismos
- Realización de plan de mejora para el proceso específico del caso y seguimiento y cierre del plan de mejoramiento.

Responsable: coordinación asistencial de hospitalización.

Integrantes:


- Dirección médica.
- Jefe de calidad.
- Coordinación médica de la unidad materno fetal.
- Coordinación de enfermería de los servicios de hospitalización, consulta externa y ayudas diagnósticas.
- Coordinación de seguridad del paciente, prevención de infecciones y vigilancia epidemiológica.
- Coordinación del centro transfusional de sangre de la entidad en convenio.
- Coordinación medica de urgencias.
- Coordinación de enfermería de unidad de cuidados intermedios e intensivos de adulto.
- Coordinación de enfermería de unidad neonatal.
- Coordinación de enfermería de unidad de cirugía y obstetricia.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: trimestral.

Registros: acta de cada comité, presentación, análisis de reacciones transfusionales, informe estadístico y listado de asistencia

Vigencia de conformación: no aplica.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.12 Paritario de seguridad y salud en el trabajo – COPASST.

Fundamento Legal: Resolución 2400 de 1979, Decreto 614 de 1984 (14 de Marzo), Resolución 2013 de 1986, Decreto-ley 1295 de 1994, Decreto 016, Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 del 2014.

Definición: El COPASST (Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) es un grupo que apoya las actividades del área de seguridad y salud en el trabajo en la promoción, divulgación y seguimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Es organismo de coordinación entre el empleador y sus trabajadores el cual se encarga de ayudar al logro de metas y objetivos concretos, en la divulgación y sustentación de prácticas saludables que motivan a la adquisición de hábitos seguros (Resolución 2013 de 1986). Por lo tanto, se constituye en un espacio de participación de todos los trabajadores de la Universidad de Medellín.

El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) juega un papel muy importante en la promoción, vigilancia de las normas y reglamentos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que garantiza que los riesgos de una enfermedad laboral y accidente trabajo se reduzcan al mínimo.

Se denomina paritario, en función al número de integrantes, al ser igual el número de representantes por parte del empleador y de los trabajadores.

Objetivo: establecer los pasos a seguir para la conformación del Comité Paritario en Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST y sus funciones de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Trabajo en la Resolución 2013 de 1986.

El COPASST tiene una noble misión: promover y vigilar las normas y reglamentos de salud ocupacional dentro de la empresa, contribuyendo a la protección de la integridad física de los trabajadores y la seguridad de la empresa en general. Los miembros de un COPASST aceptan esta importante responsabilidad al momento de ser elegidos para formar parte de este Comité.

Ahora bien, el punto de partida para el éxito de un Comité Paritario, es el trabajo en armonía, caracterizando por una participación activa, responsable, y constructiva, buscando las mejores soluciones preventivas para la realidad de la empresa.

Integrantes: el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) estará integrado por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores, con sus respectivos suplentes, así:

De 10 a 49 Trabajadores, un representante por cada una de las partes.

De 50 a 499 Trabajadores, dos representantes por cada una de las partes.


De 500 a 999 Trabajadores, tres representantes por cada una de las partes.

De 1.000 O más trabajadores, cuatro representantes por cada una de las partes.

a) **Perfil del candidato.** Los interesados deben ser personas comprometidas, con actitud de servicio hacia sus compañeros y con responsabilidad de asumir funciones específicas, deberes y derechos en pro de un bienestar colectivo.

b) **Convocatoria para la elección de los representantes:** A través de sus medios de comunicación internos invitará a todos los empleados a participar en el proceso de postulación y elección del Comité. La votación

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

se realizará de manera electrónica – virtual por medio de la página de la ARL. El resultado será publicado y divulgado para conocimiento de todos los empleados.

Divulgar. La socialización de la conformación del COPASST, estará a cargo en la Dirección Gestión Humana – Salud Ocupacional. Esta tarea implica la socialización a todos los colaboradores de la Clínica en cuanto a la obligación de conformar el COPASST, comprende tres aspectos, sensibilizar, inscribir e informar.

Sensibilizar. Cuando el COPASST este próximo a cumplir su periodo de vigencia (2 años), se debe proceder a sensibilizar a los funcionarios (Administrativos y Cuerpo de Custodia), sobre la importancia para el Instituto y la obligatoriedad legal de participar en la conformación de este comité; se deben dejar registros de calidad de la metodología implementada (Carteleras, afiches, volantes, plegables, videos, pancartas).

Inscribir. Una vez terminada la sensibilización, se debe abrir la convocatoria para que los funcionarios (administrativa o en provisionalidad) que deseen se puedan inscribir como candidatos. Se debe informar sobre las fechas, los requisitos mínimos que se describen a continuación, así como dejar registros de calidad de la metodología implementada.

Informar. Una vez se cuenta con la lista de candidatos inscritos para hacer parte del nuevo Comité se procede a informar a los electores sobre los inscritos y las fechas de las elecciones. Recuerde dejar registro de calidad de la metodología implementada.

c) Logística para la conformación del COPASST:

Elaboración de tarjetones: cuando ya se cuente con la lista definitiva de los candidatos se debe proceder a elaborar los tarjetones correspondientes para realizar la respectiva votación; tener en cuenta el número estimado de población electora de tal manera que no se presenten dificultades por falta de tarjetones para sufragar.

Seguir procedimiento e instructivo si se va a realizar con la herramienta de la página de la ARL.

Elección de jurados para las elecciones: en la Dirección General la Subdirección de Talento humano será la encargada de nombrar los jurados de votación, en las Direcciones Regionales y Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional los nombrara los respectivos Directores, los cuales deben ser notificados mediante oficio de tal manera que se dejen registros de calidad del proceso.


d) Periodos de los miembros del comité: el periodo de trabajo del comité es de dos años se debe conformar mediante proceso de elección en el prime la libertad e igualdad de participación de todos los trabajadores.

e) Obligaciones:

Obligaciones de los empleadores.

- Proporcionar los medios y el tiempo necesario a los miembros del COPASST, así como el de presupuestar en el Plan de Desarrollo de la empresa los recursos necesarios para el cabal desempeño del Sistema de Gestión.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Para el cabal desempeño de las funciones de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el trabajo, el empleador se obligará a proporcionar mínimo 4 horas semanales dentro de la jornada laboral de trabajo de cada uno de los miembros.
- Propiciar la elección de los representantes de los trabajadores al Comité.
- Designar a sus representantes al Comité y al presidente del Comité.
- Proporcionar los medios necesarios para el normal desempeño de las funciones del Comité.
- Estudiar las recomendaciones que surgen del Comité y determinar la adopción de las medidas más convenientes e informar los correctivos al respecto.
- Asignar los recursos necesarios /económicos y humanos) para el cabal funcionamiento de las acciones propias de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Obligaciones de los trabajadores.

- Elegir libremente sus representantes al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Informar al Comité sobre las situaciones de riesgo que se presenten y manifestar sus sugerencias para el mejoramiento de las condiciones de Salud Ocupacional de la empresa.
- Cumplir con las normas del Comité y los reglamentos e instrucciones de la institución.


f) Funciones:

Funciones de los miembros del COPASST.

Son funciones del COPASST, de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 2013 de 1986 y el Artículo 26 del Decreto 614 de 1984, las siguientes:

- Proponer a la administración de la Clínica la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
- Proponer y participar en actividades de capacitación en salud ocupacional dirigidas a trabajadores, supervisores y directivos de la empresa o establecimiento de trabajo.
- Colaborar con el área de Salud ocupacional en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes.
- Vigilar el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial debe realizar la empresa de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes; promover su divulgación y observancia.
- Colaborar en el análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer al empleador las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia. Realizar seguimiento a la ejecución de las mismas.
- Visitar periódicamente los lugares de trabajo e inspeccionar los ambientes, máquinas, equipos, aparatos y las operaciones realizadas por el personal de trabajadores en cada área o sección de la empresa e informar al empleador sobre la existencia de factores de riesgo y sugerir las medidas correctivas y de control.
- Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Servir como organismo de coordinación entre empleador y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la seguridad y salud en el trabajo. Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la seguridad y salud en el trabajo.
- Solicitar periódicamente a la empresa informes sobre accidentalidad y enfermedades laborales con el objeto de dar cumplimiento a lo estipulado en la presente Resolución.
- Elegir al Secretario del comité.
- Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen el cual estará en cualquier momento a disposición del empleador, los trabajadores y las autoridades competentes.

Funciones del presidente del COPASST.

- Presidir y orientar las reuniones en forma dinámica y eficaz.
- Tramitar ante la administración las recomendaciones aprobadas en el seno del comité.
- Preparar los temas que se van a tratar en cada reunión.
- Coordinar todo lo necesario para la buena marcha del comité.
- Llevar a cabo los arreglos necesarios para determinar el lugar o el sitio de las reuniones.

Funciones del secretario.

- Verificar la asistencia de los miembros del Comité a las reuniones programadas.
- Tomar nota de los temas tratados para elaborar el acta de cada reunión y someterla a la discusión y aprobación del comité.
- Entregar por lo menos una semana después de cada reunión el acta de la misma a fin de que los miembros puedan desarrollar sus compromisos.
- Coordinar los recursos necesarios (fotocopias, informes, ayudas audiovisuales, etc.) para el buen funcionamiento de la reunión.
- Llevar el archivo referente a las actividades desarrolladas por el Comité.

g) Reunión del comité: el comité debe reunirse por lo menos una vez al mes en las instalaciones de la Institución y en horas de trabajo, asimismo contar con un respaldo de las actas de cada reunión, entre otros registros y evidencias de su gestión. Los líderes o jefes deberán facilitar el tiempo para que este grupo de colaboradores ejecuten las funciones establecidas en el cronograma de trabajo.


h) Actividades de COPASST: a continuación presentamos siete áreas de desempeño donde la participación del COPASST.

Resulta importante para la gestión en seguridad y salud ocupacional de la empresa, que complementan y ayudan al cumplimiento de las funciones establecidas por la legislación.

Orden y limpieza:

Promoción: si la empresa tiene una política de orden y limpieza, el Comité Paritario debe difundirla para que esté en conocimiento de todos los trabajadores.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Inspección: los Comités Paritarios pueden hacer inspecciones específicas sobre Orden y Limpieza, utilizando un formulario para registrar las condiciones que deben mejorarse y, especialmente, las recomendaciones que harán llegar al área correspondiente.

Verificación cumplimiento de recomendaciones: es importante que los Comités Paritarios verifiquen que sus recomendaciones, hayan sido puestas en práctica, insistiendo en aquellas que aún no han sido cumplidas o estén pendientes.

Detección de peligros.

Selección de lugares a inspeccionar / observar: lo primero que hay que hacer para controlar o eliminar peligros es conocerlos. Seleccionando previamente los lugares donde pueden encontrarse peligros por condiciones anormales de equipos, maquinarias, materiales, etc., o por actos peligrosos de las personas.

Detección de condiciones y actos peligrosos: la detección debe hacerse cuidadosamente, para no pasar por alto algunos peligros que puedan ser importantes.

Verificación cumplimiento de recomendaciones: la detección de peligros no debe considerarse concluida, mientras no se apliquen las recomendaciones propuestas. Por lo tanto, es importante que el Comité Paritario verifique si las recomendaciones propuestas se han cumplido e insista en aquellas que aún están pendientes.

Protección personal de los trabajadores (EPP).

Identificar quiénes usan y quiénes no usan su EPP: la identificación de quienes usan o no usan su EPP es importante, porque permitirá, posteriormente, conversar con quienes, por no usar su EPP, están exponiéndose a riesgos.

Conservar con los que no usan su EPP: esta es la oportunidad para dar a conocer, en una comunicación personal con quienes no usan su EPP, los riesgos a los que se exponen y los beneficios que brinda el uso del EPP correspondiente. Esta debe ser una conversación fundamentalmente motivacional.

Promoción de la seguridad.


Seleccionar los temas más necesarios: la promoción de la seguridad debe hacerse con base a los temas que sea más importante o necesario comunicar. Por ejemplo, el orden y la limpieza, uso de los EPP, protección de maquinarias, etc.

Solicitar material necesario: entidades como las administradoras de riesgos profesionales disponen de muchas publicaciones sobre diferentes temas que pueden ser útiles para el Comité Paritario.

Disponer de medios para publicaciones: las publicaciones con las cuales el Comité Paritario proporcione a la seguridad, deben instalarse en paneles o pizarras destinadas solo para este fin.

Publicar material sobre promoción de la seguridad: el Comité Paritario puede publicar material adquirido así como artículos preparados por el propio comité, sobre temas de interés, estadísticas de accidentes, lecciones aprendidas, consejos prácticos, etc.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Investigación de incidentes.

Promover el reporte de todos los incidentes: esto es fundamental para la investigación de incidentes. Un incidente puede haber sido leve y no ser informado, pero repetirse en forma similar y ser grave.

Investigar con la línea de mando las causas de cada incidente: cada investigación de un incidente debe considerarse como una oportunidad para identificar las causas que lo produjeron, con el fin de controlarlas y eliminarlas.

Verificar el cumplimiento de las recomendaciones: la investigación de un incidente no debe considerarse concluida hasta que se haya verificado que las recomendaciones para evitar su repetición han sido puestas en práctica.

Reunión: una vez verificadas las recomendaciones pendientes, deben ser analizadas para que adopten las decisiones que permitan ponerlas definitivamente en práctica.

Cumplimiento a disposiciones legales.

Verificar cuáles son las disposiciones que se cumplen en la empresa: una vez definidas las disposiciones legales que la empresa debe cumplir, el COPASST debe participar en la tarea de verificar cuales efectivamente se cumplen.

Promover el cumplimiento de las disposiciones pendientes: esta es una tarea importante que puede efectuar un COPASST, ayudando así a su empresa para que se mantenga al día a las disposiciones legales que le son exigibles.

- a) **Comunicación:** estudiar y considerar las sugerencias y reclamos que presenten los trabajadores en materia de seguridad y salud ocupacional.
- b) **Documentación:** se debe documentar cada reunión y actividad con acta que incluya asistencia y planes de acción, tareas y proyectos.

La documentación de acuerdo a la norma se debe tener por un periodo de 20 años.

6.13 Emergencias.


Fundamento Legal. Resolución 1802 de 1989.

Definición: el comité de emergencias es un grupo de personas que constituyen el soporte estratégico del plan de emergencias.

Objetivo: monitorear, regular y vigilar las acciones de emergencias en situaciones que lo ameriten.

Funciones:

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025


Conocimiento del riesgo

- Velar porque se realice el análisis de amenazas internas y externas, así como de la vulnerabilidad funcional en el contexto hospitalario.
- 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 de Clínica del Prado SAS y cada una de las sedes
- Verificar las necesidades de insumos o suministros, estableciendo el periodo de autonomía de Clínica del Prado SAS y cada una de las sedes con base en sus reservas de medicamentos, agua, combustible, equipos y alimentos.
- Determinar la capacidad de las instalaciones para recibir y atender lesionados provenientes de la situación crítica.

Reducción del riesgo

- Proponer y supervisar que se realicen las acciones necesarias para reducir el riesgo y mitigar los efectos de probables emergencias internas o externas que puedan afectar el centro asistencial.
- Proponer áreas externas e internas para expandir la capacidad de los servicios en caso de emergencia.
- 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 de Urgencias con el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres –DAGRD- en Medellín y las oficinas de Gestión del Riesgo en los demás municipios donde se cuenta con sedes de la Clínica del Prado SAS.
- Apoyar la consolidación del Plan Hospitalario de Emergencias de Clínica del Prado SAS y de las sedes externas.
- Plantear alternativas para la disposición del personal de refuerzo por turnos y áreas críticas en caso de situaciones de emergencia.
- Promover la conformación de la Brigada para Emergencias, con personal de las diferentes sedes, áreas, servicios y turnos.
- Liderar y conducir los procesos de evaluación posteriores a una situación de emergencia o desastre para retroalimentar el plan y sus preparativos.
- 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.
- Desempeñar el rol que el plan le ha fijado, de acuerdo con su cargo y niveles de responsabilidad y competencia.
- Hacer observaciones, y de ser posible, tomar nota de los aspectos positivos o por mejorar para ser utilizados como insumos en sus obligaciones de asesoría y evaluación posterior.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Manejo de emergencias y desastres

- Mantener permanentemente comunicados o disponibles a los integrantes del CHE, para reunirse a tomar decisiones correspondientes, según los considere el Comandante de Incidente y los líderes de emergencias de las sedes.
 - Determinar el nivel de respuesta de Clínica del Prado SAS en cada una de sus sedes ante un evento adverso.
 - Verificar la disponibilidad de recursos y determinar la necesidad de solicitar apoyo externo.
 - Evaluar la cancelación de cirugías programadas, consulta externa y salida de pacientes dados de alta en observación.
 - Coordinar la referencia y contrarreferencia de pacientes.
 - Determinar la conveniencia y necesidad de enviar personal de salud al lugar del evento.
 - Elaborar boletines de prensa con información acerca de pacientes hospitalizados, remitidos o ambulatorios atendidos por la Clínica.
 - Participar en labores de recuperación física, mental, social y ocupacional de la población afectada.
- Comandante de Incidente: Toda respuesta a situaciones de emergencia o desastre, independientemente de su magnitud y complejidad, debe tener un único responsable quien, llegado el momento, asume la dirección y coordinación de las acciones en el hospital.

Integrantes:

- Gerencia general.
- Dirección médica.
- Dirección administrativa y financiera.
- Jefe de gestión humana.
- Jefe de infraestructura y equipos biomédicos.
- Coordinación de infraestructura.
- Analista de seguridad y salud en el trabajo.
- Coordinación de auditoría médica.
- Jefe de comunicaciones y mercadeo.


Responsable: siempre debe estar liderado por altos mandos como la gerencia general, dirección médica o dirección administrativa y financiera.

Periodicidad de reuniones: cuatrimestral.

Registros: acta de cada comité, presentación, informes de simulacros, informes de evaluación después de la emergencia y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.14 Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral –IAMII.

Fundamento legal: Ley 12 de 1990 según la convención de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea general de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1990. Decreto 1393 del Ministerio de Salud y demás normas concordantes

Definición: es un grupo interdisciplinario encargado de promover y apoyar la atención integral de la gestante, lactante y recién nacido, mediante la capacitación, asesoramiento y recomendación orientados a las usuarias, acompañantes, colaboradores y personal de apoyo.


Objetivo: establecer directrices institucionales para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil, con enfoque de derechos y perspectiva diferencial.

Funciones:

- Coordinar y hacer seguimiento a las normas establecidas a la estrategia IAMII.
- Monitorear de manera trimestral, el cumplimiento de las políticas y normas de la estrategia IAMII.
- Promover la calidad de la atención materno infantil.
- Realizar análisis trimestral de datos generales de la institución para determinar el avance, consolidación y sostenimiento del proceso, con la implementación de los indicadores.
- Articular las acciones con la Ruta integral de atención materno perinatal.
- Cumplir con función educativa que implica discutir y analizar artículos científicos y otros documentos relacionados a la atención de la mujer gestante, lactante y el recién nacido que contribuyan no solo a actualizar el personal sino a manejar las prácticas profesionales relacionadas con la calidad de la atención que se preste a la madre y al niño.
- Diseñar y coordinar con la el área de formación, la ejecución del plan de capacitación en la estrategia.
- Garantizar 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 la información, capacitación de todo el personal, buscando favorecer actitudes y prácticas que estimulen el acercamiento de los usuarios a la institución.
- Producir y divulgar material educativo a todos los grupos de interés.
- Buscar la integración de los servicios prestados en la institución, de modo que todos promuevan prácticas saludables con enfoque materno infantil.
- Monitorear en los servicios el cumplimiento de la norma nacional que reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes (Decreto 1397 de 1992 por el cual se promueve la lactancia materna y se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos, de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna).
- Realizar periódicamente autoevaluación del grado de implementación de la estrategia a través del formulario de auto apreciación y diseñar el plan de mejoramiento requerido, incluyendo los indicadores del proceso.
- Realizar acciones de acompañamiento y seguimiento en los servicios de la implementación de los lineamientos de la política de IAMII.

Responsable: nutricionista de la unidad neonatal.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Integrantes:

- Nutricionista.
- Profesional en trabajo social.
- Representante del voluntariado o comunidad.
- Coordinaciones de enfermería de cada uno de los servicios asistenciales o sus delegados.
- Un representante del equipo de pediatría.
- Un representante del equipo de ginecobstetras.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: cuatrimestral.

Registros: acta de cada comité, listado de asistencia y presentaciones.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.15 Directivo.

Fundamento legal: política Institucional.


Definición: grupo que asesora y orienta a la gerencia genera en la toma de decisiones; promueven y mantienen la coordinación y el desarrollo dinámico de las diferentes áreas de la institución.

Objetivo: verificar y analizar el desarrollo de procesos directivos, financieros, administrativos, de prestación de servicios y de los procesos de apoyo necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos previamente definidos y plantear las acciones para el mejoramiento de dichos procesos.

Funciones:

- Asesorar a la gerencia en aspectos técnicos, científicos y administrativos, que la misma someta a estudio, para lograr los objetivos propuestos.
- Servir de medio de integración y coordinación de las actividades de las diferentes dependencias.
- Establecer las estrategias tendientes al desarrollo, implementación y seguimiento al plan estratégico y los planes de acción de las áreas.
- Analizar y estudiar propuestas que propendan por el mejor funcionamiento de la clínica o de las diversas unidades y áreas funcionales.
- Sugerir mejoras técnico- científicas encaminadas a asegurar la óptima actividad profesional.
- Sugerir soluciones para superar las debilidades de las diferentes unidades funcionales y acciones que apoyen la toma de decisiones gerenciales.
- Promover el mantenimiento de un alto nivel científico y técnico en los profesionales que hacen parte de la Institución.
- Proponer lineamientos generales que deban seguir las distintas dependencias para su buen funcionamiento.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Colaborar con la gerencia general en la solución de problemas normativos y administrativos de las diferentes unidades y áreas a fin de lograr el desarrollo armónico de los programas.
- Las demás que sean asignadas y correspondan a la naturaleza del Comité.

Responsable: gerente general

Integrantes:

- Gerencia general.
- Dirección médica.
- Dirección administrativa y financiera.
- Jefe de calidad.
- Jefe de mercadeo y comunicaciones.
- Jefe de gestión humana.
- Jefe comercial.
- Jefe de la unidad de gestión del conocimiento.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.16 Mejoramiento continuo.

Fundamento legal: política institucional.


Definición: grupo interdisciplinario cuya responsabilidad es definir los lineamientos para la implementación del sistema de gestión de la calidad así como determinar las estrategias de monitoreo y evaluación de resultados.

Objetivo: promover y generar una cultura organizacional de mejoramiento continuo de acuerdo con el plan de auditoría y mejoramiento para la calidad (PAMEC), indicadores institucionales y las demás fuentes de información necesarias.

Funciones.

- Definir los objetivos y metas anuales y su despliegue a cada área.
- Asegurar los medios necesarios para la implementación y sostenibilidad del sistema de calidad.
- Efectuar el seguimiento del plan de mejoramiento de la calidad.
- Proponer estrategias de mejoramiento en la prestación de los servicios ofertados por la institución.
- Desarrollar y poner en práctica incentivos y reconocimientos para la calidad.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Definir la metodología, pautas (norma fundamental), capacitación y apoyo técnico a las áreas para documentar procesos críticos y realizar análisis estadísticos.
- Recopilar mediciones de calidad en las áreas, apoyar su análisis y suministrar la información al comité directivo.
- Realizar seguimiento a la implementación y resultados del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud.
- Realizar seguimiento a la implementación y resultados del sistema único de habilitación.

Responsable: jefe de garantía de la calidad.

Integrantes:

- Jefe de garantía de la calidad.
- Coordinaciones asistenciales y/o administrativas según se requiera.
- Dirección médica.
- Analista de calidad.
- Analista en sistemas de información.
- Auxiliar de calidad.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.17 Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria

Fundamento legal: Resolución 0591 de 2024.


Definición: grupo interdisciplinario encargado de velar por el cumplimiento del plan de gestión integral de residuos sólidos y sensibilizar al personal sobre el autocuidado, las normas de bioseguridad y general todas las acciones que propenden por la conservación del medio ambiente.

Objetivo: evaluar la ejecución del plan de gestión ambiental y plantear medidas tendientes a garantizar su correcto cumplimiento y aplicación.

Funciones:

- Realizar el diagnóstico ambiental y sanitario el cual se realiza cada que inicie un nuevo servicio o se presenten cambios en la operatividad de la Clínica del Prado.
- Diseñar la estructura funcional y asignar responsabilidades.
- Formular el compromiso institucional según la política ambiental de la Clínica del Prado.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Diseñar el plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares - componente interno.
- Gestionar el presupuesto del plan.
- Implementar, monitorear y evaluar la eficacia del plan de gestión integral de residuos.
- Presentar en el comité los informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control.
- Investigar los accidentes e incidentes de trabajo por factor de riesgo biológico.
- Presentar las inspecciones ambientales a los miembros del comité.
- Hacer seguimiento a reportes de condiciones y comportamientos sub-estándares.
- Auditar el cumplimiento de los procedimientos definidos de forma anual.
- Presentar de forma anual el resultado de las auditorías a contratistas.
- Revisar el plan de manejo de residuos de forma anual.

Responsable: analista de gestión ambiental.

Integrantes:

- Dirección médica.
- Dirección administrativa y financiera.
- Jefe de gestión humana.
- Coordinación de infraestructura.
- Analista de seguridad y salud en el trabajo.
- Analista de gestión ambiental.
- Analista de sistemas de información.
- Líder de limpieza y desinfección.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: bimensual.

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia.


Vigencia de conformación: no aplica.

6.18 Docencia-servicio.

Fundamento Legal: Acuerdo 003 de 2003, Decreto 2376 de 2010, Decreto 055 de 2015, Ley 1917 de 2018. Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Objetivo: analizar y definir periódicamente los aspectos relacionados con el desarrollo de las prácticas formativas que faciliten la toma de decisiones, con el fin de garantizar la excelencia en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad, a su vez, evaluar y hacer seguimiento a los proyectos de investigación y programas educativos propios de la Clínica del Prado.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Responsable: jefe de la unidad de gestión del conocimiento.

Integrantes:

- Gerencia general.
- Dirección médica.
- Jefe de la unidad de gestión del conocimiento.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: bimestral.

Registros: acta de reunión, listado de asistencia y cartas aprobatorias de los estudios.

Vigencia de conformación: no aplica.

Definiciones:


- Docencia servicio: equipo de dirección interdisciplinario encargado de la coordinación, seguimiento y control de las prácticas académicas que se realizan dentro de la Clínica del Prado para garantizar el buen desarrollo de la formación académica y el cumplimiento de la normatividad que enmarca la relación docencia-servicio. Este comité define las directrices y toma las decisiones necesarias para garantizar el equilibrio en cada uno de los convenios con las Instituciones Educativas.
- Investigación: seguimiento a los proyectos de investigación que se estén desarrollando en la clínica, así mismo se reciben las propuestas para nuevos proyectos y desarrollos en la Clínica del Prado.

Funciones:

- Por normatividad se establece que el comité define sus propias directrices,
- Supervisar el cumplimiento de las normas que rigen la relación docencia-servicio.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos propuestos, la programación, actividades y comportamiento de estudiantes y docentes.
- Revisar criterios para la aceptación de docentes, admisión de estudiantes y la capacidad instalada.
- Generar propuestas que permitan un aumento de la producción científica e investigativa derivada de la relación docencia-servicio.
- Se liquida semestralmente las contraprestaciones emitidas por la universidad,
- Establecer pautas que permitan garantizar que la atención sea realizada bajo los más claros principios en términos de eficiencia, eficacia, integridad y humanismo.
- Evaluar las propuestas de estudios e investigaciones que se pretendan desarrollar en la Clínica del Prado.
- Seguimiento a los estudios activos.
- Discusión de temas de investigación dentro de la Clínica del Prado.

Disposiciones del comité docencia-servicio institucional:

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Se citará a reunión extraordinaria siempre y cuando el caso lo amerite, como el incumplimiento al reglamento de prácticas por algún estudiante o docente, un evento adverso a causa de las prácticas formativas o cualquier otra situación que ponga en riesgo a los estudiantes, los usuarios y la relación docencia-servicio, entre otras.
- El comité tendrá potestad para abrir y cerrar cupos que oferta a las instituciones educativas según la capacidad instalada y las necesidades del servicio.

6.19 Convivencia laboral.


Fundamento Legal: Ley 1010 de 2006, Resolución 2646 de 2008, Resolución 652 y 1352 y Decreto 2150 de 1995.

Objetivo: contribuir y fomentar un adecuado clima laboral en la Clínica del Prado, a través de un procedimiento interno encaminado a propiciar el respeto y la protección de los derechos de sus empleados como activo fundamental de la organización.

Definiciones:

- **Acoso laboral:** toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo, conforme lo establece la Ley 1010 de 2006. El acoso laboral presenta las siguientes modalidades:
 - **Maltrato laboral:** todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeña como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral.
 - **Persecución laboral;** toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.
 - **Discriminación laboral:** todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.
- **Entorpecimiento laboral:** toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.
- **Inequidad laboral:** asignación de funciones a menosprecio del trabajador.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- **Desprotección laboral:** toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador.

Funciones: establecer y difundir medidas preventivas y correctivas de acoso laboral:


Medidas preventivas:

- Formular una política clara dirigida a prevenir el acoso laboral que incluya el compromiso, por parte del empleador y de los trabajadores, de promover un ambiente de convivencia laboral
- Elaborar códigos o manuales de convivencia, en los que se identifiquen los tipos de comportamiento aceptables en la empresa.
- Realizar actividades de sensibilización sobre acoso laboral y sus consecuencias, dirigidos al nivel directivo y a los trabajadores, con el fin de que se rechacen estas prácticas y se respalde la dignidad e integridad de las personas en el trabajo.
- Realizar actividades de capacitación sobre resolución de conflictos y desarrollo de habilidades sociales para la concertación y la negociación, dirigidas a los niveles directivos, mandos medios y a los trabajadores que forman parte del comité de conciliación o convivencia laboral de la empresa, que les permita mediar en situaciones de acoso laboral.
- Realizar seguimiento y vigilancia periódica del acoso laboral utilizando instrumentos que para el efecto hayan sido validados en el país, garantizando la confidencialidad de la información.
- Desarrollar actividades dirigidas a fomentar el apoyo social y promover relaciones sociales positivas entre los trabajadores de todos los niveles jerárquicos de la empresa.
- Conformar el Comité de Convivencia Laboral y establecer un procedimiento interno confidencial, conciliatorio y efectivo para prevenir las conductas de acoso laboral.
- Establecer el procedimiento para formular la queja a través del cual se puedan denunciar los hechos constitutivos de acoso laboral, garantizando la confidencialidad y el respeto por el trabajador.

Medidas correctivas:

- Implementar acciones de intervención y control específicas de factores de riesgo psicosociales identificados como prioritarios, fomentando una cultura de no violencia.
- Promover la participación de los trabajadores en la definición de estrategias de intervención frente a los factores de riesgo que están generando violencia en el trabajo.
- Facilitar el traslado del trabajador a otra dependencia de la empresa, cuando el médico tratante o el Comité de Convivencia lo recomienden.
- Establecer un procedimiento interno confidencial, conciliatorio y efectivo para corregir las conductas de acoso laboral.
- Examinar de manera confidencial los casos específicos que puedan tipificar conductas de acoso laboral.
- Recibir y dar trámite a las controversias presentadas en las que se describan situaciones de acoso laboral, así como las pruebas que la soportan.
- Escuchar de manera individual a las partes involucradas sobre los hechos que dieron lugar a la controversia.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Adelantar reuniones con el fin de crear espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos, para llegar a una solución efectiva de las controversias.
- Formular un plan de mejora concertado entre las partes, para construir, renovar o promover la convivencia laboral, garantizando en todos los casos el principio de confidencialidad.
- Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por las partes involucradas en la controversia, verificando su cumplimiento de acuerdo a lo pactado.
- Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del comité que incluya estadísticas de las controversias, seguimiento de los casos y recomendaciones, los cuales serán presentados a la Alta Dirección de la Clínica.

Generalidades:

Conformación: está compuesto por (2) representante del empleador y (2) representantes de los trabajadores, con sus respectivos suplentes.

Forma de selección: el empleador elige sus representantes directamente y los empleados mediante votación secreta que representa la expresión libre, espontánea y autentica de todos los trabajadores.

Impedimento o inhabilidades para formar parte del comité: no podrán ser miembros del comité a los que se les haya formulado una queja de acoso laboral, o que hayan sido víctimas de acoso laboral en los últimos 6 meses anteriores a su conformación.

Periodo: dos (2) años a partir de la conformación del mismo que se contarán desde la fecha de comunicación o selección.

Capacitación: se deben realizar actividades para los miembros del comité sobre resolución de conflictos, comunicación asertiva y otros temas prioritarios para su funcionamiento.

Responsabilidad del empleador: desarrollar medidas preventivas y correctivas de acoso laboral.

Recursos: se debe garantizar un espacio físico para las reuniones y demás actividades del comité, así como para su manejo reservado de la documentación.

Responsabilidad de la ARL: la administradora de riesgos laborales llevará a cabo acciones de asesoría y asistencia técnica a la Clínica, para el desarrollo de las medidas preventivas y correctivas de acoso laboral.


Responsable: comité de convivencia.

Integrantes:

- 4 colaboradores elegidos por los empleados.
- 4 colaboradores elegidos por el empleador.

Periodicidad de las reuniones: trimestral.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Registros: se debe realizar actas y listados de asistencia de todas las reuniones ordinarias y extraordinarias así como de la gestión y seguimiento de todas las controversias en el formato para colocar en conocimiento una controversia que altera la convivencia laboral.

6.20 Atención integral de la violencia.


Fundamento Legal: Resolución 0459 de 2012.

Objetivo: establecer las directrices necesarias a fin de garantizar el mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual, intrafamiliar, de género, IVE e intento suicida desde la intervención como agentes del sector salud.

Definiciones:

- **Violencia sexual:** “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, Independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.
- **Violencia psicológica:** se refiere a todo tipo de agresión a la vida emocional de la persona, que se manifiesta a través de formas de comunicación que implican humillación, ridiculización, burla, amenaza, rechazo y denigración, así como ausencia de manifestaciones afectivas, exclusión o aislamiento, y expresiones de celos excesivos que coartan la libertad, lo que aleja a la persona de su red social y familiar e impide el ejercicio de sus derechos.
- **Violencia física:** se entiende como una forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias de diversa gravedad asociadas con enfermedad, heridas y mutilaciones que pueden llevar inclusive a la muerte. Ocasiona además efectos traumáticos de orden psicológico o emocional.
- **Violencia intrafamiliar:** “toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (afinidad, sangre o afiliación), que transforma las relaciones entre ellos causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos” y tiene entre sus características ser permanente, periódica o cíclica. *(Guía de la mujer maltratada. Res. 412/2000)*
- **Maltrato infantil:** “toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” *(OMS)*.
- **Violencia conyugal:** cualquier acción o conducta que causa daño, sufrimiento físico, sexual o Psicológico en los ámbitos público y privado en los que se desenvuelve una pareja (con o sin convivencia, con o sin vínculo actual).

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- **Interrupción voluntaria del embarazo:** se define como la interrupción voluntaria del embarazo, siendo este es un derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia.
- **Intento suicida:** conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

Responsable: profesional de psicología.

Integrantes y miembros activos:

- Profesional de psicología.
- Técnico auxiliar de vigilancia epidemiológica y seguridad del paciente.
- Personal de urgencias: profesional médico, profesional en enfermería y/o coordinador del servicio.
- Profesional en enfermería de neonatos: profesional de enfermería asignada.
- Profesional en enfermería de hospitalización.
- Técnico auxiliar de enfermería de obstetricia y cirugía.
- Profesional en trabajo social.

Áreas de apoyo del comité:

- Auditoría médica.
- Garantía de la calidad.
- Comunicaciones.
- Servicio farmacéutico.


Periodicidad de las reuniones: bimestral.

Funciones:

Profesional de psicología: funcionario encargado de liderar la gestión del programa con enfoque científico-asistencial; realizar seguimiento del proceso para garantizar una adecuada atención, acompañar las visitas de asistencias técnicas, auditorías internas y externas referentes al programa, realizar seguimiento al plan anual de capacitaciones, servir de consultor al personal de los diferentes servicios de la Clínica, ante los diferentes casos de violencia, maltrato, IVE e intento suicida que puedan presentarse, realizar el seguimiento del cumplimiento en los planes de mejoramiento derivados de las mediciones de adherencia realizadas a los procesos, convocar al comité según periodicidad definida.

Coordinación médica de urgencias o profesional médico general delegado: funcionario encargado de acompañar el liderazgo en la gestión del programa con enfoque científico-asistencial; seguimiento del proceso para garantizar una adecuada atención, acompañar las visitas de asistencias técnicas, auditorías internas y externas referentes al programa, apoyar las actividades y ejecución de las capacitaciones, servir de consultor al personal de los diferentes servicios de la Clínica, ante los diferentes casos de violencia, maltrato, IVE e intento suicida que puedan presentarse, apoyar el seguimiento del cumplimiento en los planes de mejoramiento derivados de las mediciones de adherencia realizadas a los procesos y servir de intermediario con las directivas de la institución. Custodiar las muestras físicas que se deban almacenar en el servicio de urgencias.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Técnico auxiliar de seguridad del paciente, prevención de infecciones y vigilancia epidemiológica: funcionario encargado de verificar las fuentes de información como base de datos, instrumentos de registro y demás necesarios para garantizar la correlación del dato entre las usuarias o usuarios atendidos vs los reportados al SIVIGILA y de realizar mensualmente el reporte de casos a las diferentes aseguradoras.

Profesional en enfermería de la unidad neonatal: ejecución de las capacitaciones, servir de consultor al personal de la unidad neonatal ante los diferentes casos de violencia y maltrato que puedan presentarse, análisis de casos y reporte de los casos del maltrato al menor a entidades competentes.

Profesional en enfermería representante del servicio de urgencias: ejecución de las capacitaciones, servir de consultor al personal de urgencias ante los diferentes casos de violencia, maltrato, IVE e intento suicida, que puedan presentarse y análisis de casos.

Profesional en enfermería representante del servicio de hospitalización: ejecución de las capacitaciones, servir de consultor al personal de hospitalización ante los diferentes casos de violencia, maltrato, IVE e intento suicida, que puedan presentarse y análisis de casos.

Técnico auxiliar de enfermería representante del servicio de obstetricia: ejecución de las capacitaciones, servir de consultor al personal de hospitalización ante los diferentes casos de violencia, maltrato, IVE e intento suicida, que puedan presentarse, análisis de casos y encargada del seguimiento a la custodia de material probatorio almacenado en el servicio.

Personal experiencia de las personas trabajo social: ejecución de las capacitaciones, servir de consultor al personal de la Clínica ante los diferentes casos de violencia y maltrato que puedan presentarse, análisis de casos y reporte de los casos del maltrato al menor a entidades competentes.

Áreas de apoyo del comité:


Garantía de la calidad: apoyar las actividades dirigidas a la actualización documental de los protocolos de violencia, maltrato, interrupción voluntaria del embarazo e intento suicida, informar sobre el cronograma de auditoras referente a los temas tratados en el comité, y socialización de resultados de las mismas.

Auditoría médica: realizar evaluación de adherencia a los protocolos de atención para violencia sexual, maltrato, interrupción voluntaria del embarazo y conducta suicida y socialización de los resultados obtenidos, apoyar las acciones encaminadas en los planes de mejoramiento.

Comunicaciones y mercadeo: enviar correspondencia relacionada con material educativo o de interés, construir y ejecutar el plan de medios para la socialización a usará y colaboradores en temas de violencias indicadas por ley.

Servicio farmacéutico: garantizar la gestión y disponibilidad de los insumos y medicamentos requeridos en la atención de las víctimas de violencias, así como se el enlace con Secretaria de salud en la consecución de los medicamentos que solo son adquiridos a través de los entes municipales.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: No aplica.

6.21 Contratación.

Fundamento legal: política institucional.

Definición: el comité es una instancia en la que se toman las decisiones estratégicas para gestionar adecuadamente los acuerdos de voluntades que se celebren, tanto con entidades aseguradoras contratantes como con contratistas y proveedores de servicios asistenciales y administrativos, personas jurídicas y naturales. El alcance de la gestión del comité de contratación abarca lo referente a la evaluación, análisis, ejecución, monitoreo, control, perfeccionamiento y legalización de la contratación con dichas entidades.

Objetivo: establecer las directrices que permitan garantizar las buenas prácticas en la gestión contractual, propendiendo por el cumplimiento del direccionamiento estratégico de la organización, y del código de ética y buen gobierno corporativo.

Funciones:

- Analizar y decidir sobre las posibles alternativas de negociación, a la luz de los planteamientos del mercado, en función de maximizar los beneficios institucionales, basados en las premisas organizacionales y en los principios de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Consultar y definir los lineamientos generales que regirán la actividad precontractual, contractual y post-contractual para garantizar el perfeccionamiento y legalización del proceso de contratación con cualquier entidad
- Evaluar y monitorear el cumplimiento de la ejecución contractual con las diferentes entidades aseguradoras con las que existen convenios de prestación de servicios de salud.
- Evaluar el proceso de selección de proveedores con pluralidad de oferentes.

Responsable: Jefe comercial.


Integrantes:

- Gerencia general.
- Dirección administrativa y financiera.
- Dirección médica.
- Jefe comercial.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: bimestral.

Registros: acta de cada comité y listado de asistencia.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Vigencia de conformación: no aplica.

6.22 Cartera.

Fundamento legal: política institucional.

Definición: grupo que debe garantizar el recaudo oportuno de la cartera para el cumplimiento de todas las obligaciones generadas en el desarrollo de su objeto social.

Objetivo: establecer los criterios y lineamientos para el manejo y recaudo adecuado de la cartera.

Funciones:

- Analizar el estado de cartera de cada entidad y tomar decisiones en los casos críticos de morosidad.
- Establecer pautas para los procesos de conciliación de cartera.
- Análisis de indicadores.
- Evaluar deterioro de cartera.
- Tomar decisiones con las facturas que se consideran irrecuperables.

Responsable: coordinación de cartera.

Integrantes:

- Gerencia general.
- Dirección administrativa y financiera.
- Jefe comercial.
- Coordinación de cartera.
- Coordinación de admisiones y facturación
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.


Registros: acta de cada comité y listado de asistencia.

Vigencia de conformación: No aplica.

6.23 Experiencia de las personas.

Fundamento legal: política institucional.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Definición: grupo conformado por los líderes administrativos y asistenciales que trabajarán de forma coordinada con los diferentes líderes de las áreas y/o procesos, garantizando el mejoramiento continuo de los mismos. Este comité es la instancia institucional por medio de la cual se monitorea y evalúa las pautas para la prestación del servicio y se enfoca en el cumplimiento de los lineamientos de la estrategia corporativa experiencia del paciente.

Objetivo: desarrollar, implementar y evaluar estándares de calidad y seguridad clínica que permitan mejorar la atención de los usuarios como centro de las estrategias de la Clínica del Prado.

Funciones:

- Analizar y monitorear las condiciones de calidad para la atención de los usuarios haciendo seguimiento a las acciones implementadas en cumplimiento a las líneas estratégicas de experiencia de las personas.
- Realizar seguimiento a la experiencia de los pacientes y proponer acciones de mejora que permitan elevar los índices de satisfacción y fidelización de los usuarios.
- Evaluar y analizar los niveles de insatisfacción a partir de la retroalimentación realizada por parte de los pacientes y del personal expuestas a través de encuestas, reuniones y los comentarios que se presenten por los diferentes medios de comunicación.
- Fortalecer estrategias y gestionar los recursos para la implementación de acciones encaminadas al mejoramiento continuo y evaluar el progreso de las ya implementadas.
- Realizar seguimiento periódico (mensual) a las metas establecidas en los objetivos corporativos de atención centrada en el paciente, acceso y continuidad en la atención, mejoramiento de la calidad y otros que el Grupo Quirónsalud determine.
- Hacer seguimiento y gestión de los diferentes medios que permiten evaluar la satisfacción y lealtad de los usuarios, tales como, NPS, PQRS, seguimiento post egreso y otras estrategias institucionales como el Comparte y la Sala feliz.
- Coordinar y ejecutar actividades relacionadas a los diferentes espacios de la política de participación social en salud (PPSS).
- Coordinar actividades de la estrategia ruta neón que permita brindar una atención integral a la paciente de la ruta ámbar (preferencial).

Responsable: coordinación de experiencia de las personas.


Integrantes:

- Gerencia general o su delegado.
- Dirección médica o su delegado.
- Jefe comercial.
- Coordinadores de servicios asistenciales según se requiera.
- Otros invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: mensual.

Registros: acta de cada comité, presentación y listado de asistencia.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Vigencia de conformación: no aplica.

6.24 Relacionamento con terceros.

Fundamento legal: Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud”; numeral 11.1.7 estándar de interdependencia ítem 1.4 “Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.

Definición: grupo conformado por líderes administrativos y asistenciales de la clínica que trabajarán de forma coordinada con los diferentes líderes de las entidades con las cuales la clínica tiene contratado algún tipo de servicio y que denomina terceros, para garantizar el buen desarrollo de los procesos y el mejoramiento continuo de los mismos. Este comité es la instancia institucional por medio de la cual se monitorea y evalúa la prestación del servicio por las distintas entidades con las cuales se han establecido acuerdos de servicios dentro de la Clínica, y se convocan de acuerdo a la necesidad identificada con el desarrollo de los procesos.

Objetivo: gestionar los riesgos institucionales relacionados con la prestación del servicio contratado, ya sea de apoyo administrativo o asistencial a través de la identificación, notificación, intervención y seguimiento de los eventos de seguridad clínica y las no conformidades.

Funciones:

- Hacer seguimiento al desempeño del contratista a través de la socialización de incidentes, eventos adversos y no conformidades que se identifican desde la clínica hacia la entidad y desde la entidad hacia la clínica, reportados de manera previa, a fin de identificar retrasos y efectividad en los planes de mejoramiento implementados, que permitan generar estrategias en conjunto para intervenirlos en caso de ser necesario.
- Fortalecer canales de comunicación que permitan una relación contractual que responda a las necesidades y expectativas de ambas partes.
- Identificar necesidades puntuales de ambas partes que a través de una mediación colaborativa se intervengan de manera oportuna, puntualmente para el cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación.


Responsable: Jefe comercial.

Integrantes:

- Dirección médica.
- Jefe comercial.
- Coordinadores asistenciales de los diferentes servicios.
- Representantes de los servicios tercerizados de apoyo en salud y administrativos.
- Otros invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: trimestral.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Registros: acta de cada comité, listado de asistencia y presentaciones para los casos que aplique.

Vigencia de conformación: no aplica.

6.25 Gestión del cambio.

Fundamento legal: Decreto 1072 del 2015. Artículo 2.2.4.6.26. Gestión del cambio.

Definición: comité encargado evaluar el impacto sobre la seguridad y salud en el trabajo que puedan generar los cambios internos o los cambios externos.

Objetivo: facilitar a los trabajadores la adaptación y participación de los cambios organizacionales.

Funciones:

- Analizar las necesidades y definir las partes interesadas en la gestión del cambio (dejar indicada la información el formato).
- Identificar un líder técnico que acompañe el proceso de gestión del cambio.
- Citar a comité, agentes y personas involucradas.
- Analizar los diferentes peligros, riesgos y factores que facilitan la gestión del cambio.
- Analizar los diferentes peligros, riesgos y factores que dificultan la gestión del cambio.
- Generar estrategias en conjunto para mitigar el impacto de los cambios.
- Generar estrategia de comunicación y participación.
- Hacer seguimiento a las estrategias definidas.

Responsable: analista de seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.

Integrantes:


- Jefe de infraestructura y equipos biomédicos.
- Analista de seguridad y salud en el trabajo.
- Coordinación de experiencia de las personas.
- Coordinación de seguridad del paciente, control de infecciones y vigilancia epidemiológica.
- Analista de sistemas de información.

Periodicidad de reuniones: a necesidad.

Registros: formato de solicitud de gestión del cambio.

Vigencia de conformación: No aplica

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.26 Auditoría interna, riesgos y conducta.

Fundamento legal: Circular externa 0003 de 2018, Circular 20211700000004-5 2021.

Definiciones:

Alta gerencia: personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa (Denominados administradores) u organizacional de La entidad. La Junta Directiva La hace responsable del giro ordinario del negocio de la entidad y la encarga de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de La misma También se incluye en La Alta Gerencia el Auditor Interno.

Arquitectura de control: concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a La entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda La organización.

Conflicto de interés: se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en La posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un interés privado" que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio comercial o económico para La parte que incurre en estas conductas.

Directores: son los miembros de La Junta Directiva u órganos equivalentes según La figura jurídica de que se trate.


Grupos de interés: todas aquellas personas que, por su vinculación con La entidad, tienen interés en esta, a saber: El público en general, miembros del máxima órgano social, empleados, proveedores de bienes y servicios, clientes, usuarios, autoridades económicas y tributarlas, autoridades de regulación, inspección, vigilancia y control, y otros actores identificados como grupos de interés por La entidad.

Grupo empresarial: se entiende como La conformación de grupo empresarial de acuerdo al artículo 28 de la Ley 222 de 1995, siempre que las categorías de matriz, filial y subsidiaria a las que hace referencia el código de comercio para establecer el vínculo de subordinación.

Hallazgo material: un hecho económico es material cuando, debido a su naturaleza o cuantía, su conocimiento o desconocimiento, teniendo en cuenta las circunstancias de su entorno, puede alterar significativamente las decisiones económicas de los usuarios de La información. Al preparar estados financieros, La materialidad se debe determinar en relación con el activo total, el pasivo total, el pasivo corriente, el capital de trabajo, el patrimonio a los resultados del ejercicio, según corresponda.

Independiente: se entiende por independiente, aquella persona que en ningún caso sea:

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Empleado o directivo de la IPS o de alguna de sus filiales, subsidiarias o controlantes, incluyendo aquellas personas que hubieren tenido tal calidad durante el año inmediatamente anterior.
- Miembros del máximo órgano social que directamente o en virtud de convenio dirijan, orienten o controlen La mayoría de los derechos de voto de La entidad o que determinen La composición mayoritaria de los órganos de administración, de dirección a de control de la misma.
- Socio o empleado de asociaciones o sociedades que presten servicios de asesoría o consultoría a La IPS o a las entidades que pertenezcan al mismo grupo empresarial del cual forme parte esta, cuando los ingresos por dicho concepto representen para aquellos, el veinte por ciento (20%) o más de sus ingresos operacionales.
- Empleado o directivo de una fundación, asociación o sociedad que reciba donativos importantes de La IPS. Se consideran donativos importantes aquellos que representen más del veinte por ciento (20%) del total de donativos recibidos por La respectiva institución.
- Persona natural que reciba directamente de la IPS alguna remuneración diferente a los honorarios como miembro de la junta directiva, del comité de auditoría interna o de cualquier otro comité creado por la junta directiva.

Junta directiva: es el máximo órgano colegiado encargado de La dirección de la entidad. Sus miembros se conocen como directores.

Máximo órgano social: es el máximo órgano de gobierno de La entidad. Es La Asamblea General. Su principal función es velar por el cumplimiento de los objetivos misionales de La entidad.


Usuario: es toda persona natural a La que La entidad le presta a suministra un servicio de salud.

Objetivo: el comité de riesgos apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles del sistema de gestión de riesgos, garantizando la implementación de todas las etapas del ciclo de gestión de riesgos y sus subsistemas, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Funciones:

- Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por La entidad, propios de su función en el SGSSS.
- Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de La institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias Clínicas, infecciones, y farmacia.
- Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con La seguridad del paciente.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025


	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.)."
- Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.
- Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.

Informar a la junta directiva y al representante legal sobre los siguientes aspectos:

- El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
- Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el sistema integrado de gestión de riesgos."

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

Funciones del comité en relación al programa de transparencia y ética empresarial:

- Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética a interior de cada entidad.
- Apoyar a la junta directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.
- Crear y apoyar las actividades para la actualización del código de conducta y de buen gobierno, en lo relacionado con temas de conducta, cuando así se necesite."
- El comité de conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anticorrupción para La entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.
- El comité de conducta implementa un programa empresarial de cumplimiento anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaria de Transparencia de la presidencia de la República de Colombia o la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
- Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el comité de conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos:
 - Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.
 - Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.
 - Uso de terceras partes en posibles esquemas de soborno.
 - Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites.
 - Pagos monetarios y/o en especie por La captación preferente e indebida de pacientes
 - Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (Como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos).
 - Conflictos de interés no revelados.
 - El uso de recursos de La seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella.

Responsable: coordinación de gestión de riesgos.

Integrantes:


- Gerencia general.
- Dirección administrativa y financiera.
- Jefe comercial.
- Coordinación de gestión de riesgos.
- Coordinación de seguridad del paciente, control de infecciones y vigilancia epidemiológica.
- Invitados de acuerdo al tema a tratar.

Periodicidad de reuniones: trimestral.

Registros: acta de cada comité, listado de asistencia y presentaciones para los casos que aplique.

Vigencia de conformación: acta de conformación del comité de junta directiva.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

6.27 Comité de gestión operativa de la unidad de endometriosis.

Fundamento legal: Ley 2338 del 12 de octubre del 2023, Por medio de la cual se establecen los lineamientos para la política pública en prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis, para la prevención y sensibilización ante la enfermedad.

Definición: El comité es una instancia de carácter asesor técnico y científico dentro de la institución, cuya finalidad es establecer las directrices que permiten a la institución coordinar, ejecutar y operar la unidad clínica de alto desempeño de endometriosis.

Objetivo: Definir, implementar y monitorear los lineamientos institucionales que se deben tener en cuenta para la gestión de la unidad clínica de alto desempeño.

Responsable: Coordinador de la unidad de endometriosis.

Integrantes:


- Jefe de calidad.
- Jefe de gestión humana.
- Jefe de gestión del conocimiento.
- Coordinador de la unidad de endometriosis.
- Coordinador de experiencia de las personas.
- Coordinadora de seguridad del paciente.
- Médico profesional en ginecología laparoscópica (apoyo de coordinación).
- Médico profesional en ginecología laparoscópica encargado del análisis de complicaciones.
- Técnico auxiliar en enfermería de la unidad de endometriosis.

El comité, de acuerdo a las necesidades de la institución invitará un representante o cualquier otro personal de la institución que considere necesario para su adecuado funcionamiento.

Funciones: Las funciones del comité están orientadas a garantizar que la atención no solo sea de alta calidad desde el punto de visto clínico, sino que también la unidad sea sostenible, accesible, y respaldada por programas institucionales y una infraestructura adecuada.

- Coordinar y monitorear la atención brindada a las pacientes con endometriosis promoviendo un acceso oportuno durante las fases de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Gestionar y administrar los recursos económicos destinados para el buen funcionamiento de la unidad de endometriosis.
- Promover la investigación científica y clínica entorno a la endometriosis en colaboración con las universidades y asociaciones de usuarios.
- Participar en el desarrollo de acciones de formación continua del talento humano.
- Promover la cooperación entre las diferentes especialidades para proporcionar una atención integral.
- Analizar los resultados de los indicadores relacionados con la atención del paciente.
- Retroalimentar al personal que conforma la unidad de endometriosis frente a los resultados de las evaluaciones, seguimiento de indicadores y planes de mejora.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

- Velar por el cumplimiento de la planeación estratégica de la unidad de endometriosis para una atención estandarizada.

Periodicidad de reuniones: El comité se reunirá mensualmente y de manera extraordinaria cuando se requiera en situaciones extraordinarias siempre que se presente una situación que lo amerite.

Registros: Acta de cada comité y listado de asistencia.

7. FRECUENCIA DE REVISIÓN DEL MANUAL

Este documento tiene una frecuencia de revisión anual y se debe actualizar cada (3) años o antes, si existen cambios en el proceso o en la normatividad o institucional que le aplique, siendo responsabilidad de cada líder de comité la actualización del documento así como la disponibilidad de los soportes que se requieran.

8. ANEXOS

No aplica.

9. BIBLIOGRAFÍA


No aplica, se elabora documento de acuerdo a la normatividad que le aplique y/o a políticas institucionales.



Juan Carlos Estrada Vélez
Gerente
Clínica del Prado S.A.S


CONTROL DE ACTUALIZACIONES

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	05/May/2008	Se crea el documento.
2	30/Sep/2013	Se incluye el comité de convivencia laboral.
2	31/Dic/2013	Se incluye el comité de informática.
3	31/May/2014	Se incluye el Comité de Código azul.
4	30/Jun/2014	Reestructuración a directriz Comité de farmacia y terapéutica.
5	31/Jul/2014	Se incluye el Comité para la gestión programática de la atención integral de violencia en todas sus formas.
6	05/Ene/2015	Se realizan ajustes al comité de farmacia y terapéutica, adiciona programa de RV.
7	19/Feb/2016	Se realiza ajuste a periodicidad de reunión para el comité de informática.
8	21/Jul/2016	Se realiza ajuste en el listado de asistentes de todos los comités, debido a modificaciones en la estructura organizacional y se modifican los tiempos de reunión según revisión con el líder de cada comité. Se elimina el comité de obra por terminación del proyecto nueva sede.
9	21/Jul/2017	Se modifica el comité Docencia servicio.
10	17/Sep/2018	Se actualiza información de los comités de compras, contratación y se incluye el comité de cartera y junta de profesionales de salud quien reemplaza el comité técnico científico. Finalmente se actualiza documento como manual de acuerdo a las directrices documentales establecidas en la institución este reemplaza el A-DFG-DG-015.
11	15/Ago/2019	Se actualiza el objetivo, funciones, integrantes y periodicidad de reuniones del comité de código azul.
12	21/Feb/2020	Se actualiza marco legal, integrantes de los comités y se incluye el comité de servicios y el comité académico científico.
13	03/Jun/2020	Según concepto jurídico, se cambia el nombre del comité de ética hospitalaria a bioética hospitalaria, se cambia su definición, funciones, integrantes, responsable y secretaria. Se hace la separación del comité de historias clínicas y estadísticas vitales con una conformación específica para cada uno.
14	10/Mar/2021	Se actualiza el comité de servicios por comité de experiencia del paciente.
16	22/Mar/2023	En general, se realiza actualización de cada uno de los comités: normatividad, integrantes, periodicidad de reuniones, responsables. Se inactiva el comité de bioética y se restablece el comité de ética hospitalaria, quedando el primero como una comisión dentro del segundo, al igual que el de bioética en situaciones de contingencia epidemiológica local, nacional o internacional. Se inactiva el comité académico científico y se incluye como parte del comité de docencia servicio. Se inactiva la Liga de usuarios como comité ya que no tiene la misma connotación. Se crea el comité de gestión del cambio. Se crea el comité de auditoría interna, riesgos y conducta. Se actualizan funciones del comité de gestión ambiental. Se actualiza normatividad del comité junta de profesionales de salud. Se actualiza integrantes, objetivo y definiciones del comité de violencia. Se actualiza funciones del comité de historia clínica y registros.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025

	MANUAL	CÓDIGO: M-GEST-GA-CC-001
	COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN: 19
	CONFORMACIÓN DE COMITÉS INSTITUCIONALES	EDICIÓN: 16/Ene/2025

		<p>Se modifica integrantes y periodicidad del comité de cartera.</p> <p>Se inactiva el comité de compras, será dirigido y definido en el corporativo en la Clínica Imbanaco de Cali.</p> <p>Se actualizan funciones del comité de estadísticas vitales.</p> <p>Se modifica integrantes, periodicidad y funciones del comité de emergencias.</p> <p>Se actualiza normatividad y funciones del comité de seguridad del paciente y el comité de programas de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud- IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos — PROA.</p> <p>Se actualiza objetivo, funciones, generalidades y miembros del comité de morbi-mortalidad.</p> <p>Se actualiza funciones y miembros del comité de transfusiones</p> <p>Se actualiza funciones y miembros del comité de contratación.</p> <p>Se actualiza funciones y miembros del comité IAMII.</p> <p>Se modifica vigencia de reuniones del comité de mejoramiento.</p>
17	10/Abr/2024	<p>Se modifica la periodicidad de sesiones para los comités de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral. • Cartera. • Directivo. • Docencia – servicio. • Experiencia de las personas. • Mejoramiento continuo <p>Se ajusta conformación de los comités de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartera. • Directivo • Atención integral en violencia. • Gestión ambiental. • Mejoramiento de la calidad. • Experiencia de las personas. • Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria <p>Se establece periodicidad para el comité de contratación.</p> <p>Se cambia nombre de comité de gestión ambiental a grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria.</p>
18	25/Sep/2024	<ul style="list-style-type: none"> • Se separan actas de conformación comité de control de infecciones y comité de uso racional de antimicrobianos PROA. • Se actualiza miembros de los comité de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica y registros. ▪ IAMII. ▪ Transfusiones sanguíneas. ▪ Mejoramiento continuo. ▪ Experiencia de las personas. ▪ Relacionamento con terceros. • Se actualiza periodicidad de los comité de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergencias. ▪ Relacionamento con terceros. ▪ Mejoramiento continuo.
19	16/Ene/2025	Se adiciona comité de gestión operativa de la unidad de endometriosis.

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Jefes, coordinadores y líderes asistenciales y administrativos. Cargo: No aplica. Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Alejandra Maria Henao Arias Cargo: Jefe de calidad Fecha: 16/Ene/2025	Nombre: Juan Carlos Estrada Vélez Cargo: Gerente Fecha: 16/Ene/2025