	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

**RESOLUCIÓN NÚMERO 035 DE 2026
(22 DE ENERO DE 2026)**

"POR LA CUAL SE DEROGA LA RESOLUCIÓN 029 DEL 22 DE ENERO DE 2025 Y SE ADOPTA LA CONFORMACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE EQUIPOS PARA LA ACREDITACIÓN EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. IMSALUD

En uso de sus facultades legales y, en especial las atribuciones constitucionales en la Ley 100 de 1993, Ley 489 de 1998, Decreto 903 de 2014, Resolución 5095 de 2018, Resolución 1328 de 2021, Acuerdo 87 enero de 1999 y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 209 de la Constitución Política consagra que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y debe desarrollarse con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Que, el artículo 269 de la Constitución Política determina que "las entidades públicas y las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley".

Que, la constitución política de Colombia prevé en el artículo 366 que, "el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del estado" y que "será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades de insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable".

Que, la ley 100 de 1993 en su artículo 186, "Del Sistema de Acreditación. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento".

Que, la Ley 489 de 1998¹, respecto al ámbito de aplicación en su artículo 2 dispone lo siguiente:

"ARTÍCULO 2.- Ámbito de aplicación. La presente Ley se aplica a todos los organismos y entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público y de la Administración Pública y a los servidores públicos que por mandato constitucional o legal tengan a su cargo la titularidad y el ejercicio de funciones administrativas, prestación de servicios públicos o provisión de obras y bienes públicos y, en lo pertinente, a los particulares cuando cumplan funciones administrativas.

PARÁGRAFO. - Las reglas relativas a los principios propios de la función administrativa, sobre delegación y desconcentración, características y régimen de las entidades descentralizadas, racionalización administrativa, desarrollo administrativo, participación y control interno de la Administración Pública se

¹ Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del Artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

aplicarán, en lo pertinente, a las entidades territoriales, sin perjuicio de la autonomía que les es propia de acuerdo con la Constitución Política. (Negrita y subraya propia)."

Que, la citada disposición en otro de sus apartes regula lo relacionado con planta global y grupos de trabajo y sobre el particular, en el artículo 115 establece:

"ARTÍCULO 115.- Planta global y grupos internos de trabajo. El Gobierno Nacional aprobará las plantas de personal de los organismos y entidades de que trata la presente Ley de manera global. En todo caso el director del organismo distribuirá los cargos de acuerdo con la estructura, las necesidades de organización y sus planes y programas.

Con el fin de atender las necesidades del servicio y cumplir con eficacia y eficiencia los objetivos, políticas y programas de organismo o entidad, su representante legal podrá crear y organizar, con carácter permanente o transitorio, grupos internos de trabajo.

En el acto de creación de tales grupos se determinarán las tareas que deberán cumplir y las consiguientes responsabilidades y las demás normas necesarias para su funcionamiento. (Subraya propia)."

Que, así mismo, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Concejo de Estado sobre la conformación de grupos internos de trabajo regulada por el artículo 115 de la Ley 489 de 1998, conceptuó:


"La norma transcrita [Artículo 115 de la ley 489 de 1998] se refiere también a los grupos internos de trabajo. En dicha norma el verbo rector "podrá" indica que es potestativo del representante legal del organismo o entidad crearlos y organizarlos, pudiendo éstos ser de carácter permanente, o transitorio como cuando se crean para cumplir una misión, ejecutar un programa o resolver un problema específico, los cuales una vez atendidos conllevan la necesaria supresión del grupo. Estos grupos se crean según las necesidades del servicio y para desarrollar de manera adecuada los objetivos y programas de la entidad. En el acto administrativo de su creación deben señalarse las tareas por cumplir y las responsabilidades asignadas a sus integrantes. Dichos grupos no forman parte de la estructura orgánica de la entidad. Pudiendo ser de carácter permanente o transitorio los grupos de trabajo, su creación y, por consiguiente, su disolución, derivan de una resolución del jefe del organismo respectivo. Así como el director del organismo tiene la facultad legal de crearlos, tiene igual potestad para disolverlos, de acuerdo con las necesidades del servicio. Los servidores que son designados para integrar dichos grupos no adquieren ningún "derecho" a permanecer en ellos, dado que, siendo la planta de personal de naturaleza global, el director del organismo tiene la facultad de decidir cómo y cuándo ubica y reubica dentro de la organización el recurso humano con el cual funciona la entidad. Ello se predica igualmente de quienes, integrando dichos grupos, mientras estos existan, asuman las funciones de coordinación."

Que, el Decreto 903 de 2014, dicta disposiciones en relación con el Sistema único de acreditación en Salud, propiciando la conformación de un Sistema de Acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que permitan a la entidad mediante la información y servicios brindados a los usuarios cumplir con calidad y promover por el mejoramiento de estos.

Que, según el artículo 27 del Acuerdo N°0087 del 29 de enero del 1.999 "por medio del cual se crea la Empresa Social del Estado E.S.E "IMSALUD" del Primer Nivel de Atención en Salud Municipio San José de Cúcuta", los Actos o Decisiones que tome el Gerente, en ejercicio de cualquiera de las funciones a él asignadas, se denominarán RESOLUCIONES.

Que, el artículo 28 del Acuerdo N.º 0087 de 1999 dispone que dentro de las funciones del Gerente se encuentran: articular el trabajo de los diferentes niveles de la organización; actuar como nominador y ordenador del gasto; velar por el cumplimiento de leyes y reglamentos; y garantizar la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad, así como el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

Que, mediante el Decreto N°. 0181 del 21 de marzo de 2024, emanado del despacho del señor Alcalde de Cúcuta, se designó al doctor JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA como Gerente de la E.S.E. IMSALUD.

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

Que, mediante Acta de Posesión N° 106 del 01 de abril de 2024, tomo posesión del cargo ante el señor Alcalde de Cúcuta, doctor JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA como Gerente de la E.S.E. IMSALUD.

Que, la Resolución 5095 de 2018, *"Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia en su versión 3.1"*, permitiendo a las instituciones prestadoras de servicios de salud como la ESE IMSALUD el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

Que, la ESE IMSALUD debe garantizar de forma integral, continua y con calidad los requerimientos de los usuarios mediante el desarrollo de estrategias de atención primaria en salud, gestión del riesgo, cuidado de la salud y atención centrada en el paciente que reflejen resultados en condiciones de confiabilidad, pertinencia y oportunidad.

Que, a través de la evaluación, implementación y cumplimiento de los estándares de acreditación definidos para la prestación de servicios de calidad, la entidad se certificará frente al sistema, para lo cual se requiere que la entidad determine una organización interna consistente en la creación de los siguientes grupos de trabajo: Equipo Primario de mejoramiento (EPM), Equipo de Autoevaluación de Estándares (EAE), Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI) y Equipos de seguimiento por ejes de acreditación, determinando su estructura, organización y funcionamiento.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: DEROGAR la Resolución 029 del 22 de enero de 2025 *"Por la cual se conforma la Estructura de Equipos para la Acreditación en la Empresa Social del Estado IMSALUD"*.

ARTÍCULO SEGUNDO: CONFORMAR y establecer la estructura y metodología de los Equipos de Acreditación Institucional, cuyo objetivo es que, a través de los equipos primarios de mejoramiento, los Equipos de Autoevaluación de Estándares (EAE), el Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI) y los Equipos de seguimiento por ejes de acreditación, se detecten y analicen brechas de calidad, se evalúen y se haga seguimiento al cumplimiento de estándares de acreditación e implementación de acciones de mejora, se garantice el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional y se fortalezca y fomenta las directrices, procesos, políticas y programas relacionados con la acreditación en salud.

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER la conformación de los equipos de acreditación institucional de la siguiente manera:

- EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO (EPM):** Encargados de implementar y monitorear las acciones de mejora en los procesos específicos, asegurando la alineación con los procesos del mapa de procesos de la institución. En estos equipos se comparten los lineamientos principales de la institución, incluyendo misión, visión, identificación de riesgos y líneas de los ejes, revisan periódicamente el avance de los indicadores de los procesos y definen planes de mejora basados en

estos indicadores, haciendo seguimiento al cumplimiento de dichos planes.


1.1. Equipo Primario de Mejoramiento Operativo: Están conformados de forma multidisciplinaria por cada uno de los centros Integrales de Atención en Salud (CIAS)

CIAS	EQUIPO PRIMARIO DE MEJORAMIENTO OPERATIVOS	CIAS	EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO OPERATIVOS
CIAS POLICLINICO	POLICLINICO	CIAS LOMA DE BOLIVAR	UBA LOMA BOLIVAR
	IPS BELISARIO		IPS BELEN
	IPS LOS OLIVOS		IPS CUNDINAMARCA
	IPS NIÑA CECI		IPS DIVINA PASTORA
	IPS PALMERAS		IPS RODEO
CIAS COMUNEROS	UBA COMUNEROS	CIAS LA LIBERTAD	UMI LIBERTAD
	IPS AEROPUERTO		IPS BOCONO
	IPS CLARET		IPS SAN LUIS
	IPS LA ERMITA		IPS SAN MARTIN
	IPS OSPINA PEREZ		IPS SAN MATEO
CIAS PUENTE BARCO LEONES	IPS SEVILLA	CIAS AGUA CLARA	IPS SANTA ANA
	IPS TOLEDO PLATA		UBA AGUA CLARA
	UBA PUENTE BARCO LEONES		IPS B/ ESPERANZA
	IPS CERRITO		IPS BANCO DE ARENA
	IPS CONTENTO		IPS GUARAMITO
	IPS DOMINGO PEREZ		IPS LA FLORESTA
	IPS GUAIMARAL		IPS PALMARITO
	IPS PORTICO		IPS SAN FAUSTINO
	IPS SALADO		

1.2 Equipo Primario de Mejoramiento Técnico: Se encuentran conformados por cada uno de los líderes de los procesos definidos en el mapa de procesos de la entidad.

PROCESOS	EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO TÉCNICOS
PROCESOS ESTRATEGICOS	
Gestión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.	EPM Gestión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.
Gestión de Mejora Continua	EPM Gestión de Mejora Continua
Control Interno	EPM Control Interno
PROCESOS MISIONALES	
Promoción y Mantenimiento De La Salud	EPM Promoción y Mantenimiento De La Salud
Atención Ambulatoria	EPM Atención Ambulatoria
Atención Inmediata	EPM Atención Inmediata
Atención Hospitalaria	EPM Atención Hospitalaria
Atención Diagnostica Y Complementación Terapéutica	EPM Atención Diagnostica Y Complementación Terapéutica
PROCESOS DE APOYO	
Información y Atención Al Usuario	Información y Atención Al Usuario
Talento Humano	Talento Humano
Gerencia de Ambiente Físico	Gerencia de Ambiente Físico
Tecnologías, Información y Comunicaciones	Tecnologías, Información y Comunicaciones
Gestión Financiera	Gestión Financiera
Gestión De Contratación	Gestión De Contratación

2. EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES (EAE): Equipo conformado para responder planear, gestionar y monitorear los avances del plan de mejoramiento continuo para cada grupo de

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

estándares, estos equipos de conformación mixta incluyen lideres de áreas, como servicios hospitalarios, ambulatorios y estándares de apoyo, estos equipos:

2.1 Equipo de Autoevaluación de PACAS HOSPITALARIO


Lider: Subgerente de Atención en Salud
Secretario: Profesional de apoyo médico a la subgerencia de atención en salud.

- Coordinadora de Enfermería.
- Profesional enfermería del servicio de urgencias
- Auxiliar de Enfermería.
- Coordinador de Laboratorio.
- Bacteriólogo Asistencial
- Jefe de Información y Atención al Usuario.
- Referente de Seguridad del Paciente Institucional.
- Profesional de Referencia y Contrarreferencia.
- Apoyo de Jefe de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Profesional Universitaria de Droguería
- Referente de Imágenes diagnosticas
- Representante de Facturación – Admisiones
- Coordinador Unidades Móviles
- Auditor medico Institucional
- Auditor médico operativo
- Médicos generales
- Profesional Especializado de Habilitación
- Asesor de Planeación y Calidad
- Profesional PAMEC
- Profesional Universitario Coordinador de UBA Puente Barco Leones
- Profesional Universitario Coordinador de UBA Comuneros
- Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara
- Referente de Humanización
- Subgerente Administrativo y Financiero

2.2 Equipo de Autoevaluación de PACAS AMBULATORIO

Líder: Subgerente de Atención en Salud.
Secretario: Referente Ambulatoria de la Ruta VIH

- Coordinadora de Odontología.
- Profesional de odontología
- Coordinador de Laboratorio.
- Jefe de Información y Atención al Usuario.
- Referente de Seguridad del Paciente Institucional.
- Apoyo Profesional de Referencia y Contrarreferencia.
- Profesional Universitaria de Droguería
- Referente de Farmacovigilancia
- Referente de Imágenes Diagnosticas
- Referente de Tecnovigilancia
- Representante de Facturación – Admisiones
- Coordinador Unidades Móviles
- Auditor medico
- Auxiliares de enfermería
- Auditor médico operativo
- Médicos generales
- Profesional Especializado de Habilitación
- Asesor de Planeación y Calidad
- Profesional PAMEC
- Jefe de oficina de Promoción y Prevención
- Referentes de PYP y Referentes de Ruta
- Profesional Universitario Coordinador de UBA Loma de Bolívar
- Profesional Universitario Coordinador de UBA Policlinico

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

Profesional Universitario Coordinador de UBA Libertad
 Referente de Humanización
 Subgerente Administrativo y Financiero
 Oficial de Protección Radiológica

2.3 Equipo de Autoevaluación de Direccionamiento

Líder: Gerente
Secretario: Asesor (a) de Planeación y Calidad

 Subgerente Administrativo y Financiero
 Subgerente de Atención en Salud
 Jefe de Administración Laboral
 Jefe de Presupuesto y Contabilidad
 1 asesor Jurídico
 Jefe de Control Interno de Gestión
 Representante ante Junta Directiva de Asociación de Usuarios
 Profesional MIPG
 Referente de Humanización
 Profesional Universitario Coordinador de UBA La Libertad
 Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara

2.4 Equipo de Autoevaluación de Gerencia

Líder: Gerente
Secretario: Asesor de Planeación y Calidad


 Subgerente Administrativo y Financiero
 Subgerente de Atención en Salud
 Jefe de Administración Laboral
 Jefe de Presupuesto y Contabilidad
 1 Asesor Jurídico
 Jefe de Control Interno de Gestión
 Representante ante Junta Directiva de Asociación de Usuarios
 Profesional MIPG
 Referente de Humanización
 Profesional Universitario Coordinador UBA La Libertad
 Profesional Universitario Coordinador UBA Agua Clara

2.5 Equipo de Autoevaluación de Gerencia de Talento Humano

Líder: Jefe de Oficina de Administración Laboral
Secretario: Apoyo Profesional Especializado al proceso de Administración Laboral.

 Profesional Docencia – Servicio
 Profesional de Plan Institucional de Capacitaciones
 Jefe de Seguridad y Salud en el Trabajo
 Profesional de Evaluación y Desempeño
 Psicólogo Organizacional
 Profesional de apoyo a nomina e Historias Laborales.
 Referente de Seguridad del Paciente
 Coordinador (a) Medica
 Referente de Humanización
 Asesor Jurídico Externo de Contratación
 Asesor de Planeación y Calidad
 Profesional Universitario Coordinador UBA Puente Barco Leones
 Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara
 Un Representante de Talento Humano de cada agremiación y terceros contratados.

2.6 Equipo de Autoevaluación de Gerencia de Ambiente Físico

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

Líder: Jefe de Servicios Generales

Secretario: Apoyo Profesional al proceso de Servicios Generales

Profesional Especializado de Seguridad y Salud en el Trabajo
 Profesional de apoyo al Proceso de Gerencia de Ambiente Físico.
 Apoyo Profesional Administrativo.
 Profesional apoyo de SGSST – Emergencia y Desastres
 Profesional en Ingeniería Civil
 Profesionales en Ingeniería Ambiental
 Secretario (a) técnica del Comité de Infecciones
 Jefe de Brigada
 Profesional de apoyo Proyectos de Planeación y Calidad
 Líder de Mantenimiento Hospitalario
 Subgerente Administrativo y Financiero
 Almacenista General
 Referente de Humanización
 Asesor de Planeación y Calidad
 Profesional Universitario Coordinador UBA Policlínico
 Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara

2.7 Equipo de Autoevaluación de Gestión de la Tecnología

Líder: Ingeniera Biomédica

Secretario: Profesional de apoyo al proceso de tecnologías, información y comunicaciones.

Jefe de Sistemas, procesos y comunicaciones
 Apoyo a Mantenimiento Industrial - aires
 Apoyo a Mantenimiento Industrial – neveras y refrigeradores
 Apoyo a Mantenimiento Industrial – plantas y motobombas
 Profesional de Activos Fijos
 Referente de Farmacovigilancia
 Regente de Farmacia
 Responsable de Mantenimiento de Equipos Biomédicos
 Jefe de Servicios Generales
 Asesor de Planeación y Calidad
 Química Farmacéutica
 Profesional Universitario Coordinador UBA Puente Barco Leones
 Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara

2.8 Equipo de Autoevaluación de Gerencia de la Información

Líder: Jefe de Informática, Sistemas y Procesos

Secretario: Profesional Gestión Documental

Profesional Universitario de Informática
 Jefe de oficina de Promoción y Prevención
 Referente de Salud Pública
 Auditor Médico
 Asesor de Planeación y Calidad
 Referente de Epidemiología del equipo de estadística
 Profesional de Indicadores del equipo de estadística
 Coordinador de Prensa y Comunicaciones
 Profesional de Seguridad Informática
 Un representante de agremiación (Call Center y Facturación)
 Responsable del software de Historia Clínica
 Profesional Universitario Coordinador de UBA Loma de Bolívar
 Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara

2.9 Equipo de Autoevaluación de Mejoramiento de la Calidad

Líder: Asesor (a) de Planeación y Calidad

Secretario: Referente PAMEC

Líderes de los EAE
Profesional MIPG
Profesional en Habilitación
Auditor Médico
Subgerente Administrativo y Financiero
Referente de Epidemiología del equipo de estadística
Profesional de Indicadores del equipo de estadística
Jefe de Control Interno de Gestión
Profesional Universitario Coordinador de Comuneros
Profesional Universitario Coordinador de UBA Agua Clara

3. **EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (EMI):** Lidera el mejoramiento sistemático y continuo de la calidad institucional, integrando las diferentes fuentes de oportunidad de mejora, como auditorías internas y externas, comités y evaluaciones, la ESE IMSALUD en cumplimiento con el mejoramiento continuo conformó el equipo de mejoramiento institucional:

Integrantes

Gerente.
Subgerente Administrativo y Financiero
Subgerente de Atención en Salud
Asesora de Planeación y Calidad
Jefe de Oficina de Administración Laboral
Jefe de Información de Sistemas y Procesos
Jefe de Servicios Generales
Profesional de apoyo médico a la subgerencia de atención en salud
Ingeniera Biomédica

4. **EQUIPO DE SEGUIMIENTO POR EJES DE ACREDITACIÓN:** Velan por la adecuada implementación y apropiación de las políticas institucionales asociadas a cada eje, asegurando que permeen todos los niveles de la organización, asimismo se encargan de realizar el seguimiento a la consistencia y las tendencias de los resultados derivados de la aplicación de estos enfoques, evaluando su impacto en la calidad y la sostenibilidad la ESE IMSALUD en cumplimiento con el mejoramiento continuo conformó el equipo por ejes de acreditación.

4.1 Equipo de Eje de Gestión Clínica Excelente y Segura:

LIDER: Referente de Seguridad del Paciente y coordinación médica.

Integrantes


Subgerente de Atención en Salud
Coordinador (a) de enfermería
Referente de Imágenes Diagnosticas
Referente de Tecnovigilancia
Referente de Farmacovigilancia
Referente de Reactivovigilancia - Coordinador de Laboratorio Clínico
Referente de Epidemiología del equipo de estadística
Jefe de Oficina de Promoción y Prevención
Auditor Médico
Profesional de apoyo médico a la Subgerencia de Atención en Salud

4.2 Equipo de Eje De Humanización de la Atención y Atención Centrada en el paciente

LIDER: Referente de Humanización

Integrantes

Jefe de Información y Atención al Usuario
Asesora de Planeación y Calidad
Auditor medico
Psicólogo
Trabajador Social

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

Jefe de Oficina de Administración Laboral
Subgerente de Atención en Salud

4.3 Equipo de Eje Transformación Cultural

LIDER: Jefe de Oficina de Administración Laboral.

Integrantes

Apoyo profesional al proceso de administración laboral
Psicólogo organizacional
Asesora de Planeación y Calidad
Jefe de Seguridad y Salud en el Trabajo
Referente de Humanización
Subgerente de Atención en Salud

4.4 Equipo de Eje Responsabilidad Social

LIDER: Asesor (a) de Planeación y Calidad

Integrantes

Profesional de apoyo a Direccionamiento estratégico
Ingeniero Ambiental
Jefe de Servicios Generales
Jefe de Promoción y Mantenimiento de la Salud
Jefe de Oficina de Administración Laboral
Subgerente Administrativo y Financiera

4.5 Equipo de Eje Gestión de La Tecnología

LIDER: Ingeniera Biomédica

Integrantes

Jefe de Tecnologías, Información y Comunicación.
Jefe de Servicios Generales
Química Farmacéutica
Líder de Mantenimiento Hospitalario
Subgerente de Atención en Salud

4.6 Equipo De Eje Enfoque y Gestión del Riesgo

LIDER: Asesor (a) de Planeación y Calidad


Integrantes

Subgerente Administrativo y Financiero
Asesora de Planeación y Calidad
Profesional de apoyo a Direccionamiento estratégico
Referente de Seguridad del Paciente
Ingeniero Ambiental
Jefe de Sistemas, procesos y comunicaciones
Jefe de Control Interno
Jefe de Oficina de Promoción y Prevención
Jefe de Seguridad y Salud en el Trabajo
Coordinador (a) Medica
Referente PAMEC

Parágrafo: Metodología autoevaluación de Estándares de Acreditación: La ESE IMSALUD cuenta con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) MEJ-03-PO-01, el cual define la metodología para realizar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación.

ARTICULO CUARTO: FUNCIONES DE LOS EQUIPOS: Los equipos de acreditación institucional que se crean en virtud del presente acto tendrán las siguientes funciones:

1. EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO:

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

- ✓ Detectar y analizar brechas de calidad comparando la realidad de los procesos, con estándares, guías, protocolos y buenas prácticas.
- ✓ Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación correspondiente o de las demás fuentes de mejoramiento con que cuente la organización aplicable a las áreas o servicios que representan.
- ✓ **Compartir los lineamientos institucionales:** Difundir la misión, visión, riesgos y políticas de los ejes institucionales con todos los colaboradores del proceso.
- ✓ **Revisar y analizar los indicadores periódicamente:** Monitorear el avance de los indicadores clave de desempeño del proceso y definir nuevas oportunidades de mejora.
- ✓ **Identificar y monitorear acciones de mejora:** Asegurar que las acciones de mejora definidas se implementen de manera efectiva en los procesos.
- ✓ **Reconocer y gestionar los riesgos del proceso y sus controles.**
- ✓ **Trabajo coordinado con otros equipos:** Colaborar con los Equipos Eje y los Equipos de Autoevaluación (EAE) para seguir las acciones de los planes de trabajo y reportar al Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI) sobre las barreras identificadas.

2. EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES (EAE)


- ✓ **Realizar autoevaluaciones periódicas:** Llevar a cabo evaluaciones cualitativas y cuantitativas para verificar el cumplimiento de los estándares.
- ✓ **Definir planes de mejora específicos:** Formular planes de mejora basados en los resultados de las autoevaluaciones.
- ✓ **Realizar seguimiento a los planes de mejora:** Monitorear y reportar periódicamente el avance en la implementación y desarrollo de los planes de mejora.
- ✓ Reportar los avances al equipo de mejoramiento institucional (EMI).
- ✓ **Divulgar avances a la institución:** Compartir con la institución los avances y aprendizajes obtenidos en la implementación de los estándares.
- ✓ **Coordinar con otros equipos:** Colaborar con los EPM, EMI y los Equipos Eje para asegurar una alineación efectiva en las acciones.
- ✓ Promover el liderazgo en la implementación de las acciones de mejoramiento de los Grupos de Estándares.

3. EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (EMI)

- ✓ Evaluar la mejora institucional alcanzada y la eficiencia de las herramientas implementadas para su logro (software, procesos definidos, reuniones, etc)
- ✓ Monitorear los avances de las oportunidades de mejora de la evaluación de los equipos de acreditación.
- ✓ Apoyar la superación de barreras: Identificar y ayudar a superar obstáculos en la implementación de los planes de mejora.
- ✓ Responder por la implementación del plan de mejoramiento institucional

4. EQUIPOS POR EJES DE ACREDITACIÓN

- ✓ Revisar las directrices, procesos, políticas y programas relacionados con los ejes de acreditación en salud y garantizar su gestión.
- ✓ Analizar los indicadores que permitan medir las políticas asociadas al eje.
- ✓ Definir las estrategias de participación y comunicación de los colaboradores y/o partes interesadas en la divulgación de los resultados del eje de acreditación y la organización del stand de la feria de acreditación.
- ✓ Implementación de un (1) plan de mejora semestral y garantizar el seguimiento a planes de mejora relacionados con el Eje de Acreditación.

	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	Código: DIE-03-P-11-F-01 Versión: 03
	RESOLUCIÓN	Fecha: 27/06/2024

- ✓ Realizar el seguimiento del despliegue de los resultados del eje de acreditación mediante los boletines de cultura IMSALUD y realizar la medición de conocimiento y cobertura del mismo.
- ✓ Realizar de manera trimestral las reuniones del equipo del eje de acreditación para definir las estrategias del cumplimiento del plan de trabajo.

ARTICULO QUINTO: PERIODICIDAD: Los equipos de acreditación institucional que se crean en virtud del presente acto tendrán la siguiente periodicidad:

1. **EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO**, su periodicidad será de manera mensual, tanto para los EPM Operativos como los EPM Técnicos.
2. **EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES (EAE)**, su periodicidad será de manual anual para realizar las autoevaluaciones cualitativas y cuantitativas y de manera bimestral para realizar el seguimiento a las oportunidades de mejora priorizadas.
3. **EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (EMI)**, su periodicidad es de manera trimestral. (Posterior al periodo de reunión de los EAE).
4. **EQUIPOS POR EJES DE ACREDITACIÓN**, su periodicidad es de manera trimestral.

ARTICULO SEXTO: COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO: La coordinación de los equipos de acreditación institucional estará a cargo del área de Planeación y Calidad de la ESE IMSALUD por medio de la Referente PAMEC, quien deberá verificar:

- ✓ Que, los equipos de acreditación institucional conformados mediante el presente acto cumplan las funciones determinadas.
- ✓ Que, se reúnan con la periodicidad establecida.
- ✓ Que, elaboren los instrumentos y soportes necesarios para cumplir con el proceso de acreditación.
- ✓ Que, cumplan con el plan de trabajo que determina la acreditación de la ESE.

ARTICULO SÉPTIMO: La presente resolución rige a partir de su firma y deberá ser publicada en la página web de la ESE IMSALUD.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José de Cúcuta, a los 22 días del mes de enero de 2026

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
Gerente ESE IMSALUD

Proyectó: Luz Disley Conde Pito – Referente PAMEC
Revisó: Clara Yamile Cuadros Castillo – Asesor de Planeación y Calidad
Yedinson Fabian Pérez López – Asesor Jurídico de Gerencia