

PROYECTO DE ACUERDO N° XX DE 2025 (XX de diciembre de 2025)

Por medio del cual se actualiza la estructura organizacional del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.

La Junta Directiva del Hospital Regional de Moniquirá Empresa Social del Estado, en uso de sus atribuciones legales estatutarias y,

CONSIDERANDO

Que mediante Ordenanza N.º 023 del 13 de agosto 1999, la honorable Asamblea de Boyacá crea y define la naturaleza jurídica del Hospital San José del Municipio de Moniquirá, institución de naturaleza indefinida, creándolo como Hospital Regional de Moniquirá Empresa Social del Estado, del orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Que el artículo 20 del ibidem define la estructura funcional de la Empresa Social del Estado, definiendo tres áreas además de la dirección: a. Atención al usuario “Estará conformado por el conjunto de unidades orgánico -funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud...” (Sic) b. Logística. “Esta área comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la empresa...” (Sic) c. Atención al ambiente “Esta área funcionará hasta tanto los municipios del ámbito de influencia asuman funciones relacionadas con el saneamiento ambiental...” (Sic)

Que la Ley 715 de 2001 en su artículo 44.3-Salud Pública y sus numerales subsiguientes, otorga competencias a los municipios en lo relacionado con saneamiento ambiental.

Lo expuesto en el párrafo inmediatamente anterior, en relación con el área denominada 'Atención al Ambiente' según la Ordenanza 023 de 1999, permite concluir que las funciones asignadas a esta área fueron asumidas por los municipios. Dichas funciones ya no se encuentran a cargo del Hospital, dado que la denominación original de dicha área establecía su carácter transitorio, rigiendo únicamente hasta que los municipios tuvieran la capacidad o facultad legal para ejercerlas.

Que de acuerdo con lo anterior expuesto las áreas por medio de las cuales el hospital desarrollará el cumplimiento de su funciones y objetivos son dirección, atención al usuario y logística, las cuales conformaran unidades orgánico-funcionales.

Que el artículo 209 de la Constitución Política señala que la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de eficiencia, eficacia, economía, moralidad, transparencia y publicidad, los cuales exigen que las entidades estatales gestionen los riesgos asociados a su operación.

Que el artículo 5 del Decreto 1876 de 1994 define que las Empresas Sociales del Estado incluirá una estructura básica que incluye tres áreas, entre las que se encuentra la de “Dirección” definida como *“Dirección. Conformada por la Junta Directiva y el Gerente y tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad”* (Sic). Por ende, la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado se constituye como el máximo órgano de dirección estratégica de la ESE, encargado de orientar la gestión institucional mediante la adopción de políticas y lineamientos estratégicos.

Que el numeral 16 del artículo 11 del ibidem atribuye a la Junta Directiva la facultad de establecer, modificar y ajustar la estructura administrativa de la Empresa Social del Estado

Que el numeral 16 del artículo 04 del Acuerdo 004 de 2022 “Por medio del cual se establece el Estatuto de la Junta Directiva del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.” define entre las funciones, la de modificar y/o ajustar la estructura administrativa del hospital en concordancia con el Decreto 1876 de 1994.

Que la Ley 489 de 1998 en su artículo 3 define los principios de la función administrativa. “La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a la buena fe, igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, participación, publicidad, responsabilidad y transparencia. Los principios anteriores se aplicarán, igualmente, en la prestación de servicios públicos, en cuanto fueren compatibles con su naturaleza y régimen.”(Sic)

Que el ibidem en sus artículos 54 y 115 dispone los principios de organización administrativa, racionalización, delegación, conformación de grupos internos de trabajo y modernización institucional, los cuales deben reflejarse en la estructura de las entidades públicas.

Que el Decreto 1083 de 2015 reglamenta el Sistema de Gestión que aplica a entidades estatales y actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de gestión y control al interior de los organismos y entidades del Estado.

Que el artículo 2.2.22.3.1 del Decreto 1083 de 2015 adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG con el fin de lograr el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno.

Que el artículo 2.2.23.1 del Ibidem señala que el Sistema de Control Interno previsto en las leyes 87 de 1993 y 489 de 1998 se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y de los organismos públicos, dirigido a generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, en los términos del artículo 2.2.22.3.2. del Decreto 1083 de 2015.

Que el Decreto 1499 de 2017 “por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” actualiza lo referente al MIPG expuesto en el Decreto 1083 de 2015.

Que el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud y se dictaron otras disposiciones, definió al Sistema de Salud como “...el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud, en consonancia con el objeto Social definido para la Empresa Social del Estado.

Que el Gobierno Nacional ha impulsado una serie de normas dirigidas al fortalecimiento técnico, operativo, financiero y administrativo de los agentes participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual comprende la implementación del Sistema de Gestión de los Riesgos en Salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deben acogerse a lo definido por el marco normativo de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), establecido por el Decreto 1011 de 2006 y acogido en el Decreto 780 de 2016; y la adopción de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con énfasis en resultados en salud y disminución de la carga de enfermedad (Resolución 2626 de 2019) , entre otras medidas.

Que la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud define los estándares de habilitación para los servicios de salud y requiere estructuras organizacionales coherentes con la complejidad de la atención, la seguridad del paciente y la gestión del riesgo clínico.

Que el Acuerdo 08 de 2020 “Por el cual se modifica la Estructura Administrativa de la E.S.E Hospital Regional de Moniquirá - Boyacá, se señalan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.” Actualizó la estructura orgánico -funcional del hospital.

Que el Acuerdo 02B de 2021 corrige el Acuerdo 08 de 2020 respecto a la dependencia de control interno y sus funciones.

Que la estructura prevista en los Acuerdos previamente citados no determina las dependencias que conforman la Subgerencia Científica (área de atención al usuario) ni la Subgerencia Administrativa y Financiera (área logística). Así mismo, se advierte que los niveles 5 a 8 incorporan comités, los cuales, de conformidad con la doctrina administrativa y la técnica organizacional, no constituyen dependencias susceptibles de integración en

una estructura orgánico-funcional. Por el contrario, los comités son cuerpos colegiados de carácter asesor, cuya función es apoyar la toma de decisiones en las dependencias o unidades funcionales, sin que ello implique la atribución de jerarquía orgánica o la creación de un nivel estructural.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública define la tipología de estructura “Funcional” como “el tipo de estructura más común en las entidades públicas, el criterio fundamental para dividir responsabilidades se establece mediante una especialización del trabajo por dependencias similares y fomenta la creación de especialistas en las diferentes funciones con un alto grado de conocimientos y experiencia en las mismas. La coordinación de actividades en este tipo de estructura se establece mediante reglas, normas, políticas y procedimientos estandarizados, en donde prima la jerarquía funcional.

Que, de conformidad con la definición de estructura funcional, dicha forma organizativa resulta la más adecuada para las entidades hospitalarias, en atención al alto nivel de especialización técnica y profesional requerido en cada una de las dependencias misionales. La estructura funcional se fundamenta en la agrupación de actividades según su naturaleza y especialidad, lo que permite concentrar competencias, optimizar el uso del talento humano especializado y garantizar la eficiencia en la prestación de los servicios asistenciales.

Que este modelo organizativo se ajusta a los principios establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política y en la Ley 489 de 1998, especialmente los relativos a especialización, coordinación, eficiencia y responsabilidad, los cuales orientan la organización y funcionamiento de las entidades públicas. En el sector salud, donde la calidad de la atención y la seguridad del paciente dependen de la experticia técnica de los servicios clínicos, la estructura funcional asegura que cada dependencia misional, como urgencias, hospitalización, cirugía, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, farmacia y otros, opere bajo criterios homogéneos, con responsabilidades claramente definidas y con capacidad de supervisión técnica directa.

Que el *Concepto Técnico - Alcance 2* del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado del Departamento de Boyacá, vigencia 2014 (PTRRM), establece los servicios que puede prestar el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E., de acuerdo con el nivel de complejidad y el perfil epidemiológico de la red de prestación de servicios. En dicho concepto se determina que la institución corresponde a un prestador de mediana complejidad integral y se reconoce como cabeza de la Subred 3 – Ricaurte.

Que la Ley 87 de 1993 “por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones” en su artículo 2, literal h define como uno de los objetivos del sistema de control interno “Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.” (Sic)

Que en el manual operativo versión 07 de 2025 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en su dimensión de Gestión con valores para resultados, Política de

Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de procesos, define “La estructura corresponde a la distribución interna de las diferentes dependencias con las respectivas funciones generales requeridas para cumplir con sus propósitos fundamentales para generar resultados. Su diseño debe estar soportado en una correcta definición de procesos. De allí que cualquier cambio deba estar expresa y técnicamente justificado a partir de la cadena de valor definida y los procesos que la componen, pues son la principal unidad de análisis a la hora de determinar y fortalecer capacidades en las entidades.” Lo cual conlleva a que la estructura organizacional debe responder con coherencia al mapa de procesos de la entidad.

Que el actual mapa de procesos se encuentra aprobado por la gerencia mediante Resolución 05 de 2024, ajustado al modelo de prestación de servicios del hospital, direccionamiento estratégico y servicios habilitados en conformidad con el PTRRM.

Que la Junta Directiva en uso de sus Facultades Legales y Estatutarias aprobó el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 “Creemos para Cuidar tu Salud” mediante Acuerdo 006 de 2024, el cual contempla siete ejes estratégicos, siendo el primero “Excelencia y Aseguramiento de la Calidad” el cual contempla en la política de fortalecimiento organizacional la estrategia “Adelantar estudio de rediseño institucional en conformidad con los lineamientos del DAFP, ajustando la estructura organizacional y plan de cargos a las necesidades y capacidades institucionales”

Que el análisis de rediseño institucional elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, en cumplimiento de la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, examinó la cadena de valor asociada a la prestación de servicios del hospital, atendiendo al “modelo de negocio”, entendido en este contexto como el modelo de prestación de servicios de salud. Dicho análisis se desarrolló con base en la evaluación de capacidades institucionales y del entorno, insumos que constituyeron el sustento técnico del direccionamiento estratégico de la entidad, conforme al Plan de Desarrollo 2024–2027. Este análisis de cadena de valor se fundamentó en a la actual estructura de procesos del Hospital.

Que, si bien el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. cuenta con un mapa de procesos vigente, adoptado conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y utilizado como referencia para la gestión institucional, la estructura organizacional actualmente vigente no se encuentra armonizada con dicho instrumento, generando inconsistencias en la asignación de funciones y en la identificación de responsables dentro de la arquitectura organizacional. Esta desarticulación impide la adecuada actualización e implementación de las Tablas de Retención Documental –TRD–, cuya última adopción corresponde al año 2012 y que, de acuerdo con lo establecido en la Ley 594 de 2000 –Ley General de Archivos–, el Decreto 1080 de 2015 y las directrices del Archivo General de la Nación, deben guardar correspondencia directa y necesaria con la estructura orgánico-funcional y con los procesos institucionales. En consecuencia, la actualización de la estructura organizacional se erige como un presupuesto indispensable para garantizar la correcta gestión documental, asegurar la trazabilidad administrativa y dar cumplimiento pleno a la normatividad archivística aplicable.

Que, en su calidad de institución pública comprometida con la prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad, y en estricta conformidad con su objeto social y la teleología encomendada, el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. busca optimizar la operación de sus procesos. Para lograr este objetivo, resulta fundamental disponer de una estructura orgánico-funcional eficiente y que sea plenamente concomitante con sus procesos, la realidad institucional y el portafolio de servicios que actualmente presta.

En mérito de lo expuesto la Junta Directiva, del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.,

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Definir la estructura organizacional del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. como una estructura de tipo funcional, en concordancia con el modelo de prestación de servicios y con la especialización de las dependencias misionales de la entidad. La operación institucional se desarrollará bajo un enfoque de gestión por procesos, conforme a las orientaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública y al direccionamiento estratégico vigente.

PARÁGRAFO PRIMERO: La Gerencia deberá mantener actualizado el mapa de procesos, asegurando que refleje fielmente la realidad institucional, los servicios habilitados y la estructura organizacional establecida en el presente acto administrativo, con el fin de garantizar la coherencia funcional y la correcta asignación de responsabilidades en la gestión institucional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para el desarrollo de sus funciones, el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. aprueba la siguiente estructura organizacional:

1. Junta Directiva

- 1.1. Revisoría Fiscal

2. Gerencia

- 2.1. Oficina Asesora de Control Interno
- 2.2. Oficina Asesora de Planeación
- 2.3. Oficina Asesora Jurídica

3. Subgerencia Científica

- 3.1. Seguridad del Paciente
- 3.2. Experiencia del Usuario
- 3.3. Auditoría
- 3.4. Urgencias
- 3.5. Cirugía
- 3.6. Internación
- 3.7. Laboratorio Clínico
- 3.8. Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

- 3.9. Servicios Ambulatorios
- 3.10. Servicios Extramurales
- 3.11. Farmacia
- 3.12. Academia e Investigación
- 3.13. Salud Pública

4. Subgerencia Administrativa y Financiera

- 4.1. Talento Humano.
- 4.2. Ciclo Económico Interno.
- 4.3. Dirección Financiera
- 4.4. Recursos Físicos
- 4.5. Contratación
- 4.6. Gestión de TIC
- 4.7. Gestión Documental
- 4.8. Gestión de la Tecnología.

PARÁGRAFO PRIMERO. Organigrama. Establézcase el Organigrama del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E., el cual desarrolla y representa gráficamente la estructura organizacional definida en el presente artículo y forma parte integral del presente acto administrativo como Anexo 1.

ARTÍCULO TERCERO. Junta Directiva. Las funciones de la Junta Directiva del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. serán aquellas previstas en el Estatuto Interno de la Junta Directiva, así como las establecidas en la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás disposiciones aplicables al régimen de dirección y gobierno de las Empresas Sociales del Estado.

ARTÍCULO CUARTO. Gerencia. Son funciones de la gerencia:

1. Cumplir y hacer cumplir las decisiones y Acuerdos de la Junta Directiva.
2. Dirigir, coordinar, vigilar y controlar las actividades que conlleven el cumplimiento de los objetivos del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.
3. Ejercer la representación legal de la Empresa Social del Estado.
4. Ordenar los gastos, proferir los actos administrativos que correspondan, realizar las operaciones y celebrar los contratos y convenios que se requieran para el normal funcionamiento de la Empresa.
5. Dirigir, orientar y hacer seguimiento a los planes, programas y proyectos del hospital.
6. Nombrar, dar posesión y remover al personal del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. de conformidad con las normas legales vigentes sobre la materia.
7. Presentar informes a la Junta Directiva y a las autoridades departamentales y nacionales a que haya lugar y cuando así lo requieran, en la forma que éstos lo determinen, sobre el estado de ejecución de las funciones que corresponden a la al Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. y los informes generales y periódicos o particulares que le solicite, sobre las funciones desarrolladas y la situación general de la entidad, de conformidad con las normas legales vigentes sobre la materia.

8. Crear y conformar, con carácter permanente o transitorio, grupos internos de trabajo, mediante resolución, teniendo en cuenta las necesidades del servicio y los planes y programas trazados por la entidad; así como designar el funcionario bajo el cual quedará la coordinación y supervisión del grupo.
9. Garantizar el correcto funcionamiento del sistema de control interno y gestión de la entidad y propender por el mejoramiento institucional.
10. Adelantar y decidir, en segunda instancia, los procesos disciplinarios que se registren contra los servidores públicos de la entidad.
11. Dirigir y coordinar las acciones relacionadas con la divulgación de las actividades del hospital, incluidas las relativas a especificaciones técnicas y servicios que presta, a través de los diversos medios de comunicación en los diferentes órdenes territoriales, procurando un oportuno y veraz conocimiento de aquellas por parte de la colectividad y, en general, trazar las políticas y dirigir lo atinente al manejo de los medios de comunicación.
12. Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
13. Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos, manteniendo informada a la Junta Directiva.
14. Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
15. Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal.
16. Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
17. Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
18. Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
19. Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.
20. Las demás que le señalen las normas legales vigentes relacionadas con las funciones y objetivos generales de la entidad y que no estén expresamente atribuidas a otra autoridad.

ARTÍCULO QUINTO. Oficina Asesora de Control Interno. Son funciones de la oficina asesora de control interno:

1. Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema de Control Interno.
2. Verificar que el Sistema de Control Interno se encuentre formalmente establecido, operando adecuadamente y articulado con la gestión institucional, garantizando que

- su aplicación sea inherente al desempeño de todos los servidores públicos, especialmente de aquellos con responsabilidad de dirección y mando
3. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que los procesos o servidores públicos encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función.
 4. Verificar que los controles asociados con todos y cada uno de los procesos de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad y en conformidad con el Sistema Integrado de Riesgos.
 5. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;
 6. Servir de apoyo a los directivos y asesores en el proceso de toma de decisiones, a fin de que se obtengan los resultados esperados;
 7. Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios.
 8. Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional;
 9. Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que, en desarrollo del mandato Constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente;
 10. Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su cumplimiento, recomendando acciones de mejoramiento cuando sea pertinente
 11. Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas;
 12. Formular el Plan Anual de Auditorías con enfoque basado en riesgos, y ejecutar su desarrollo conforme al Manual de Auditoría Institucional, al Modelo Estándar de Control Interno y a las normas y disposiciones legales de auditoría vigentes
 13. Las demás que le asigne el Jefe del organismo o entidad, de acuerdo con el carácter de sus funciones.

ARTÍCULO SEXTO. Oficina Asesora de Planeación. Son funciones de la oficina asesora de planeación:

1. Elaborar, comunicar y supervisar el direccionamiento estratégico de la entidad, con la definición clara de metas y objetivos en el corto mediano y largo plazo, respondiendo a las orientaciones del sector salud y la realidad socioeconómica de la región.
2. Alinear los objetivos del área y los proyectos, con los objetivos estratégicos de la Empresa Social del Estado.
3. Definir metodologías para articular los planes, programas y proyectos de la entidad, y sus dependencias y articularlos con las metas institucionales del direccionamiento estratégico, evaluarlos y recomendar acciones de mejora en cada proceso responsable.
4. Formular, desplegar y evaluar las políticas de calidad y de mejoramiento continuo, garantizando su implementación en todos los procesos de la entidad y promoviendo la innovación en los servicios y la adopción de nuevas lógicas organizacionales, con

- fundamento en los principios de eficiencia y eficacia para el fortalecimiento de la calidad institucional.
5. Administrar y promover el desarrollo, implementación y sostenibilidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
 6. Elaborar, en coordinación con las dependencias del Hospital, los indicadores de gestión, de proceso y de resultado de cada uno de los procesos institucionales, articulándolos con el Sistema Integrado de Gestión y con los planes operativos anuales. Estos indicadores deberán alinearse con el direccionamiento estratégico, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
 7. Elaborar los informes de productividad que sean solicitados por la gerencia y/o junta directiva, con base en la producción de los servicios habilitados, facturación, variables financieras, técnicas de pronóstico y de inteligencia de negocios y analítica de datos necesarias, que sirvan como insumo para la toma de decisiones con base en datos.
 8. Liderar las metodologías y los procesos de inteligencia de negocios y analítica de datos, garantizando la calidad de la información y el uso de herramientas y desarrollos de software que permitan implementar estrategias de storytelling de datos, así como aplicar metodologías de minería de datos y técnicas de machine learning para apoyar la toma de decisiones institucional.
 9. Actuar como Scrum Máster en la implementación de metodologías ágiles para la planeación, ejecución y evaluación de proyectos orientados a la automatización de procesos, que involucren el uso de diversos lenguajes de programación, garantizando que el flujo de procesos institucional sea coherente con los productos desarrollados y entregados a los usuarios finales.
 10. Liderar la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en cada uno de sus componentes, asesorando su despliegue en las dependencias del hospital, evaluando su funcionamiento y proponiendo acciones de mejora continua que fortalezcan la prestación de los servicios de salud.
 11. Administrar la información estadística de la entidad, con la recolección de la información de las diferentes áreas y sus registros; con metodologías que faciliten la objetividad de los datos y su actualización periódica.
 12. Preparar, organizar y gestionar los informes periódicos de la gestión adelantada por la entidad, con destino a las entidades y organismos externos que así lo soliciten y sobre el seguimiento y ejecución de los proyectos y cumplimiento de metas e indicadores, en cumplimiento a las orientaciones del Gerente.
 13. Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
 14. Sugerir al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
 15. Proponer al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
 16. Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.

17. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
18. Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
19. Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
20. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
21. Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
22. Analizar los informes presentados por la oficina de control interno y los informes que presente Revisoría Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de 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.
23. Monitorear e informar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, 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.
24. Garantizar el adecuado despliegue de la gestión por procesos institucional, verificando que los procesos, procedimientos y caracterizaciones se encuentren actualizados y alineados con el direccionamiento estratégico, las metodologías de calidad y mejoramiento continuo, y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, asegurando su articulación con los sistemas de información y la evaluación permanente de su eficacia y eficiencia.
25. Consolidar, analizar y evaluar los informes normativos requeridos por los entes de control y autoridades competentes, proponiendo acciones de mejora que fortalezcan el cumplimiento regulatorio y la gestión institucional.
26. Ejercer las funciones de supervisión en los contratos asignados por la Gerencia, garantizando su ejecución conforme a los manuales, procedimientos y requisitos legales aplicables, velando por el adecuado seguimiento técnico, administrativo y financiero de los contratos y obligaciones a cargo.
27. Las demás que, debido a la naturaleza de la oficina, le sean asignadas por el Gerente.

ARTÍCULO SÉPTIMO. Oficina Asesora Jurídica. Son funciones de la oficina asesora jurídica:

1. Dirigir, programar, controlar y supervisar las actividades propias del área jurídica, acorde con la normatividad vigente, adoptar los lineamientos jurídicos para el desarrollo de los servicios ofrecidos por la institución.
2. Asesorar a la Gerencia y las demás dependencias en los asuntos de carácter jurídico.
3. Asesorar a la Gerencia en la aplicación de un sistema de control, relacionado con los procedimientos jurídicos de la institución.
4. Dirigir y coordinar la compilación y actualización normativa y jurisprudencial relativa a las actividades y funciones del Hospital y velar por su adecuada difusión y aplicación.

5. Proponer a la Gerencia las políticas, estrategias, planes y programas requeridos en el área jurídica.
6. Atender las demandas, tutelas y demás acciones que se interpongan contra la empresa.
7. Mantener actualizada la información jurídica en compendios para la Gerencia, sobre la normatividad vigente para la correcta actuación administrativa y jurídica de la empresa, la gerencia y demás dependencias que así lo requieran.
8. Responder por los trámites de los requerimientos hechos por los jueces de tutela y los demás organismos privados o estatales o autoridades competentes.
9. Responder por los derechos de petición que sean formulados y/o remitidos a la Oficina Asesora Jurídica.
10. Coordinar la representación del Hospital Regional de Monquirá E.S.E dentro de las acciones judiciales o extrajudiciales que contra este se instauren.
11. Revisar y conceptuar sobre los actos administrativos que profiera la Gerencia del Hospital y sobre contratos suscritos por el mismo, con el fin de garantizar su solidez jurídica.
12. Coordinar el proceso de contratación del Hospital, efectuando estudios pertinentes con la parte precontractual.
13. Coordinar la tramitación de los asuntos de carácter jurídico que soliciten las autoridades jurisdiccionales, policivas, del Ministerio Público, de la Administración Pública y de Salud, de los presentados por particulares o cualquier organismo y responder por estas.
14. Formular, implementar, evaluar y mejorar la Política de Prevención del Daño Antijurídico de la entidad, en cumplimiento de la normatividad vigente y garantizando la adopción de medidas orientadas a mitigar riesgos, fortalecer el control institucional y prevenir contingencias jurídicas.
15. Ejercer las funciones de supervisión en los contratos asignados por la Gerencia, garantizando su ejecución conforme a los manuales, procedimientos y requisitos legales aplicables, velando por el adecuado seguimiento técnico, administrativo y financiero de los contratos y obligaciones a cargo.
16. Las demás que, debido a la naturaleza de la oficina, le sean asignadas por el Gerente.

ARTÍCULO OCTAVO. Subgerencia Científica. Son funciones de la subgerencia científica:

1. Planear, controlar y evaluar la prestación de los servicios asistenciales de salud.
2. Dirigir y controlar la aplicación de un sistema de auditoria médica en el Hospital Regional de Monquirá E.S.E.
3. Adaptar y adoptar las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica de las técnicas y procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento.
4. Dirigir la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud a la comunidad y definir las acciones correctivas pertinentes.
5. Promover investigaciones de tipo aplicado, orientadas a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud que afectan a la comunidad.
6. Velar por el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

7. Establecer y mantener las relaciones de coordinación intra y extrainstitucionales necesarias para la adecuada prestación de los servicios de salud por parte del hospital.
8. Coordinar actividades de apoyo con el área administrativa y financiera, con el fin de establecer apoyo asistencial, recurso humano, técnico, financiero y área de sistemas e información.
9. Participar en los diferentes comités en que sea requerida su presencia o la gerencia delegue la presidencia.
10. Proponer, desplegar y evaluar el modelo de atención en concordancia con el modelo de prestación de servicios, garantizando que la atención en salud se brinde con calidad, humanización y seguridad, y promoviendo la adopción de prácticas que fortalezcan la experiencia del usuario y la seguridad del paciente.
11. Supervisar, evaluar y controlar los diferentes comités existentes en el área asistencial en conformidad con la normatividad vigente.
12. Supervisar la gestión del riesgo clínico institucional, asegurando la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos asociados a la atención en salud; verificar la implementación de barreras de seguridad y acciones preventivas y correctivas; monitorear los indicadores de eventos adversos y de seguridad del paciente; y garantizar que los procesos asistenciales cumplan con los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y las buenas prácticas clínicas para la mitigación de riesgos.
13. Implementar las guías clínicas, protocolos y Rutas Integrales de Atención, garantizando su adecuada socialización, adopción y aplicación en los servicios asistenciales; coordinar la actualización periódica de estos instrumentos conforme a la evidencia científica vigente y a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social; monitorear su cumplimiento mediante indicadores de proceso y resultado; y promover acciones de mejora que aseguren la calidad, continuidad, seguridad y oportunidad en la atención del usuario.
14. Aprobar los protocolos, manuales, procedimientos y demás tipologías documentales definidas en el manual de calidad del hospital de los procesos misionales, de acuerdo con la validación de la oficina asesora de planeación.
15. Realizar de manera oportuna los procesos de concertación de compromisos y evaluación del desempeño laboral del personal a su cargo, garantizando su ejecución conforme a la normatividad vigente y los lineamientos del DAFP, en coherencia con el direccionamiento estratégico del hospital y orientados a fortalecer la mejora continua y el logro de los objetivos institucionales.
16. Ejercer las funciones de supervisión en los contratos asignados por la Gerencia, garantizando su ejecución conforme a los manuales, procedimientos y requisitos legales aplicables, velando por el adecuado seguimiento técnico, administrativo y financiero de los contratos y obligaciones a cargo.
17. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por el gerente.

ARTÍCULO NOVENO. Seguridad del Paciente. Las funciones de seguridad del paciente son:

1. Desarrollar, mantener y liderar la política de Seguridad del Paciente, asegurando que el Programa Institucional de Seguridad del Paciente desarrolle las líneas de trabajo definidas

- en dicha política; garantizando su alineación con la normatividad vigente, las guías técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social y la evidencia científica, coordinando su implementación en todos los servicios, supervisando su eficacia y promoviendo su actualización continua.
2. Administrar el sistema institucional de reporte de eventos en seguridad del paciente, asegurando su funcionamiento continuo, la confidencialidad de la información, la cultura de reporte no punitivo, el análisis sistemático de incidentes, eventos adversos y cuasi fallas, y el seguimiento oportuno a las acciones de mejora derivadas.
 3. Liderar la aplicación de metodologías de análisis causa-raíz, análisis modal de fallas y efectos u otros métodos estructurados para la evaluación de eventos críticos; coordinar la ejecución e implementación de acciones correctivas y preventivas, y verificar su efectividad en la mitigación de riesgos institucionales.
 4. Identificar, actualizar y monitorear los riesgos de Seguridad del Paciente en cada uno de los servicios, de acuerdo con la metodología definida por la Oficina Asesora de Planeación y en articulación con el Sistema Integrado de Riesgos Institucional.
 5. Liderar la operación de los Comités de Seguridad del Paciente y de Control y Prevención de Infecciones, convocando y orientando sus sesiones, consolidando la información analizada, presentando resultados y recomendaciones, y garantizando la ejecución y seguimiento de las decisiones adoptadas para fortalecer la cultura de seguridad institucional.
 6. Diseñar e implementar programas de capacitación y sensibilización en seguridad del paciente, dirigidos a todo el talento humano asistencial y administrativo; promover la cultura de seguridad, el uso de protocolos, listas de verificación, prácticas seguras y el cumplimiento de estándares de atención segura definidos por el hospital.
 7. Definir, monitorear y analizar los indicadores de seguridad del paciente y riesgo clínico, generar tendencias, alertas tempranas y comparativos internos y externos e informar a la subgerencia científica sobre los resultados y riesgos emergentes que requieran intervención institucional.
 8. Consolidar y presentar informes periódicos de seguridad del paciente, integrando análisis de eventos, indicadores, avances del programa, resultados de auditorías, acciones de mejora y recomendaciones estratégicas para la toma de decisiones de la Gerencia y Subgerencia Científica.
 9. Aportar activamente en el seguimiento y la mejora continua de los procesos asistenciales en la modalidad hospitalario, ambulatorio o extramural, acorde con la normatividad y los estándares de atención excelente y segura, liderando la implementación de estrategias que permitan fortalecer los resultados institucionales.
 10. Actualizar, desarrollar, evaluar y mejorar el Programa de prevención y control de infecciones, asegurando el desarrollo de las líneas de acción y las buenas prácticas, aportando las evidencias del despliegue, seguimiento e intervenciones de fortalecimiento en el sistema de información dispuesto por la entidad.
 11. Definir, implementar y evaluar los protocolos relacionados con las buenas prácticas de seguridad del paciente que aplican a la institución en las modalidades habilitadas, asegurando los soportes de capacitación, evaluación de adherencia y retroalimentación en el sistema de información de calidad dispuesto por la entidad.
 12. Definir y presentar para aprobación a la Subgerencia Científica el cronograma de implementación y evaluación de adherencia de las buenas prácticas de seguridad del

- paciente, como estructura funcional de desarrollo y mejoramiento del programa institucional de seguridad del paciente.
13. Liderar y coordinar el plan de acción de los Equipos de gestión de riesgos de la institución: Programas de farmacovigilancia, tecno, reactivo, hemo vigilancia, Equipos de respuesta rápida, equipo de control de infecciones, y comités institucionales, aportando la asesoría para las estrategias de implementación y monitoreo, de acuerdo con lo definido en las metas y líneas de acción del Programa de seguridad del paciente.
 14. Regularizar y coordinar la realización de simulaciones o simulacros para la comprensión de las actuaciones en códigos de respuesta rápida, como estrategia para el fortalecimiento de la cultura de identificación y control del riesgo en la institución. Aportando los informes respectivos en el sistema de información dispuesto por la entidad.
 15. Atender auditorias y proyectar informes normativos relacionados con indicadores de seguridad en los procesos de atención solicitados por auditores internos, externos o entes de control, dando cumplimiento a los establecidos y a los compromisos adquiridos.
 16. Apoyar la auditoría de calidad del registro en las historias clínicas, conforme a los parámetros establecidos por el Comité de Historias Clínicas, suministrando los soportes requeridos, identificando desviaciones y definiendo las acciones de mejora necesarias para fortalecer la seguridad y la calidad de los procesos clínicos.
 17. Supervisar el cumplimiento de las recomendaciones de Vigilancia Epidemiológica en lo relacionado con prevención y control de infecciones hospitalarias, con especial énfasis en los protocolos de higiene de manos, precauciones de aislamiento, eventos de interés en salud pública y/o notificación obligatoria y Programa de uso prudente de antibióticos.
 18. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO DECIMO. Experiencia del Usuario. Son funciones de experiencia del usuario:

1. Documentar, actualizar, evaluar y mejorar las políticas de experiencia del usuario y humanización, de acuerdo con la metodología definida por la Oficina Asesora de Planeación, desarrollando los programas correspondientes y garantizando el cargue oportuno y adecuado de los indicadores en el sistema de gestión de la calidad institucional.
2. Documentar, actualizar, evaluar y mejorar las políticas de experiencia del usuario y humanización en conformidad con la metodología definida por la oficina asesora de planeación, desarrollando los respectivos programas y garantizando el cargue oportuno de indicadores adecuado en el sistema de calidad definido por la institución.
3. Gestionar el Sistema Institucional de PQRSDf, asegurando la recepción, clasificación, análisis, trámite y respuesta oportuna de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones; garantizar el cumplimiento de los tiempos legales, la calidad de las respuestas y la articulación con las dependencias responsables para la implementación de acciones correctivas y preventivas.
4. Diseñar, aplicar y analizar instrumentos de medición de satisfacción del usuario, asegurando su estandarización, validez y confiabilidad; consolidar los resultados, identificar brechas en la experiencia, y formular recomendaciones para la mejora del servicio.
5. Liderar la implementación de estrategias institucionales de humanización, promoviendo prácticas de atención centrada en la persona, respeto por la dignidad

- humana, comunicación compasiva y enfoque diferencial en todos los servicios asistenciales y administrativos.
6. Caracterizar anualmente a los usuarios del hospital y de su área de influencia, conforme a la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y adoptada por la Oficina Asesora de Planeación, garantizando la actualización y análisis de la información para la toma de decisiones institucional.
 7. Diseñar, implementar y supervisar rutas de atención diferencial para población vulnerable, incluyendo personas con discapacidad, adultos mayores, población materno-perinatal, pacientes con enfermedades crónicas, víctimas de violencia y grupos étnicos, asegurando accesibilidad, oportunidad y acompañamiento adecuado, en conformidad con la caracterización de usuarios.
 8. Verificar la adecuada señalización institucional, accesibilidad física y orientación al usuario en todos los puntos de contacto del hospital, asegurando condiciones de movilidad, claridad visual, acompañamiento y facilidad para el acceso a los servicios, de acuerdo con los protocolos de atención diferencial.
 9. Promover el trato digno, respetuoso y seguro hacia los usuarios, garantizando que el talento humano aplique principios de comunicación asertiva, confidencialidad, información clara, consentimiento informado y acompañamiento humanizado durante toda la atención.
 10. Elaborar y presentar informes periódicos sobre PQRS, satisfacción del usuario, estrategias de humanización e indicadores de experiencia, proporcionando análisis de resultados, brechas, tendencias y recomendaciones para la toma de decisiones de la Gerencia y otras instancias directivas.
 11. Gestionar la atención al usuario en eventos críticos o situaciones especiales, como contingencias asistenciales, eventos adversos, situaciones de conflicto, emergencias o fallas en la prestación del servicio, asegurando acompañamiento oportuno y soluciones integrales.
 12. Analizar tendencias, patrones y riesgos asociados a la experiencia del usuario, utilizando herramientas de inteligencia de datos, alertas tempranas y análisis cualitativos; identificar factores críticos y proponer acciones de mejora que reduzcan riesgos de insatisfacción y fortalezcan la calidad del servicio.
 13. Ejercer la Secretaría Técnica del Comité de Ética Hospitalaria, garantizando la convocatoria, organización, seguimiento y documentación de las sesiones, así como el cumplimiento de los lineamientos institucionales y normativos aplicables.
 14. Gestionar los procesos inherentes al Plan de Participación Social en Salud, ejecutando las acciones correspondientes y elaborando, consolidando y reportando oportunamente la información requerida ante el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la normatividad vigente.
 15. Gestionar las Alianzas de Usuarios y las actividades inherentes a los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), garantizando su acompañamiento, fortalecimiento, articulación y cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
 16. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. Auditoría. Son funciones de auditoría:

1. Realizar auditoría en tiempo real a los procesos de atención, verificando el cumplimiento de guías, protocolos, estándares de seguridad del paciente, registros clínicos y normatividad vigente, identificando desviaciones y generando recomendaciones inmediatas.
2. Revisar, validar y certificar la correcta codificación, glosa, pertinencia clínica y soportes de la facturación, garantizando la correspondencia entre la atención brindada, los CUPS/CIE10 registrados y los valores cobrados a los aseguradores.
3. Evaluar la oportunidad, integralidad, legibilidad y coherencia de los registros clínicos, asegurando que soporten la facturación y cumplan con los requisitos del Ministerio de Salud y el Sistema Único de Habilitación.
4. Consolidar los resultados de la auditoría concurrente y la auditoría de cuentas, elaborar informes técnicos, socializar los hallazgos con las áreas responsables y formular acciones preventivas y correctivas para fortalecer la calidad de la atención y la eficiencia financiera.
5. Brindar asesoría técnica al personal asistencial en procesos de codificación, registros clínicos, cumplimiento normativo, guías de práctica clínica y mejores prácticas que garanticen la pertinencia y oportunidad de la atención.
6. Planear y ejecutar auditorías dirigidas a servicios o procesos con mayor incidencia de eventos, glosas, reprocesos o incoherencias en la facturación, utilizando criterios de riesgo, trazabilidad y análisis de datos.
7. Participar en mesas de conciliación, consolidar soportes, justificar pertinencia clínica y técnica, sustentar glosas y gestionar acuerdos de pago, asegurando el reconocimiento oportuno de los servicios prestados.
8. Definir, medir y analizar los indicadores de auditoría concurrente y de cuentas (glosas, recuperación de cartera, depuración, auditorías realizadas, hallazgos recurrentes), generando reportes periódicos para la subgerencia científica y subgerencia administrativa y financiera y las áreas responsables.
9. Actualizar métodos, herramientas e instrumentos de auditoría; fortalecer el uso de analítica de datos; evaluar la eficacia de las acciones correctivas implementadas; y asegurar la articulación con el PAMEC, Seguridad del Paciente y calidad institucional.
10. Articular el proceso de auditoría concurrente y auditoría de cuentas con la pre auditoría de cuentas, garantizando la revisión oportuna de soportes clínicos y administrativos, la validación de la pertinencia de los servicios prestados y la coherencia entre los registros clínicos y la facturación; fortaleciendo la trazabilidad, la depuración de inconsistencias y la reducción de glosas mediante el trabajo coordinado con facturación, cartera y los servicios asistenciales.
11. Realizar las acciones requeridas para el trámite de respuesta al 100% de las glosas radicadas por la EAPB en condiciones de calidad, completitud y oportunidad.
12. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. Urgencias: Son funciones de urgencias:

1. Asegurar la operación permanente del servicio de urgencias, cumpliendo los requisitos del Sistema Único de Habilitación, las normas de talento humano, infraestructura, dotación, mantenimiento, bioseguridad y los estándares de calidad, velando por la

- disponibilidad de personal, insumos, equipos biomédicos y condiciones óptimas para la prestación del servicio las 24 horas del día.
2. Ejecutar el proceso de triage de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud, priorizando la atención según la gravedad, identificando signos de alarma, asignando niveles de urgencia y registrando en el sistema la valoración para garantizar un flujo adecuado y seguro de los pacientes.
 3. Activar oportunamente los códigos establecidos (Código Azul, Código Rojo, Código ACV, Código Trauma, entre otros), coordinando la respuesta interdisciplinaria, asegurando la disponibilidad del equipo de atención y garantizando la ejecución eficaz de los protocolos definidos para cada tipo de emergencia.
 4. Brindar atención inmediata y procedimientos de estabilización a pacientes con condiciones de riesgo vital, aplicando guías clínicas, protocolos de manejo avanzado y medidas de soporte vital, asegurando la continuidad de la atención y el traslado oportuno al área correspondiente.
 5. Coordinar la referencia de pacientes a otros niveles de complejidad cuando la condición clínica lo requiera, asegurando la adecuada documentación, comunicación con el prestador receptor y seguimiento del traslado; gestionar la contrarreferencia y garantizar la continuidad del cuidado y la trazabilidad del proceso.
 6. Diligenciar de manera oportuna, completa y veraz los registros clínicos en el HIS o plataforma institucional, garantizando la trazabilidad de la atención, la calidad del dato, el soporte para auditoría y la seguridad clínica del paciente.
 7. Documentar, aplicar y supervisar el cumplimiento de guías de práctica clínica, rutas de atención y protocolos de manejo para patologías prevalentes en urgencias, asegurando la atención segura, estandarizada y basada en la evidencia científica.
 8. Monitorear los tiempos de atención en cada fase del proceso (ingreso, triage, valoración médica, administración de medicamentos, exámenes, traslado, egreso), identificando cuellos de botella y coordinando acciones para garantizar la oportunidad definida por los estándares de calidad.
 9. Gestionar de manera efectiva el trabajo interdependiente con laboratorio clínico, imagenología, farmacia, hospitalización y otros servicios de apoyo, garantizando la entrega oportuna de resultados, la fluidez en la atención y la continuidad del proceso asistencial.
 10. Realizar en forma oportuna la definición de la conducta clínica del paciente, determinando, según su estado de salud, criterios diagnósticos y protocolos institucionales, si requiere egreso, remisión, hospitalización, observación o cualquier otra intervención necesaria, dejando constancia clara y completa en la historia clínica.
 11. Implementar y asegurar el cumplimiento del Modelo de Atención del Servicio de Urgencias, garantizando que los procesos asistenciales, administrativos y logísticos se desarrollen conforme a los lineamientos institucionales, la normatividad vigente en urgencias, las Rutas Integrales de Atención en Salud y los estándares de calidad, promoviendo un flujo eficiente del paciente desde el ingreso hasta la definición de su conducta clínica.
 12. Coordinar la programación eficiente del servicio, realizando el seguimiento de los resultados de la especialidad, aportando a la Subgerencia científica las recomendaciones para el mejoramiento continuo del proceso de gestión clínica.
 13. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas ocurridas en el Servicio de Urgencias, aportando la información asistencial, los

- registros operativos y los conceptos necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora en la atención inicial, estabilización y definición de la conducta clínica de los pacientes.
14. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
 15. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica

ARTÍCULO DECIMO TERCERO. Cirugía. Son funciones de cirugía:

1. Planear y ejecutar los procedimientos quirúrgicos con enfoque en seguridad del paciente, garantizando la valoración preoperatoria, la verificación de los requisitos clínicos, el consentimiento informado y la aplicación de protocolos institucionales y normativos que minimicen riesgos durante la atención.
2. Garantizar el cumplimiento estricto del protocolo de cirugía segura en las fases de ingreso, pausa quirúrgica y salida de quirófano, verificando identidad del paciente, procedimiento, disponibilidad de insumos, riesgos anestésicos y condiciones de seguridad.
3. Coordinar la articulación operativa del equipo quirúrgico, incluyendo todas las especialidades quirúrgicas habilitadas, anestesiología, enfermería, instrumentación y demás actores involucrados, con el fin de garantizar el adecuado desarrollo de las intervenciones y el cumplimiento de las responsabilidades asistenciales asignadas a cada área.
4. Supervisar y controlar la aplicación de los protocolos de esterilidad, antisepsia, limpieza y desinfección en las áreas quirúrgicas, así como la correcta gestión del instrumental, dispositivos médicos y elementos de protección, asegurando el cumplimiento de las normas sanitarias aplicables,
5. Gestionar y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos, dispositivos médicos, materiales y dotación requerida para la realización de procedimientos quirúrgicos, articulando con los procesos de adquisición, suministro, farmacia, esterilización e instrumentación.
6. Evaluar, monitorear y analizar los indicadores de desempeño y resultados del servicio quirúrgico, tales como productividad, complicaciones operatorias, infecciones del sitio operatorio, reintervenciones y oportunidad de la atención, entre otros formulados de acuerdo con la metodología de la oficina asesora de planeación y validados por la subgerencia científica, proponiendo acciones de mejora continua.
7. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones relacionadas con la práctica quirúrgica, aportando información, conceptos especializados y evidencias del proceso operatorio, con el fin de apoyar a los comités institucionales en la identificación de causas, tendencias y oportunidades de mejora en la atención quirúrgica.
8. Organizar y optimizar los flujos de operación del área quirúrgica, incluyendo el agendamiento, el uso de salas, los tiempos de preparación, rotación y recuperación, con el fin de garantizar eficiencia, continuidad y oportunidad en la prestación del servicio.

9. Garantizar la actualización, disponibilidad, documentación y adherencia a las Guías de Práctica Clínica, protocolos quirúrgicos y rutas de atención aplicables al ámbito quirúrgico, verificando su implementación en los procesos asistenciales y coordinando las acciones necesarias para estandarizar la práctica operatoria conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos institucionales.
10. Coordinar la programación eficiente del servicio, realizando el seguimiento de los resultados de la especialidad, aportando a la Subgerencia científica las recomendaciones para el mejoramiento continuo del proceso de gestión clínica.
11. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
12. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica

ARTÍCULO DECIMO CUARTO. Internación. Son funciones de Internación:

1. Asegurar que cada paciente reciba una atención continua, segura y humanizada durante todo el periodo de hospitalización, mediante intervenciones interdisciplinarias que respondan a sus necesidades clínicas, emocionales y sociales, con enfoque diferencial por edad, condición y nivel de complejidad.
2. Diseñar, implementar y evaluar planes de cuidado basados en valoración integral, diagnósticos de enfermería, guías clínicas y estándares de práctica, asegurando intervenciones oportunas y seguimiento permanente de la respuesta del paciente a los cuidados instituidos.
3. Garantizar la correcta prescripción, dispensación, administración, registro y vigilancia de medicamentos y soluciones, conforme a protocolos de seguridad del paciente, doble verificación, cadena de custodia y control de medicamentos de alto riesgo, minimizando errores de medicación.
4. Realizar monitoreo periódico y sistemático de signos vitales, patrones fisiológicos y cambios en el estado clínico, identificando signos de alarma, documentando hallazgos en la historia clínica e informando oportunamente al equipo médico para decisiones terapéuticas.
5. Planear y ejecutar el proceso de alta hospitalaria asegurando educación al paciente y la familia, conciliación de medicamentos, entrega de recomendaciones, agendamiento de controles, remisiones y coordinación con Atención Primaria o servicios ambulatorios, minimizando reingresos prevenibles.
6. Implementar programas y medidas de prevención mediante valoración de riesgos, aplicación de escalas especializadas, adecuación del entorno, educación al paciente/familia y monitoreo del cumplimiento de las barreras de seguridad.
7. Aplicar rigurosamente prácticas de bioseguridad, higiene de manos, aislamiento según tipo, cuidado de dispositivos invasivos, vigilancia de focos infecciosos y reporte oportuno al Comité de Infecciones, favoreciendo la reducción de IAAS en los servicios del grupo de internación habilitados.
8. Garantizar que, en los servicios de internación, que el diligenciamiento de la historia clínica se realice de manera completa, clara, oportuna y cronológica, asegurando la

- trazabilidad de la atención, la continuidad del cuidado del paciente y el cumplimiento de los requisitos legales, normativos y de auditoría establecidos por la entidad.
9. Gestionar y hacer seguimiento a solicitudes de interconsulta, valoraciones especializadas y ayudas diagnósticas, facilitando la oportunidad de atención y la integración del equipo interdisciplinario para la toma de decisiones clínicas.
 10. Administrar de forma eficiente la disponibilidad y rotación de camas en todas las unidades funcionales, priorizando pacientes críticos, urgencias y remisiones, y articulando con admisiones y urgencias para garantizar flujos seguros y una ocupación adecuada.
 11. Garantizar la actualización, disponibilidad, documentación y adherencia a las Guías de Práctica Clínica, protocolos clínicos y rutas de atención aplicables al ámbito intrahospitalario, verificando su correcta implementación en los procesos asistenciales y coordinando las acciones necesarias para estandarizar las prácticas clínicas conforme a la normatividad vigente y los lineamientos institucional.
 12. Evaluar, monitorear y analizar los indicadores de desempeño y resultados de los servicios hospitalarios, tales como productividad, oportunidad de la atención, complicaciones clínicas, eventos adversos, infecciones asociadas a la atención, reingresos y demás indicadores formulados conforme a la metodología de la Oficina Asesora de Planeación y validados por la Subgerencia Científica, proponiendo acciones de mejora continua para fortalecer la calidad y seguridad en la atención.
 13. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas ocurridas en los servicios de internación, aportando la información asistencial, los registros operativos y los conceptos clínicos necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar los tiempos de respuesta, agilizar procesos de atención y favorecer salidas oportunas que mejoren el giro cama y disminuyan los días de estancia.
 14. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
 15. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO DECIMO QUINTO. Laboratorio Clínico. Son funciones de laboratorio clínico:

1. Asegurar que los procedimientos de obtención, identificación, conservación, traslado y análisis de muestras se realicen siguiendo los estándares técnicos, protocolos institucionales y requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, garantizando la confiabilidad y validez del proceso diagnóstico.
2. Gestionar la participación del laboratorio en esquemas de evaluación externa, ejecutar los controles diarios y periódicos, documentar resultados y adoptar acciones correctivas y preventivas que fortalezcan la confiabilidad analítica y la mejora continua del servicio.
3. Asegurar que los equipos de laboratorio y dispositivos de diagnóstico in vitro cuenten con calibraciones vigentes, verificaciones metrológicas, controles de calidad internos y externos y mantenimiento preventivo y correctivo programado, en coordinación con la dependencia de gestión de la tecnología y los proveedores autorizados, garantizando

- la continuidad operativa, la confiabilidad analítica y la exactitud de los resultados emitidos.
4. Verificar la aplicación de protocolos de prevención de riesgos biológicos, el uso adecuado de elementos de protección personal, la gestión correcta de residuos hospitalarios y la mitigación de incidentes que puedan comprometer la seguridad del talento humano o la calidad de los análisis.
 5. Garantizar que los informes de resultados cumplan criterios de precisión, especificidad y oportunidad, aplicando procedimientos de validación técnica y asegurando su registro y divulgación conforme a las políticas institucionales de información clínica.
 6. Supervisar el almacenamiento, transporte y conservación de insumos críticos en las condiciones establecidas por fichas técnicas y normas de laboratorio, asegurando la estabilidad y confiabilidad de los reactivos y de las pruebas realizadas.
 7. Asegurar el envío de reportes, confirmaciones diagnósticas y alertas epidemiológicas a los entes territoriales y al sistema de vigilancia correspondiente, conforme a los requerimientos del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud.
 8. Planificar, solicitar y supervisar el inventario de reactivos, materiales y suministros, implementando controles de consumo, fechas de vencimiento y conservación, para garantizar la continuidad del servicio y el cumplimiento de estándares de calidad.
 9. Garantizar la actualización, disponibilidad, documentación y adherencia a los manuales de procedimientos, guías técnicas, protocolos de laboratorio y rutas diagnósticas aplicables al servicio, verificando su correcta implementación en las fases preanalítica, analítica y post analítica, y coordinando las acciones necesarias para estandarizar las prácticas del laboratorio conforme a la normatividad vigente y los lineamientos institucionales.
 10. Evaluar, monitorear y analizar los indicadores de desempeño del Laboratorio Clínico, incluyendo oportunidad en las fases preanalítica, analítica y post analítica, cumplimiento de tiempos de entrega, tasas de no conformidades, repeticiones de pruebas, control de calidad, consumo de reactivos y demás indicadores definidos por la Oficina Asesora de Planeación y validados por la Subgerencia Científica, proponiendo e implementando acciones de mejora continua que fortalezcan la calidad diagnóstica, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa del servicio.
 11. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas que involucren procesos diagnósticos dependientes del Laboratorio Clínico, aportando los registros analíticos, la información operativa y los conceptos técnicos necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar los tiempos de respuesta diagnóstica, agilizar flujos preanalíticos y post analíticos, y contribuir a una atención oportuna que favorezca la toma de decisiones clínicas y la eficiencia en los procesos asistenciales.
 12. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
 13. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO DECIMO SEXTO. Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. Son funciones de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica:

1. Asegurar que los exámenes de imagenología y las intervenciones terapéuticas se realicen siguiendo las metodologías, estándares de calidad, lineamientos clínicos y requisitos normativos, garantizando uniformidad técnica, seguridad del paciente y confiabilidad de los resultados.
2. Verificar el uso correcto de los equipos de imagenología y terapias, coordinando su calibración, mantenimiento preventivo y correctivo en articulación con la dependencia de gestión de la tecnología.
3. Supervisar la aplicación estricta de normas de protección radiológica para usuarios, trabajadores y acompañantes, mantener registros dosimétricos, asegurar barreras físicas adecuadas y velar por el cumplimiento del principio ALARA y demás disposiciones regulatorias.
4. Organizar y coordinar la programación de estudios e intervenciones terapéuticas, gestionando la capacidad instalada, priorizando casos según criterios clínicos y garantizando el flujo oportuno de atención para favorecer la continuidad del proceso asistencial.
5. Asegurar que los informes de imágenes diagnósticas y los seguimientos terapéuticos sean emitidos con rigor técnico, claridad, oportunidad y conforme a los lineamientos institucionales, incorporándolos adecuadamente en los sistemas de información clínica.
6. Planificar, solicitar y supervisar el inventario de insumos radiológicos, medios de contraste, dispositivos terapéuticos, material reutilizable y consumibles, garantizando su disponibilidad, conservación y uso racional.
7. Velar por la oportunidad en la entrega de resultados, el acompañamiento terapéutico continuo y la adecuada comunicación con urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa, asegurando que el soporte diagnóstico y terapéutico contribuya a decisiones clínicas oportunas.
8. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas que involucren los procesos diagnósticos por imágenes y las intervenciones terapéuticas, aportando los registros técnicos, la información operativa y los conceptos especializados necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar los tiempos de respuesta diagnóstica, garantizar la continuidad del proceso terapéutico, agilizar flujos operativos y contribuir a una atención oportuna que fortalezca la toma de decisiones clínicas y la eficiencia del proceso asistencial.
9. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
10. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO DECIMO SEPTIMO. Servicios Ambulatorios. Son funciones de Servicios ambulatorios:

1. Gestionar la prestación de los servicios del grupo de consulta externa habilitados del, garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad, oportunidad y seguridad definidos por la normatividad vigente y las políticas institucionales
2. Planificar, asignar y controlar las agendas de consulta y procedimientos ambulatorios de acuerdo con los servicios habilitados, optimizando la utilización de la capacidad instalada, priorizando casos según criterios clínicos y garantizando la continuidad del proceso asistencial.
3. Asegurar la correcta ejecución de actividades educativas, tamizajes, controles de riesgo, programas materno-infantiles, salud oral, vacunación y detección temprana, garantizando el cumplimiento de metas institucionales y normativas.
4. Velar por la oportunidad en la atención odontológica, la calidad de los procedimientos, la esterilización del instrumental, la bioseguridad y la documentación clínica conforme a lineamientos técnicos y normativos.
5. Asegurar que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios especializados, se realicen bajo parámetros de seguridad, trazabilidad, calidad técnica y disponibilidad de insumos, articulándose con apoyo diagnóstico y hospitalización cuando sea necesario.
6. Monitorear y evaluar indicadores como oportunidad de atención, tiempos de espera, inasistencias, adherencia a metas de Promoción y Prevención (PyP), productividad médica y odontológica, satisfacción del usuario, remisiones y uso racional de servicios, proponiendo acciones de mejora.
7. Garantizar que los profesionales consignen la información clínica de manera completa, clara, cronológica y conforme a los requisitos legales de acuerdo con el manual de historia clínica de la institución.
8. Vigilar la pertinencia de los ordenamientos clínicos y la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y protocolos institucionales, realizando seguimiento sistemático a su aplicación, identificando desviaciones y promoviendo acciones de mejora que garanticen intervenciones seguras, costo-efectivas y basadas en evidencia.
9. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas que involucren la prestación de los servicios ambulatorios, aportando los registros clínicos, la información operativa y los conceptos especializados necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar los tiempos de atención, fortalecer la continuidad del cuidado, agilizar los flujos asistenciales y contribuir a una atención oportuna que favorezca la toma de decisiones clínicas y la eficiencia del proceso asistencial.
10. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
11. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO DECIMO OCTAVO. Servicios Extramurales. Son funciones de servicios extramurales:

1. Ejecutar visitas domiciliarias integrales orientadas a la valoración del estado de salud, la identificación de riesgos, el seguimiento de condiciones crónicas, el

- acompañamiento a gestantes, menores y personas con dependencia, garantizando intervenciones oportunas y articuladas con los demás servicios asistenciales e institucionales.
2. Gestionar y desarrollar intervenciones comunitarias en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial, fortaleciendo la participación de la comunidad, el trabajo con líderes, instituciones educativas, redes de apoyo y organizaciones locales, para promover entornos saludables y reducir brechas de acceso en poblaciones priorizadas.
 3. Implementar las Rutas Integrales de Atención en Salud en el ámbito extramural, asegurando el cumplimiento de actividades definidas para promoción, mantenimiento de la salud, detección temprana y gestión del riesgo, con enfoque diferencial, territorial y familiar.
 4. Atender zonas rurales y dispersas mediante estrategias adaptadas al contexto, priorizando poblaciones con mayores barreras geográficas, culturales y sociales, para reducir inequidades en el acceso al primer nivel de atención.
 5. Reportar información epidemiológica y operativa derivada de la actividad extramural, garantizando la calidad, oportunidad y completitud de los registros requeridos por los sistemas de vigilancia, los programas de salud pública y los procesos institucionales de analítica de datos.
 6. Desarrollar procesos de educación comunitaria en salud, orientados al autocuidado, la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de capacidades comunitarias, utilizando metodologías participativas y apropiadas al contexto sociocultural.
 7. Mantener actualizados los registros propios de la Atención Primaria en Salud (APS), incluyendo censos poblacionales, caracterización de familias y territorios, seguimientos, tamizajes, indicadores operativos y trazadores de riesgo, para soportar la planeación y la toma de decisiones.
 8. Coordinar las actividades de Promoción y Prevención (PyP) en el ámbito extramural, asegurando el cumplimiento de las metas, la adecuada articulación con consulta externa y demás servicios institucionales, y el desarrollo de estrategias que permitan aumentar coberturas y mejorar resultados en salud.
 9. Gestionar los convenios suscritos con el municipio, el departamento o la nación, conforme a los planes estratégicos sectoriales, para la prestación de atención extramural y el desarrollo de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), asegurando su correcta ejecución, seguimiento y articulación con las necesidades del territorio.
 10. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas que se presenten en los servicios extramurales, aportando los registros técnicos, la información operativa y los conceptos especializados necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar los tiempos de respuesta, fortalecer la continuidad de los procesos asistenciales, agilizar los flujos operativos en campo y contribuir a una atención oportuna y eficiente en el entorno comunitario.
 11. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.

12. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica

ARTÍCULO DECIMO NOVENO. Farmacia. Son funciones de farmacia:

1. Documentar, implementar, evaluar y mejorar el programa de farmacovigilancia, alineado con el programa institucional de seguridad del paciente, haciendo seguimiento a los indicadores en el sistema de información de calidad del hospital.
2. Gestionar el cumplimiento de las buenas prácticas según la normatividad vigente, estándares de calidad superior y lineamientos del programa de Seguridad del paciente de la entidad en lo que respecta al manejo de medicamentos y dispositivos en la institución.
3. Documentar, mantener actualizado, implementar, evaluar y mejorar el programa para la optimización de medicamentos antimicrobianos, coordinando las actividades de promoción aprobadas en el comité de prevención y control de infecciones y realizando el seguimiento pertinente de acuerdo con los lineamientos institucionales, gestionando los indicadores asociados.
4. Gestionar la dispensación segura de medicamentos y dispositivos médicos, verificando las condiciones de entrega, el cumplimiento de requisitos técnicos, la disponibilidad de información para el paciente y la aplicación de buenas prácticas de dispensación que minimicen riesgos asociados al uso de medicamentos.
5. Realizar actividades de farmacovigilancia de manera permanente, mediante vigilancia activa y sistemática de reacciones adversas, errores de medicación, fallas terapéuticas y demás eventos asociados al uso de medicamentos, garantizando su identificación, documentación y reporte oportuno, y articulando con los servicios clínicos y los comités institucionales las acciones necesarias para mejorar la seguridad del paciente y la calidad del tratamiento farmacológico.
6. Gestionar de manera adecuada los medicamentos de control, garantizando su custodia, registro, trazabilidad, almacenamiento seguro y reporte oportuno conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos de los entes de control, asegurando un manejo responsable y seguro dentro del servicio.
7. Gestionar la cadena de frío de los medicamentos termo sensibles, asegurando el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento, monitoreo de temperatura, registro continuo, acciones correctivas frente a desviaciones y la integridad de los productos hasta su dispensación.
8. Validar las prescripciones médicas antes de la dispensación, verificando la pertinencia, dosificación, interacciones, duplicidades, incompatibilidades y restricciones, realizando intervenciones farmacéuticas cuando sea necesario y comunicando oportunamente las observaciones al prescriptor.
9. Gestionar los inventarios de medicamentos y dispositivos médico, asegurando niveles óptimos de stock, rotación adecuada, análisis de consumo, identificación de productos críticos y ejecución de pedidos según la demanda institucional y la priorización clínica.
10. Supervisar las fechas de vencimiento, las condiciones de almacenamiento y el estado físico de los productos, implementando estrategias de semaforización que permitan anticipar riesgos, priorizar la rotación y asegurar el uso oportuno de los medicamentos, garantizando su integridad y disponibilidad y minimizando la ocurrencia de productos vencidos.

11. Registrar de manera completa y oportuna los procesos de dispensación, devoluciones, ajustes de inventario y eventos asociados, utilizando los sistemas de información institucionales para garantizar la trazabilidad, transparencia y soporte adecuado de los procesos asistenciales y administrativos.
12. Participar activamente y de acuerdo con el rol asignado por la gerencia en los comités institucionales relacionados con la seguridad del paciente, farmacoterapia, gestión del riesgo y calidad, aportando análisis técnicos, información de consumo, recomendaciones farmacológicas y propuestas de mejora orientadas a optimizar la terapia medicamentosa y reducir eventos adversos.
13. Participar en el análisis técnico de eventos, casos clínicos y situaciones críticas relacionados con la gestión y uso de medicamentos, aportando los registros técnicos, la información operativa y los conceptos especializados necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar los tiempos de suministro, garantizar la continuidad del tratamiento farmacológico, agilizar los procesos operativos y contribuir a una atención segura, oportuna y eficiente para los pacientes.
14. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
15. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO VEINTE. Academia e Investigación. Son funciones de academia e investigación:

1. Planear, coordinar, supervisar y evaluar las prácticas formativas de estudiantes y residentes en los escenarios hospitalarios, asegurando la disponibilidad de espacios clínicos y comunitarios adecuados, la asignación de tutores calificados y el cumplimiento de los lineamientos académicos y normativos institucionales.
2. Revisar, evaluar y avalar técnicamente los proyectos de investigación presentados por estudiantes, residentes o personal académico, garantizando su pertinencia, viabilidad, cumplimiento de normas éticas y alineación con los objetivos institucionales y programas de investigación y presentando recomendaciones ante el comité de ética en investigación.
3. Coordinar las actividades inherentes del comité de ética en investigación.
4. Velar por el cumplimiento de los principios éticos en todas las actividades académicas, de investigación y de práctica asistencial, protegiendo los derechos de los pacientes, participantes de estudios y estudiantes.
5. Coordinar y representar al hospital en los comités de docencia-servicio de las universidades con convenio vigente, velando por la actualización, mantenimiento y cumplimiento de dichos convenios conforme al direccionamiento estratégico institucional, promoviendo experiencias de aprendizaje seguras y significativas, y garantizando la articulación efectiva entre los servicios hospitalarios y los programas académicos.

6. Planear y ejecutar actividades de capacitación y actualización para el personal académico y clínico, fortaleciendo competencias técnicas, investigativas, pedagógicas y en la adopción de Guías de Práctica Clínica (GPC).
7. Fomentar la investigación aplicada en escenarios clínicos y de apoyo diagnóstico, vinculando a estudiantes y profesionales, generando conocimiento útil que contribuya a la mejora de los procesos asistenciales y educativos.
8. Elaborar, ejecutar y dar seguimiento al plan anual de trabajo académico, incorporando la preparación de escenarios de práctica formativa para su evaluación y certificación ante el ente competente, asegurando que cumplan los estándares de calidad educativa, seguridad y capacidad operativa necesarios para recibir estudiantes y desarrollar actividades de enseñanza-aprendizaje.
9. Documentar, actualizar, implementar, evaluar y mejorar la política institucional de gestión del conocimiento y la innovación, desarrollándola a través del programa correspondiente, en concordancia con los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y el direccionamiento estratégico institucional, articulando la vocación científica del hospital y midiendo los indicadores asociados conforme a la metodología de la Oficina Asesora de Planeación para la identificación de oportunidades de mejora.
10. Mantener actualizados e implementados el programa y los procedimientos para la adopción, implementación y evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica y protocolos clínicos, de acuerdo con las metodologías avaladas por la gerencia, respondiendo oportunamente a los requerimientos establecidos por el hospital y en conformidad con el modelo de atención y los lineamientos de la Subgerencia Científica
11. Implementar el plan de trabajo de Habilitación y acreditación en lo relacionado con la adopción, implementación y adherencia de las GPC con enfoque en mejoramiento institucional, de acuerdo con la metodología de la oficina asesora de planeación.
12. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
13. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica

ARTÍCULO VEINTE UNO. Salud Pública. Son funciones de salud pública:

1. Planear, organizar y supervisar las actividades de vigilancia epidemiológica institucional y comunitaria, asegurando la identificación temprana de riesgos, tendencias de morbilidad y eventos de interés en salud pública.
2. Garantizar la notificación oportuna, completa y precisa de casos, eventos y situaciones de interés en salud pública al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), cumpliendo con los tiempos y formatos establecidos por la normativa vigente.
3. Coordinar la investigación, control y seguimiento de brotes, epidemias y eventos sanitarios de interés, realizando análisis de canales endémicos y de tendencias epidemiológicas, y articulando acciones con los servicios asistenciales, autoridades

- sanitarias y comunidades afectadas, con el fin de minimizar el impacto en la salud de la población y garantizar una respuesta oportuna y eficiente.
4. Identificar, evaluar y priorizar riesgos sanitarios en la población atendida, apoyando la toma de decisiones estratégicas y la planificación de intervenciones preventivas y correctivas
 5. Organizar y articular la respuesta institucional ante eventos de interés en salud pública, incluyendo emergencias sanitarias, brotes, alertas epidemiológicas y situaciones de riesgo colectivo.
 6. Mantener actualizado el informe y análisis de los eventos de interés en salud pública y hacer la transferencia semanal a la Secretaria de salud del municipio y del departamento respectivamente.
 7. Realizar análisis de morbilidad de la población atendida, identificando patrones de enfermedad, factores de riesgo y tendencias epidemiológicas, para apoyar la toma de decisiones y la planificación de intervenciones preventivas y de control.
 8. Elaborar y presentar informes periódicos a la subgerencia científica sobre la situación epidemiológica, cobertura de programas de prevención, resultados de vigilancia y actividades de promoción.
 9. Coordinar las actividades del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), asegurando la planificación, seguimiento y evaluación de las acciones de vigilancia, prevención y control de eventos de interés en salud pública, promoviendo la articulación entre servicios hospitalarios, autoridades sanitarias y la comunidad.
 10. Definir, implementar y mantener actualizado el procedimiento de estadísticas vitales, asegurando la adherencia a las disposiciones normativas del proceso.
 11. Evaluar la adherencia a la aplicación de las GPC y protocolos adoptados en la institución de todos los eventos de interés en salud pública, siguiendo la metodología institucional y aportando los soportes respectivos.
 12. Participar en el análisis técnico de eventos, casos epidemiológicos y situaciones críticas de salud pública, aportando los registros técnicos, la información operativa y los conceptos especializados necesarios para que los comités institucionales identifiquen causas, patrones y oportunidades de mejora, con énfasis en optimizar la respuesta frente a eventos de interés en salud pública, fortalecer la continuidad de las intervenciones preventivas y de control, agilizar los procesos operativos y contribuir a una atención oportuna, segura y eficiente para la población.
 13. Reconocer y definir estrategias para dar cumplimiento a los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las metas asignadas en la planeación estratégica y los compromisos establecidos en los diferentes contratos suscritos con la Empresas Responsables de pago y la normatividad vigente.
 14. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia científica.

ARTÍCULO VEINTI DOS. Subgerencia Administrativa y Financiera. Son funciones de la subgerencia administrativa y financiera:

1. Planear, controlar, evaluar y ajustar, juntamente con los Directivos y Coordinadores la prestación de los servicios administrativos en la Institución, rindiendo los informes respectivos a la Gerencia.

2. Planear las actividades institucionales en coordinación con el equipo directivo y Asesor, para el logro eficiente de sus actividades.
3. Implementar las políticas y estrategias trazadas por el Gerente.
4. Adaptar y adoptar las normas técnicas y modelos orientados a mejorar los procesos de los servicios administrativos.
5. Impulsar el desarrollo de los regímenes definidos para el sistema de salud.
6. Velar por la aplicación de las normas y procedimientos de los procesos de apoyo.
7. Establecer y mantener las actividades de coordinación intra y extrainstitucionales necesarias para el adecuado funcionamiento de los procesos administrativos.
8. Velar por la elaboración, actualización y difusión de los manuales de normas y procedimientos de cada una de las áreas administrativas.
9. Impulsar el desarrollo de investigaciones de tipo aplicado, orientadas a mejorar la eficiencia al área de administración.
10. Controlar los ingresos y el gasto institucional que permita al Hospital ser competitivo en el sector Salud.
11. Promover la optimización de los recursos, apoyando y acompañando a los diferentes directivos y líderes en el análisis y proyección de su servicio.
12. Planear, coordinar y evaluar las actividades administrativas tendientes a la consecución de suministros y equipos, proporcionando el apoyo adecuado y oportuno al área asistencial para garantizar una óptima prestación del servicio.
13. Procurar relaciones con diferentes Instituciones, especialmente del Sector, que permitan comparaciones de las mejores prácticas, para adaptar y rediseñar procesos organizacionales.
14. Adelantar y decidir, en primera instancia, los procesos disciplinarios que se registren contra los servidores públicos de la entidad.
15. Participar activamente en los diferentes comités de los procesos administrativos y actuar como presidente de estos, cuando así lo designe la gerencia.
16. Elaborar, en articulación con las dependencias administrativas y asistenciales, el presupuesto anual de ingresos y gastos del hospital, asegurando su formulación conforme a la normatividad presupuestal vigente, a las proyecciones financieras institucionales y al direccionamiento estratégico, garantizando la consistencia técnica y la sostenibilidad fiscal del plan presupuestal.
17. Realizar de manera oportuna los procesos de concertación de compromisos y evaluación del desempeño laboral del personal a su cargo, garantizando su ejecución conforme a la normatividad vigente y los lineamientos del DAFP, en coherencia con el direccionamiento estratégico del hospital y orientados a fortalecer la mejora continua y el logro de los objetivos institucionales.
18. Documentar, actualizar, evaluar y garantizar la correcta implementación de los lineamientos institucionales relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), y demás normatividad asociada, realizando seguimiento sistemático a su cumplimiento, verificando la eficacia de los controles y reportes, y asegurando su articulación con los procesos administrativos, financieros, contables y contractuales de la entidad, acatando las delegaciones de la Junta Directiva en la materia.

19. Aprobar los protocolos, manuales, procedimientos y demás tipologías documentales definidas en el manual de calidad del hospital de los procesos de apoyo, de acuerdo con la validación de la oficina asesora de planeación.
20. Ejercer las funciones de supervisión en los contratos asignados por la Gerencia, garantizando su ejecución conforme a los manuales, procedimientos y requisitos legales aplicables, velando por el adecuado seguimiento técnico, administrativo y financiero de los contratos y obligaciones a cargo.
21. Las demás que, debido a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por el Gerente.

ARTÍCULO VEINTI TRES. Talento Humano. Son funciones de talento humano:

1. Documentar, actualizar, implementar, evaluar y mejorar la política institucional de Talento Humano, en conformidad con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y la metodología definida por la Oficina Asesora de Planeación, desarrollando dicha política en los planes establecidos por el Decreto 612 de 2018 o la norma que lo sustituya o modifique, asegurando su articulación con el direccionamiento estratégico y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
2. Administrar los procesos de selección del personal conforme a la normatividad vigente, garantizando la planeación, convocatoria, aplicación de pruebas, valoración de competencias, verificación de requisitos y conformación de listas de aspirantes, asegurando procesos meritocráticos, transparentes y alineados con las necesidades institucionales.
3. Gestionar integralmente los procesos de ingreso, permanencia y retiro del personal, incluyendo nombramientos, posesiones, traslados, encargos, comisiones, ceses de encargos, renunciaciones y desvinculaciones, velando por el cumplimiento de las disposiciones legales y la actualización de los actos administrativos correspondientes.
4. Administrar la nómina institucional y las novedades laborales, garantizando el registro, validación y liquidación oportuna de novedades, recargos, incapacidades, vacaciones, licencias y demás conceptos salariales y prestacionales, asegurando su correcta incorporación al sistema de información y el cumplimiento de la normatividad vigente.
5. Implementar, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, conforme a la normatividad del Ministerio del Trabajo, gestionando la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, planes de trabajo, comités obligatorios, vigilancia epidemiológica y actividades de promoción y prevención.
6. Administrar, custodiar y actualizar las historias laborales físicas y digitales, garantizando la integridad, disponibilidad, veracidad y reserva de la información, así como la incorporación oportuna de actos administrativos, certificaciones, soportes y novedades del vínculo laboral.
7. Diseñar, ejecutar y evaluar los programas de formación, capacitación y fortalecimiento de competencias, en coherencia con el Plan Institucional de Capacitación, el MIPG y el análisis de necesidades formativas, promoviendo el desarrollo continuo del talento humano y el cumplimiento de las funciones institucionales.
8. Coordinar y ejecutar el proceso de evaluación del desempeño laboral, garantizando la aplicación de los instrumentos definidos, el acompañamiento a evaluadores y evaluados, el seguimiento a los compromisos laborales y la consolidación de

resultados para la toma de decisiones sobre incentivos, mejoras o planes de fortalecimiento.

9. Gestionar los programas de bienestar social e incentivos institucionales, diseñando e implementando acciones que promuevan la calidad de vida laboral, la motivación, la permanencia y el clima organizacional, en concordancia con los lineamientos del DAFP.
10. Administrar, custodiar y actualizar las historias laborales físicas y digitales, garantizando la integridad, disponibilidad, veracidad y reserva de la información, así como la incorporación oportuna de actos administrativos, certificaciones, soportes y novedades del vínculo laboral.
11. Suministrar oportunamente la información relacionada con las necesidades y perfiles del talento humano requeridos para garantizar la viabilidad de los proyectos institucionales, velando porque dichos perfiles se ajusten al direccionamiento estratégico y a los objetivos del Hospital Regional de Monquirá E.S.E., y realizando la actualización permanente de la matriz de suficiencia de talento humano como insumo para la planeación institucional.
12. Coordinar el cumplimiento de los Estándares de Habilitación Acreditación en materia del Recurso Humano.
13. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO VEINTI CUATRO. Ciclo Económico Interno. Son funciones de Ciclo Económico Interno:

1. Administrar integralmente el proceso de agendamiento de los servicios habilitados, garantizando la asignación, redistribución, confirmación y gestión de cancelaciones de los cupos, optimizando la disponibilidad y oportunidad de las especialidades, y realizando la conciliación permanente de agendas con la Subgerencia Científica para asegurar la continuidad operativa, la eficiencia del flujo de atención y el cumplimiento de los estándares institucionales y normativos.
2. Elaborar y mantener actualizado el estudio de oferta y demanda de cada uno de los servicios prestados por el hospital, aplicando la metodología definida por la Oficina Asesora de Planeación, garantizando el análisis prospectivo y la proyección de estrategias que permitan ajustar la operación del proceso de agendamiento, responder a las expectativas de los usuarios y asegurar el cumplimiento de los indicadores normativos aplicables a la institución.
3. Gestionar el registro y la facturación de los servicios prestados, asegurando la codificación adecuada de los CUPS, el registro oportuno en el sistema de información, la validez documental y el cumplimiento de las disposiciones normativas y contractuales.
4. Gestionar integralmente el subproceso de facturación de los servicios habilitados, garantizando la correcta codificación, liquidación y validación de los servicios prestados, conforme a la normatividad vigente, los manuales tarifarios, los acuerdos de voluntades y los lineamientos institucionales, asegurando la consistencia de la información y la oportunidad en la radicación de cuentas.
5. Verificar la integridad, pertinencia y coherencia de los soportes clínicos, administrativos y contractuales que respaldan los servicios facturados, articulándose con los servicios

- asistenciales y administrativos para corregir inconsistencias, minimizar glosas y fortalecer la calidad del registro que sustenta la recuperación financiera.
6. Coordinar el proceso de radicación de facturas ante los aseguradores y demás pagadores, verificando la integridad de los soportes, el cumplimiento de requisitos contractuales y la entrega dentro de los plazos establecidos para evitar glosas por extemporaneidad.
 7. Realizar la radicación oportuna y el seguimiento permanente de las cuentas ante los diferentes aseguradores y pagadores, gestionando los procesos de conciliación, depuración y respuesta a glosas, con el fin de optimizar el recaudo, reducir pérdidas por glosas recurrentes y mejorar el flujo de ingresos del hospital.
 8. Ejecutar y supervisar las actividades de recaudo institucional, conciliando los pagos recibidos y verificando su correcta aplicación a la cartera, garantizando la trazabilidad financiera y el registro oportuno en el sistema de información de la entidad, de manera que los procesos contables y presupuestales se soporten adecuadamente y se cumpla con las normas contables, fiscales y de control interno vigentes.
 9. Administrar la cartera institucional mediante el seguimiento sistemático a las facturas pendientes, la elaboración de análisis de riesgo y de cartera por edades, y la priorización de gestiones de cobro, integrando la conciliación periódica con aseguradores y demás pagadores para verificar saldos, depurar inconsistencias y coordinar acuerdos de pago cuando corresponda, con el fin de fortalecer la liquidez, mejorar la rotación de cartera y asegurar estados de cuenta confiables que favorezcan la recuperación oportuna de los recursos del hospital.
 10. Implementar estrategias para mejorar la eficiencia en el recaudo, buscando alternativas que optimicen el proceso y aumenten la efectividad del cobro.
 11. Analizar, gestionar y responder las glosas emitidas por las Entidades Responsables de Pago (ERP), verificando la consistencia técnico-administrativa de las cuentas, sustentando los soportes necesarios, realizando el seguimiento al estado de las glosas iniciales y de conciliación, e implementando acciones de mejora con las áreas asistenciales y administrativas, con el fin de minimizar la recurrencia de glosas y asegurar la recuperación efectiva de los ingresos facturados.
 12. Gestionar las devoluciones de cuentas realizadas por las Entidades Responsables de Pago (ERP), identificando las causas de devolución, coordinando la corrección de inconsistencias documentales o de facturación, reprocesando y reenviando las cuentas en los términos establecidos, y articulando acciones preventivas con las áreas involucradas, con el fin de agilizar el recaudo, reducir reprocesos y garantizar el cumplimiento de los tiempos de radicación y recuperación de cartera.
 13. Elaborar y presentar informes periódicos sobre las glosas recibidas, clasificadas por tipo, causal y servicio, conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos institucionales; consolidando análisis de tendencias, montos glosados, valores recuperados y glosas asociadas a pertinencia clínica, con el fin de entregar a la Subgerencia Administrativa y Financiera información oportuna para la toma de decisiones, y retroalimentar a la Subgerencia Científica sobre los hallazgos que requieran intervención asistencial para reducir la recurrencia y fortalecer la calidad de la atención.
 14. Realizar auditorías periódicas y administrar de manera integral el registro de glosas y devoluciones en el sistema de información institucional, garantizando su actualización permanente y verificando la correcta identificación, categorización y registro de los

montos y motivos asociados, asegurando así la precisión, fiabilidad y trazabilidad de toda la información.

15. Coordinar, supervisar y gestionar integralmente el subproceso de autorizaciones de servicios ambulatorios y hospitalarios ante las entidades responsables de pago, verificando la completitud y pertinencia de la documentación requerida, manteniendo comunicación permanente para asegurar su aprobación oportuna, realizando el seguimiento de autorizaciones pendientes dentro de los plazos establecidos y garantizando el registro actualizado, preciso y trazable de todas las autorizaciones en el sistema de información institucional.
16. Brindar información y orientación a los pacientes y sus familias sobre el subproceso de autorizaciones, atendiendo y resolviendo de manera oportuna y cordial las inquietudes o quejas relacionadas, y articulándose con el personal asistencial y administrativo para garantizar que las solicitudes sean presentadas adecuadamente y dentro de los tiempos establecidos.
17. Coordinar los procesos de aseguramiento y verificación de derechos, validando afiliación, estado del usuario, tipo de servicio, cobertura y condiciones de contratación, para garantizar la correcta facturación y continuidad del proceso asistencial.
18. Mantener actualizados los manuales tarifarios, topes, techos y condiciones contractuales, comunicando oportunamente los cambios a las áreas involucradas y asegurando la correcta aplicación en agendamiento, facturación y cartera en el sistema de información dispuesto por el hospital.
19. Realizar control interno de calidad del registro clínico y administrativo, verificando que la documentación soporte cumpla con los requisitos normativos, contractuales y de habilitación, con el fin de garantizar facturación adecuada y evitar glosas.
20. Elaborar informes periódicos de agendamiento, facturación, radicación, cartera, recaudo, glosas, autorizaciones y aseguramiento, suministrando información oportuna y confiable para la toma de decisiones por parte del nivel directivo.
21. Implementar acciones de mejora continua en los procesos del ciclo económico, aplicando análisis de datos, identificando cuellos de botella, estandarizando procedimientos y fortaleciendo la eficiencia operativa y el desempeño financiero institucional.
22. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO VEINTI CINCO. Dirección Financiera. Son funciones de Dirección financiera:

1. Revisar, actualizar e implementar el Manual de Políticas Contables institucional, garantizando su alineación con las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y con la normatividad vigente aplicable, asegurando su correcta aplicación en los procesos contables y financieros del Hospital.
2. Dirigir y administrar el Sistema Contable Institucional, garantizando el registro, clasificación y revelación de las operaciones financieras, económicas, sociales y ambientales conforme al Régimen de Contabilidad Pública y los lineamientos de la Contaduría General de la Nación, asegurando la razonabilidad de los estados financieros.
3. Garantizar el cumplimiento oportuno y adecuado de las obligaciones tributarias del hospital, realizando la determinación, liquidación, registro contable, declaración y pago

- de los impuestos aplicables, conforme a la normatividad fiscal vigente, asegurando la correcta conservación de los soportes y la trazabilidad de la información presentada ante los entes de control.
4. Elaborar, consolidar y presentar oportunamente los informes financieros, contables, tributarios y presupuestales requeridos por los entes de control y organismos competentes, garantizando la exactitud, coherencia y trazabilidad de la información, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los lineamientos institucionales.
 5. Ejecutar la causación contable de todas las operaciones económicas del hospital en el sistema de información institucional, garantizando el registro oportuno, completo y exacto de los hechos financieros, conforme al marco normativo contable aplicable y a los procedimientos internos establecidos, asegurando la coherencia y trazabilidad de la información registrada.
 6. Elaborar y presentar oportunamente los estados financieros institucionales, garantizando su preparación conforme a las normas vigentes del marco normativo contable aplicable a las empresas sociales del Estado, incorporando las observaciones y recomendaciones emitidas por la revisoría fiscal para asegurar la razonabilidad, transparencia y confiabilidad de la información financiera del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.
 7. Coordinar el correcto funcionamiento del comité técnico de sostenibilidad contable y financiero.
 8. Realizar el seguimiento, control y evaluación del presupuesto anual de ingresos y gastos, verificando su ejecución mensual, identificando desviaciones frente a lo programado, generando alertas y proponiendo acciones correctivas, garantizando el cumplimiento de la normatividad presupuestal vigente y la sostenibilidad financiera del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.
 9. Diseñar, coordinar y ejecutar la planeación financiera institucional, proyectando ingresos, gastos, flujos de caja y escenarios financieros con base en el comportamiento histórico, las tendencias del sector salud y las metas estratégicas del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E., para asegurar la sostenibilidad económica, la adecuada toma de decisiones y el cumplimiento del direccionamiento estratégico.
 10. Administrar el flujo de caja institucional, proyectando ingresos y egresos, priorizando obligaciones, elaborando el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) y garantizando el uso eficiente de los recursos financieros de acuerdo con las normas de tesorería del sector público.
 11. Gestionar los pagos a proveedores, contratistas, acreedores y demás obligaciones institucionales, verificando requisitos, disponibilidad presupuestal, registros contables y soportes, cumpliendo con los principios de transparencia, oportunidad y legalidad.
 12. Administrar los recursos financieros en cuentas bancarias, coordinando la apertura, control, conciliación, movimientos y cierre de cuentas, conforme a las disposiciones del Ministerio de Hacienda y la normatividad de tesorería y control interno financiero.
 13. Dirigir el proceso de contabilidad de costos hospitalarios, desarrollando metodologías de costeo, analizando centros de costos, calculando costos por servicio y produciendo informes que soporten la toma de decisiones, la planeación financiera y la negociación con aseguradores.
 14. Diseñar, implementar y controlar los procedimientos de caja menor, garantizando su constitución, operación, legalización y rendición de cuentas conforme a la normatividad vigente y las políticas internas de austeridad y racionalización del gasto.

15. Elaborar, consolidar y presentar los informes financieros, contables, presupuestales y de tesorería exigidos por los entes de control, incluidos Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Contaduría General, entes territoriales y órganos de control fiscal, asegurando veracidad, oportunidad y consistencia.
16. Implementar y mantener el Sistema de Control Interno Financiero, garantizando procedimientos de verificación, control de riesgos financieros, segregación de funciones, validación documental y trazabilidad en los procesos contables, presupuestales y de tesorería.
17. Identificar y mantener actualizados los riesgos fiscales y financieros del hospital, aplicando la normatividad vigente y la metodología definida por la Oficina Asesora de Planeación, realizando seguimiento permanente a los controles establecidos y proponiendo acciones preventivas y correctivas que fortalezcan la sostenibilidad financiera y la gestión institucional.
18. Analizar y proyectar el comportamiento financiero de la entidad, elaborando informes de sostenibilidad, proyecciones presupuestales, análisis de riesgo, indicadores financieros, estados de resultados y estudios técnicos para la toma de decisiones estratégicas.
19. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO VENTI SEIS. Recursos Físicos. Son funciones de Recursos Físicos:

1. Documentar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar la política de gestión del ambiente físico en conformidad con el direccionamiento estratégico del hospital y la metodología de la oficina asesora de planeación.
2. Planear, ejecutar y supervisar el mantenimiento preventivo de la infraestructura física, y de apoyo hospitalario, conforme a los cronogramas institucionales, normas técnicas de habilitación en salud y lineamientos del Sistema de Gestión de Mantenimiento, garantizando la continuidad y seguridad operativa de los servicios, elaborando el plan de mantenimiento hospitalario anual que se debe presentar al ente territorial.
3. Planear, ejecutar y supervisar el mantenimiento preventivo de la infraestructura física, biomédica y de apoyo hospitalario, conforme a los cronogramas institucionales, normas técnicas de habilitación en salud y lineamientos del Sistema de Gestión de Mantenimiento, garantizando la continuidad y seguridad operativa de los servicios.
4. Administrar integralmente el almacén institucional, incluyendo recepción, clasificación, almacenamiento, custodia, rotación, control de vencimientos y entrega de insumos, materiales, elementos de dotación y bienes de consumo, garantizando su disponibilidad oportuna y trazabilidad en el sistema de inventarios.
5. Planear, documentar y consolidar oportunamente las necesidades de compra de insumos, materiales y bienes requeridos por las distintas dependencias del hospital, verificando la suficiencia de inventarios, aplicando los lineamientos institucionales y normativos vigentes, y garantizando que dicha información soporte adecuadamente los procesos de contratación, adquisición y abastecimiento institucional.
6. Gestionar los inventarios de activos fijos e inventarios institucionales, asegurando su identificación, marcación, ubicación, avalúo, actualización en el sistema contable, conciliación con la Dirección Financiera y reporte periódico conforme al Régimen de Contabilidad Pública.

7. Coordinar, vigilar y evaluar la prestación de los servicios logísticos tercerizados o propios, tales como vigilancia, aseo y desinfección, lavandería hospitalaria, transporte interno y externo, asegurando el cumplimiento de contratos, estándares de bioseguridad y los requisitos de habilitación.
8. Documentar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar la política de gestión ambiental en conformidad con el direccionamiento estratégico del hospital y la metodología de la oficina asesora de planeación.
9. Implementar, mantener y evaluar el Programa Institucional de Gestión Ambiental, garantizando la correcta ejecución del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud (PGIRASA), el control de emisiones y vertimientos, el uso eficiente de los recursos naturales y el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad ambiental, asegurando una operación sostenible y conforme a la normatividad vigente.
10. Coordinar el correcto funcionamiento de los comités de gestión ambiental y bajas.
11. Supervisar el estado físico, funcional y normativo de las áreas asistenciales y administrativas, realizando inspecciones periódicas a infraestructura, redes eléctricas, hidráulicas, gases medicinales, climatización, accesibilidad, señalización y demás elementos exigidos en el estándar de infraestructura para habilitación de servicios de salud.
12. Gestionar la disponibilidad, continuidad y eficiencia de los servicios públicos institucionales, incluyendo agua potable, energía, gas, comunicaciones y sistemas alternos de respaldo, efectuando monitoreo de consumos, control de riesgos y articulación con proveedores y operadores de red.
13. Coordinar la planeación, diseño, ejecución y supervisión de obras civiles, remodelaciones, adecuaciones y ampliaciones de infraestructura, garantizando su conformidad con normas técnicas, urbanísticas, sanitarias, ambientales y de seguridad humana establecidas por la regulación vigente.
14. Desarrollar inspecciones periódicas de seguridad física y operativa, identificando riesgos asociados a infraestructura, instalaciones técnicas, dotación, accesibilidad y funcionamiento, emitiendo recomendaciones y liderando acciones de mejora que mitiguen riesgos para pacientes, trabajadores y visitantes.
15. Desarrollar inspecciones periódicas de seguridad física y operativa, identificando riesgos asociados a infraestructura, instalaciones técnicas, dotación, accesibilidad y funcionamiento, emitiendo recomendaciones y liderando acciones de mejora que mitiguen riesgos para pacientes, trabajadores y visitantes.
16. Gestionar y responder a emergencias asociadas a la infraestructura, incluyendo fallas técnicas, daños en redes, inundaciones, cortes de servicios públicos y deterioro estructural, activando protocolos del Plan Hospitalario de Emergencias y coordinando acciones de recuperación con las demás dependencias.
17. Coordinar la elaboración, actualización y ejecución del Plan Maestro de Desarrollo Físico y de Gestión del Riesgo de Infraestructura, alineado con el direccionamiento estratégico institucional, los estándares de habilitación, las normas de seguridad humana y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
18. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO VEINTI SIETE. Contratación. Son funciones de contratación:

1. Revisar, ajustar y validar los estudios previos y documentos del proceso contractual, asegurando que su contenido jurídico, técnico, financiero y de riesgos cumpla con el Estatuto de Contratación aprobado por la Junta Directiva y con el Manual de Contratación vigente de la E.S.E.
2. Gestionar integralmente los procesos de contratación en SECOP II, garantizando la publicidad, trazabilidad y transparencia exigida para entidades estatales con régimen especial, desde la planeación hasta el cierre del proceso.
3. Elaborar los contratos, adiciones, prórrogas, modificaciones, actas y demás documentos contractuales, ajustándolos al Estatuto y Manual de Contratación propios de la E.S.E., verificando previamente la existencia de la disponibilidad presupuestal (CDP y RP) y demás requisitos contractuales en conformidad con la normatividad vigente, garantizando la legalidad de las actuaciones contractuales.
4. Verificar el cumplimiento de requisitos habilitantes, jurídicos, financieros, técnicos y de experiencia, conforme a los criterios definidos en los estudios previos, en las invitaciones y en el Manual de Contratación institucional, en todos los procesos de contratación.
5. Realizar el control, organización y archivo de la documentación de cada proceso contractual, garantizando su custodia, conservación y disponibilidad según las Tablas de Retención Documental y la normatividad del Sistema Integrado de Conservación Documental.
6. Coordinar el adecuado funcionamiento del Comité de Contratación, presentando informes, soportes, análisis de conveniencia, verificaciones y recomendaciones para garantizar decisiones ajustadas al Estatuto de contratación de hospital.
7. Garantizar el cumplimiento de los principios aplicables a la contratación de las E.S.E. de acuerdo con la normativa vigente de las autoridades competentes y la interna aprobada por la Junta Directiva.
8. Gestionar los procesos de selección de contratistas, de acuerdo con las modalidades, procedimientos y cuantías definidas en el Estatuto y Manual de Contratación.
9. Realizar análisis jurídico y matrices de riesgos contractuales, identificando medidas de mitigación, asignación adecuada de riesgos y cláusulas de protección institucional, conforme a las directrices internas de gestión contractual.
10. Verificar la expedición, actualización y vigencia de pólizas y garantías contractuales, asegurando que cumplan con los requisitos de cobertura establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación.
11. Acompañar y orientar a supervisores e interventores, brindando lineamientos jurídicos, técnicos y administrativos, revisando informes, alertas y conceptos para asegurar el adecuado seguimiento y control de la ejecución contractual.
12. Hacer seguimiento al ciclo contractual completo, desde la planeación, ejecución, cumplimiento, modificaciones y liquidación, asegurando la oportuna toma de decisiones frente a incumplimientos o riesgos.
13. Preparar informes periódicos de gestión contractual para la subgerencia administrativa y financiera y los entes de control, consolidando estadísticas, indicadores, hallazgos, medidas de mejora y análisis del comportamiento proveedor.
14. Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de publicidad y reporte, incluyendo SECOP II, sistemas internos de control, auditorías y demás plataformas requeridas por normas de transparencia del sector público.

15. Participar en la formulación y actualización del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), articulándose con las áreas requirentes, contabilidad y presupuestos, para garantizar coherencia con el plan de compras institucional.
16. Promover la actualización, estandarización y mejora continua del proceso de contratación, proponiendo modificaciones al Estatuto y Manual de Contratación cuando se identifiquen oportunidades de fortalecimiento o cuando cambie la normativa aplicable.
17. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO VEINTI OCHO. Gestión de TIC. Son funciones de Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC):

1. Documentar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar las políticas de gobierno y seguridad digital, en conformidad con el direccionamiento estratégico del hospital y la metodología de la oficina asesora de planeación.
2. Liderar la implementación, seguimiento y actualización del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), asegurando su alineación con el direccionamiento estratégico institucional, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los lineamientos del MinTIC.
3. Aplicar y mantener el Modelo de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado – MRAE, asegurando la armonización entre procesos, datos, servicios, aplicaciones e infraestructura tecnológica del hospital para apoyar la transformación digital institucional.
4. Implementar, actualizar y evaluar el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSP) garantizando el cumplimiento de las políticas, controles y lineamientos de seguridad definidos por MinTIC y aplicables al sector salud.
5. Diseñar, mantener y ejecutar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, implementando controles preventivos, detectivos y correctivos conforme a las metodologías institucionales de gestión de riesgos definidas por la oficina asesora de planeación.
6. Administrar, monitorear y asegurar el correcto funcionamiento de la red de datos, servicios de conectividad, enlaces, comunicaciones y sistemas de cableado estructurado, garantizando disponibilidad, integridad y continuidad.
7. Garantizar la seguridad informática del hospital, aplicando controles sobre accesos, autenticación, gestión de usuarios, análisis de vulnerabilidades, parches, antivirus, monitoreo de eventos y planes de respuesta ante incidentes.
8. Gestionar, mantener y asegurar la operación del Sistema de Información en Salud (HIS), garantizando disponibilidad, estabilidad, interoperabilidad y soporte a los servicios asistenciales, administrativos y misionales.
9. Brindar soporte técnico especializado a usuarios internos, resolviendo incidentes, fallas, peticiones y requerimientos tecnológicos mediante la mesa de ayuda, registrando y documentando las acciones realizadas.
10. Administrar el ciclo de vida del hardware y software institucional, incluyendo adquisición, instalación, configuración, actualización, licenciamiento, mantenimiento, reposición y baja, conforme a la normatividad vigente.

11. Gestionar y mantener actualizadas las bases de datos institucionales, aplicando buenas prácticas de administración, integridad referencial, control de accesos, respaldos y monitoreo de rendimiento.
12. Planear, ejecutar y verificar estrategias de respaldo, recuperación y continuidad operacional, incluyendo copias de seguridad, restauraciones, plan de continuidad TIC y plan de recuperación ante desastres (DRP).
13. Llevar el control y supervisar el inventario de activos TIC, verificando su estado, ubicación, vida útil, mantenimiento y licenciamiento, asegurando el cumplimiento de las políticas institucionales de gestión de activos y garantizando la ejecución del plan de mantenimiento preventivo y correctivo correspondiente.
14. Asegurar la continuidad de los servicios tecnológicos del hospital, implementando monitoreo de infraestructura, análisis preventivo de fallas y coordinación con proveedores para la gestión de incidentes críticos.
15. Articular acciones con las áreas asistenciales, administrativas y científicas para identificar necesidades tecnológicas, proponer soluciones y mejorar la eficiencia, calidad y seguridad de la atención en salud.
16. Gestionar contratos y proveedores de tecnología, asegurando el cumplimiento técnico, jurídico y de niveles de servicio (SLA), conforme al Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E.
17. Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente aplicable sobre protección de datos personales y estándares del sector salud sobre tratamiento de información sensible.
18. Capacitar al personal del hospital en buenas prácticas de seguridad digital, uso responsable de los sistemas de información y protección de datos, fortaleciendo la cultura de seguridad institucional.
19. Realizar seguimiento a indicadores de gestión TIC, reportando avances del PETI, seguridad de la información, uso de herramientas tecnológicas y desempeño de la infraestructura, generando informes periódicos para la subgerencia administrativa y financiera.
20. Asegurar la actualización, documentación y mejora continua de los procedimientos TIC, alineados con los requisitos de habilitación, estándares de calidad, auditoría interna y control institucional.
21. Administrar los correos institucionales, la página web y los demás servicios del hospital alojados en la nube, garantizando su disponibilidad, seguridad, actualización continua y adecuado funcionamiento conforme a las políticas institucionales de tecnología y seguridad de la información.
22. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO VEINTI NUEVE. Gestión Documental. Son funciones de gestión documental:

1. Documentar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar la política de gestión documental, en conformidad con el direccionamiento estratégico del hospital y la metodología de la oficina asesora de planeación.
2. Administrar, implementar, actualizar y evaluar el Programa de Gestión Documental (PGD), garantizando su alineación con los lineamientos del Archivo General de la

- Nación (AGN), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la política de gestión documental y el direccionamiento estratégico institucional.
3. Revisar, actualizar y ejecutar periódicamente el Plan Institucional de Archivos (PINAR).
 4. Implementar, mantener y actualizar las Tablas de Retención Documental – TRD y las Tablas de Valoración Documental (TVD), asegurando su correcta aplicación en todas las unidades productoras de documentos, de acuerdo con los procesos institucionales, la normatividad archivística y las directrices del AGN.
 5. Gestionar el Archivo Central del Hospital, garantizando la correcta recepción, organización, conservación, descripción, préstamo, transferencia y disposición final de los documentos, mediante técnicas archivísticas vigentes y controles de seguridad física y digital.
 6. Administrar y controlar la correspondencia institucional, incluyendo radicación, distribución, trazabilidad, notificación, conservación y registro en el sistema de gestión documental, asegurando oportunidad, integridad y cumplimiento de los procedimientos de comunicaciones oficiales.
 7. Coordinar y ejecutar procesos de digitalización, reproducción y preservación digital de documentos, priorizando aquellos definidos en el PGD y en las TRD, garantizando calidad técnica, autenticidad, integridad y disponibilidad conforme a la política de digitalización del Estado.
 8. Gestionar, custodiar y conservar el Archivo Histórico institucional, asegurando la preservación a largo plazo de los documentos de valor permanente, conforme a los criterios de valoración del AGN, promoviendo su acceso y consulta bajo las restricciones legales aplicables.
 9. Controlar y monitorear el ciclo de vida de los documentos, desde su producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, almacenamiento, preservación, digitalización y disposición final, verificando el cumplimiento del PGD y las normas archivísticas.
 10. Implementar instrumentos archivísticos obligatorios, incluyendo diagnóstico integral de archivos, cuadro de clasificación documental, inventarios documentales, TRD, TVD, políticas y procedimientos, asegurando su vigencia, coherencia y aplicación transversal en el hospital.
 11. Ejercer control interno archivístico, realizando verificaciones periódicas sobre el cumplimiento de la normatividad del AGN, el PGD, el Sistema Integrado de Conservación y las buenas prácticas de gestión documental, generando informes y planes de mejora.
 12. Coordinar procesos de transferencia primaria, secundaria y disposición final de documentos, evaluando cumplimiento de tiempos de retención, volúmenes, condiciones de conservación, criterios de eliminación y requisitos legales aplicables a la documentación clínica y administrativa.
 13. Asegurar la preservación de documentos físicos y electrónicos, implementando medidas de seguridad, protección ambiental, control de humedad, temperatura, plagas, riesgos laborales y contingencias, de acuerdo con el Sistema Integrado de Conservación (SIC).
 14. Articular la gestión documental con los sistemas de información institucionales, garantizando interoperabilidad, trazabilidad de documentos electrónicos, metadatos, autenticidad y cumplimiento de los lineamientos de Gobierno Digital.

15. Capacitar a las unidades productoras de documentos, en procedimientos, manejo documental, buenas prácticas archivísticas, gestión de comunicaciones, conservación y uso adecuado de sistemas de gestión documental.
16. Monitorear y reportar los indicadores de gestión documental, conforme a los lineamientos del MIPG y la Oficina Asesora de Planeación, proponiendo acciones de mejora continua.
17. Velar por el cumplimiento de las normas de protección de datos personales, tratamiento de información sensible, confidencialidad de la historia clínica y demás obligaciones legales asociadas a documentación del sector salud.
18. Gestionar los recursos físicos, tecnológicos y logísticos necesarios para el adecuado funcionamiento del archivo y la gestión documental, definiendo requerimientos, supervisando su uso y garantizando sostenibilidad del PGD.
19. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO TREINTA. Gestión de la Tecnología. Son funciones de gestión de la tecnología:

1. Documentar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar la política de gestión de la tecnología, en conformidad con el direccionamiento estratégico del hospital y la metodología de la oficina asesora de planeación.
2. Planificar, ejecutar y evaluar el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, garantizando su programación anual, trazabilidad, documentación técnica, cumplimiento de recomendaciones del fabricante y alineación con los requisitos de habilitación de servicios de salud.
3. Gestionar y supervisar el mantenimiento correctivo de los equipos biomédicos, asegurando atención oportuna de fallas, diagnósticos técnicos adecuados, registros completos de intervención y acciones de mejora para reducir recurrencias.
4. Controlar, programar y verificar las actividades de calibración, metrología y pruebas de funcionamiento, priorizando equipos de soporte vital, equipos de medición crítica y dispositivos que afecten directamente la seguridad del paciente.
5. Administrar y actualizar las hojas de vida de los equipos biomédicos, consolidando información técnica, historial de mantenimiento, garantías, contratos, repuestos, calibraciones y vida útil, garantizando su disponibilidad para auditorías y procesos de habilitación.
6. Verificar y garantizar el cumplimiento de la normatividad técnico-sanitaria aplicable a los dispositivos médicos, en especial lo dispuesto por el INVIMA, por el Ministerio de Salud y Protección Social referente a habilitación y las directrices de gestión del riesgo tecnológico en salud.
7. Gestionar integralmente el inventario de los equipos biomédicos, manteniendo información actualizada sobre estado, ubicación, clasificación de riesgos, criticidad, vigencia tecnológica y obsolescencia, articulando decisiones de renovación y reposición.
8. Capacitar al talento humano asistencial y técnico en el uso seguro, adecuado y responsable de los equipos biomédicos, promoviendo prácticas de operación segura, identificación de fallas, reporte de incidentes y cuidado preventivo del equipamiento.

9. Supervisar, evaluar y controlar el desempeño de proveedores y contratistas de servicios técnicos, verificando cumplimiento contractual, estándares de calidad, tiempos de respuesta, certificaciones, y asegurando que las intervenciones se ajusten a las especificaciones del fabricante.
10. Garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad eléctrica hospitalaria, coordinando pruebas de puesta a tierra, resistencia de aislamiento, continuidad, protecciones diferenciales y evaluación de riesgos electro médicos en ambientes asistenciales.
11. Gestionar el riesgo asociado al uso de la tecnología biomédica mediante el análisis de criticidad, el monitoreo de fallas, el reporte de incidentes con dispositivos médicos y la implementación de acciones correctivas y preventivas, articulando estas actividades con la actualización, mejora continua y monitoreo del Programa Institucional de Tecnovigilancia, y participando activamente en los comités de seguridad del paciente.
12. Elaborar y mantener actualizado el Plan Maestro de Tecnología Biomédica, incorporando criterios de costo-efectividad, ciclo de vida, obsolescencia programada, priorización de inversión, y alineación con el modelo de atención y expansión de servicios.
13. Coordinar la recepción técnica y puesta en marcha de nuevos equipos biomédicos, verificando especificaciones, compatibilidad eléctrica, infraestructura necesaria, pruebas de aceptación, entregas del fabricante y formación inicial del personal operador.
14. Gestionar la documentación técnica y los manuales operativos, de mantenimiento y calibración, garantizando su disponibilidad, preservación digital y cumplimiento de las exigencias de los entes de control y auditoría.
15. Monitorear y reportar indicadores de gestión tecnológica, tales como disponibilidad operativa, niveles de criticidad, tiempos promedio de reparación, cumplimiento del plan de mantenimiento y comportamiento de fallas, proponiendo acciones de mejora continua.
16. Articular la gestión biomédica con las áreas asistenciales, administrativas y de infraestructura, asegurando condiciones físicas, ambientales, eléctricas y logísticas adecuadas para la operación segura de los equipos.
17. Las demás que, en razón a la naturaleza de la dependencia, le sean asignadas por la subgerencia administrativa y financiera.

ARTÍCULO TREINTA Y UNO. Planta Global. El Hospital Regional de Monquirá E.S.E. adoptará un esquema de planta global, dentro del cual los cargos serán distribuidos mediante acto administrativo expedido por el nominador, atendiendo la estructura organizacional vigente, las necesidades del servicio, la dinámica operativa de los procesos, y los planes, programas y proyectos institucionales. La asignación de los cargos se realizará conforme a la naturaleza de las funciones, el nivel de responsabilidad, la complejidad técnica y el perfil requerido para cada empleo, garantizando la prestación eficiente, continua y oportuna de los servicios de salud.

ARTÍCULO TREINTA Y DOS. Grupos Internos de Trabajo. La Gerencia podrá conformar grupos internos de trabajo de acuerdo con la estructura organizacional, las necesidades del servicio y los planes, programas y proyectos del hospital, garantizando su adecuada organización, funcionamiento y alineación con los objetivos institucionales,

de conformidad con lo establecido en el artículo 115 de la Ley 489 de 1998 o norma que lo actualice o sustituya.

ARTÍCULO TREINTA Y TRES. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de su expedición y deroga los Actos anteriores relacionados con la materia y demás disposiciones que le sean contrarias.

Dado en Moniquirá, a los XXX (XX) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025).

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

JOHN JAIRO VARGAS LASSO
Presidente Junta Directiva

ANA MARITZA DÁVILA BARÓN
Secretaria Junta Directiva

Revisó:
Armando Tibaduiza Vargas / Subgerente Administrativo y Financiero.

Proyectó:
Diego Fernando Rivera Castro/ Jefe Oficina Asesora de Planeación

ANEXO 1. ORGANIGRAMA HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.

