



Resolución 441 del 20 de diciembre de 2024

“Por medio de la cual se actualiza la conformación, funcionamiento de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad y se establece el compromiso del direccionamiento estratégico con el mejoramiento continuo de la calidad a través de la implementación del Sistema Único de Acreditación para el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E y deroga los actos administrativos que le sean contrarios”

El Suscrito gerente del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. en uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO QUE,

Que el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, consagra la salud como un servicio público a cargo del estado y en desarrollo del Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, y en el libro segundo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que así mismo, la Ley 100 de 1993, en el numeral 9 del artículo 153, indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios, para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Que mediante el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en su parte 5, título 1, capítulo 1, se establece El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos de liberados y sistemáticos del sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

Que mediante Resolución 0256 de 2016, proferida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, se dictan disposiciones con relación al Sistema de Información para la Calidad y se definen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Que Mediante la Resolución 2082 de 2014, se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud para acreditar sus servicios e implementar el componente de acreditación.

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

P



Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, expide la Resolución 1328 de 2021 mediante la cual se modifica la Resolución 5095 de 2018. Dicha normativa establece estándares de acreditación para instituciones que cuenten con servicios de salud con énfasis en baja complejidad; para este tipo de instituciones deberá cumplirse con los estándares y criterios establecidos en dicha norma y lo establecido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

Que teniendo en cuenta lo establecido en la guía para implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), orientado a establecer la calidad esperada mediante una autoevaluación interna, se requiere identificar aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan la atención centrada en el usuario.

Que el mejoramiento continuo de la calidad en salud surge como una necesidad de para el Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado a fin de alcanzar altos estándares de calidad a través de un ejercicio de auto evaluación y mejoramiento continuo, en el cual se compara la calidad esperada (estándares del sistema único de acreditación) con la calidad observada situación real de la institución.

Que corresponde a esta institución establecer Equipos de mejoramiento institucional siendo estos los encargados de planear, ejecutar, verificar y establecer las rutas de mejoramiento continuo en la institución fomentando de esta forma una práctica sistémica para el aseguramiento de la calidad en el marco del Sistema Único de Acreditación.

Que mediante acuerdo No 06 del 20 de junio de 2024 se aprobó el Plan de Desarrollo Institucional "Un Hospital en el que puedes confiar" para el Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado periodo 2024-2027, alineado la estrategia de la quintuple meta así: M1. Integralidad y calidad de servicios, M2. Modernización Institucional, M3. Eficiencia y transparencia en la gestión, M4. Camino a la Excelencia, M5. Bienestar colectivo.

Que mediante Acuerdo No. 05 del 11 de junio de 2024 se modificó y actualizo el mapa de procesos como herramienta para la gestión efectiva del Hospital Regional De Sogamoso E.S.E en marco de la implementación del Sistema Único de Acreditación de acuerdo con la resolución 5095 de 2018, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia y con relación al Estándar No 1 de gerencia el cual establece la identificación de necesidades y expectativas de clientes, proveedores, internos y externos, los objetivos de las unidades funcionales y la efectividad de respuesta a los procesos, se llevó a cabo el análisis de la estructura y diagrama visual del mapa de procesos en reunión con el equipo directivo de la institución y según lo definido en el Acuerdo No 03 del 07 de julio de 2022, identificándose dentro del análisis, la necesidad de realizar el ajuste y actualización a la gestión por procesos de acuerdo a las necesidades del entorno, del paciente y del colaborador de forma que permita visualizar la Interacción de los procesos y subprocesos de manera sistémica con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad y los ejes de acreditación.



Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Que corresponde al Hospital Regional de Sogamoso ESE fortalecer los equipos de mejoramiento institucional toda vez que son la clave del éxito en el proceso de mejoramiento, siendo estos los encargados de planear, implementar, monitorear y mejorar y asegurar los resultados en el tiempo y la transformación cultural y el aprendizaje organizacional; por lo que una vez analizada la Resolución institucional No 348 del 07 de Octubre de 2020, se identifica la necesidad de; ajustar la denominación a equipos de mejoramiento, los integrantes de los equipos primarios, de autoevaluación y equipo de mejoramiento institucional y definir los equipos de autoevaluación en lo que respecta a la denominación del cargo e inclusión de integrantes en el equipo de autoevaluación, así como el proceso de atención asistencial en el equipo de mejoramiento institucional ajustar la estructura de conformación ya que es necesario asignar únicamente a los líderes de los equipos de autoevaluación y líderes de Ejes de Acreditación; lo anterior, atendiendo a que corresponde a este equipos monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento, orientando la toma de decisiones y articulando el mejoramiento continuo de la Calidad, identificando posibles barreras de gestión y de esta manera evitando que las áreas o los servicios generen mejoras fragmentadas que no beneficien a toda la institución.

En mérito de lo expuesto,

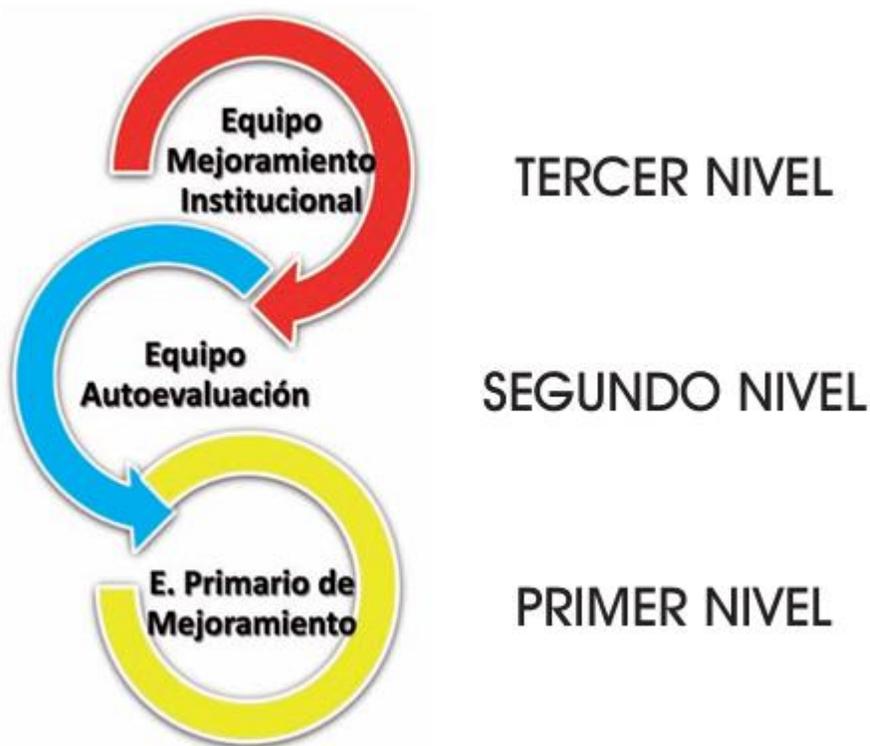
RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: OBJETIVO: Actualizar la conformación, funcionamiento de los equipos de mejoramiento continuo de calidad y establecer el compromiso del direccionamiento estratégico con el mejoramiento continuo de la calidad a través de la implementación del Sistema Único de Acreditación para el Hospital Regional de Sogamoso ESE.

ARTICULO SEGUNDO: CONFORMAR Y REGLAMENTAR EL COMITÉ: Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad estarán encargados de desarrollar el proceso de preparación gradual para la acreditación del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E y estarán conformados así:



Imagen No 1: Estructura de los Equipos de Mejoramiento de la Calidad



Fuente: Rodríguez, C.E. (2020). El mejoramiento continuo de la calidad. Revista Normas y Calidad, 2020, 10.

1. Equipo de Mejoramiento Institucional (Tercer Nivel)

Objetivo: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional.

Funciones:

- Apoyar la gestión de mejoramiento desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, Recurrencia de eventos de adversos, recurrencia de PQRS)
- Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad
- Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del Plan de Mejora
- Reportar resultados de la gestión al Gerente del Hospital Regional Sogamoso Empresa Social del Estado
- Realizar seguimiento al cumplimiento de PAMEC institucional acorde a cronograma.





Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Estructura:

El equipo de mejoramiento institucional estará conformado por el líder de cada grupo de estándares de autoevaluación así:

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Mejoramiento Institucional	Líder Gestión De Calidad	Líder del grupo de estándares
	Profesional Gestión De Procesos Y Sistemas De Información	Secretario
	Referente Sistema Único de habilitación	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de direccionamiento y gerencia (Gerente)	Integrante
	Subgerente Administrativo y Financiero	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación PACAS (Subgerente Científico)	Integrante
	Líder Equipo de autoevaluación del talento humano	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de gerencia del ambiente físico	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de gestión de tecnología	Integrante
	Líder equipo de autoevaluación de gerencia de la información	Integrante
	Líder eje de Gestión del Riesgo	Integrante
	Líder Eje de Seguridad del Paciente	Integrante
	Líder eje de Humanización	Integrante
	Líder de Responsabilidad Social	Integrante
Referente Transformación cultural	Integrante	

PARAGRAFO 1: INVITADOS: podrán asistir como invitados los colaboradores del área asistencial y administrativa, o quien considere el comité relevante para la adopción de decisiones, según sea el caso en concreto; quienes participarán solo con derecho a voz.



2. Equipos de autoevaluación (Segundo Nivel)



Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Objetivo: el equipo de autoevaluación tiene como propósito planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares a través de la autoevaluación anual, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Funciones:

- Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento institucional.
- Facilitar y apoyar la gestión del equipo primario de mejoramiento.
- Apoyar la gestión de mejoramiento de cada grupo de estándares desde la autoevaluación, priorización y estructura de planes de mejoramiento.
- Evaluar el grupo de estándares correspondiente acorde a la metodología institucional definida para tal fin.
- Gestionar las acciones de mejora priorizadas en el PAMEC para el grupo de estándares.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
- Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.

Estructura:

Los Equipos de Autoevaluación estarán conformados así:

a. Equipo de autoevaluación de estándares del proceso de atención al cliente asistencial (PACAS).

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
PACAS	Subgerente Científico	Líder del grupo de estándares
	Líder Cuidado De Enfermería	Secretario
	Director De Prestación De Servicios	Integrante
	Líder Asignación De Citas	Integrante
	Líder Atención Al Usuario Y Su Familia	Integrante
	Líder Atención Inmediata	Integrante
	Líder Consulta Externa General (Unidades Básicas De Atención)	Integrante
	Líder Consulta Externa Especializada	Integrante
	Líder Control De La Gestión Hospitalaria	Integrante
	Líder Atención En Hospitalización	Integrante
	Referente Institución Amiga De La Mujer Y La Infancia Integral	Integrante
	Referente Rutas Integrales De Atención En Salud	Integrante
	Líder Epidemiología Y Salud Pública	Integrante
Líder Atención Terapéutica	Integrante	





Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

	Líder Atención Quirúrgica	Integrante
	Referente Docencia, Gestión Del Conocimiento E Innovación	Integrante
	Líder Atención Del Servicio Farmacéutico	Integrante
	Líder Laboratorio Clínico Y Gestión Pre-Transfusional	Integrante
	Líder Atención En Imágenes Diagnosticas	Integrante
	Líder Humanización	Integrante
	Líder Seguridad Del Paciente	Integrante
	Líder Gestión De Calidad	Integrante

b. Equipo de Autoevaluación Estándares de Direccionamiento y Gerencia

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Direccionamiento y Gerencia	Gerente	Líder Del Grupo De Estándares
	Líder Desarrollo Organizacional	Secretario
	Subgerente Científico	Integrante
	Subgerente Administrativo Y Financiero	Integrante
	Líder Gestión Del Talento Humano	Integrante
	Asesor Control Interno	Integrante
	Director De Prestación De Servicios	Integrante
	Líder Gestión De La Calidad	Integrante
	Representante De La Junta Directiva	Integrante

c. Equipo de Autoevaluación Estándares de Gerencia del Talento Humano

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Gerencia del Talento Humano	Líder Gestión Del Talento Humano	Líder Del Grupo De Estándares
	Técnico Administrativo Apoyo a Talento Humano	Secretario
	Subgerente Administrativo y Financiero	Integrante
	Referente Contratación	Integrante
	Asesor Jurídico Interno	Integrante
	Líder Comunicaciones y Posicionamiento Institucional	Integrante
	Referente Del Sistema De Seguridad y Salud En El Trabajo	Integrante
	Referente Interdependencia de Servicios	Integrante
	Líder Humanización	Integrante
	Referente Transformación Cultural	
	Líder Gestión De Calidad	Integrante



	Referente Docencia, Gestión Del Conocimiento E Innovación	Integrante
--	---	------------

d. Equipo de Autoevaluación Estándares de Gerencia del Ambiente Físico

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Gerencia del ambiente físico	Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria y equipo industrial	Líder Del Grupo De Estándares
	Referente del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Secretario
	Subgerente administrativo y Financiero	Integrante
	Líder Gestión Ambiental	Integrante
	Referente Gestión de Bienes y Activos e interdependencia de Servicios	Integrante
	Líder Atención en Hospitalización	Integrante
	Representante de Servicios generales	Integrante
	Referente del Sistema único de habilitación	Integrante
	Asesor de Obras	Integrante
Líder Gestión de Calidad	Integrante	

e. Equipo de Autoevaluación Estándares de Gestión de la tecnología

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Gestión de la Tecnología	Líder Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder Del Grupo De Estándares
	Líder de Atención del Servicio Farmacéutico	Secretario
	Líder Gestión de la Información	Integrante
	Referente gestión del riesgo	Integrante
	Líder Atención en laboratorio Clínico y Gestión Pre-transfusional	Integrante
	Líder Seguridad del Paciente	Integrante
	Líder Epidemiología y Salud Publica	Integrante
	Líder Gestión de calidad	Integrante





f. Equipo de Autoevaluación Estándares de Gerencia de la Información

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Gerencia de la Información	Líder Gestión de la información	Líder Del Grupo De Estándares
	Líder Comunicaciones y posicionamiento Institucional	Secretario
	Líder Atención al usuario y su familia	Integrante
	Líder Humanización	Integrante
	Director de Prestación de Servicios	Integrante
	Líder Gestión Documental	Integrante
	Auditor Concurrente	Integrante
	Referente Rutas de Atención Integral	Integrante
Líder Gestión de Calidad	Integrante	

g. Equipo de Autoevaluación Estándares de mejoramiento

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	ROL QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO
Mejoramiento	Líder Gestión de Calidad	Líder Del Grupo De Estándares
	Profesional De Apoyo Al Sistema De Información Para Calidad	Secretario
	Profesional Gestión De Procesos Y Sistemas De Información	Integrante
	Referente Del Sistema Único De Habilitación	Integrante
	Líder Programa De Seguridad Del Paciente	Integrante
	Profesional De Enfermería Apoyo A Seguridad Del Paciente	Integrante
	Profesional De Bacteriología Apoyo A Seguridad Del Paciente	Integrante

3. Equipos primarios de Mejoramiento (Primer Nivel)

Objetivo: Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

Funciones:

- Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares.
- Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares. Esto se verá reflejado en el cumplimiento de





Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

cada uno de ellos y en la gestión y avance de los estándares de mejoramiento de cada grupo de estándares.

- Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación de cada grupo de estándares correspondiente.
- Realizar reuniones con una periodicidad máxima trimestral con los colaboradores de los servicios que representan, las reuniones se deben realizar acorde al cronograma establecido para tal fin.
- Presentar cronograma de actividades a desarrollar durante la anualidad en el mes de cada vigencia a la Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa con copia al líder de calidad.
- Aplicar evaluaciones a los colaboradores, sobre los temas socializados en las reuniones y entregar resultados con plan de mejora al líder de calidad.
- Realizar acta de cada reunión y cargar en el Software ALMERA, con tiempo máximo 3 días hábiles después de realizada la reunión.
- Presentar propuestas de mejoramiento en sus diferentes áreas, servicios y/o procesos, con escalonamiento a la Subgerencia respectiva.
- Hacer seguimiento a las tareas derivadas de cada reunión de equipo primario, con el respectivo cargue a plataforma de los compromisos pactados.

Estructura:

- La estructura de los equipos primarios de mejoramiento será representada por los Líderes de cada servicio asistencial y en algunos casos administrativos así:

Equipos primarios de Mejoramiento	Área/Servicio	Líder del Equipo Primario
Equipo Primario de mejoramiento área asistencial	Equipo Primario Unidad Básica de Atención Pajarito	Líder Consulta externa general (Unidades Básicas de Atención)
	Equipo Primario Unidad Básica de Atención Busbanza	Líder Consulta externa general (Unidades Básicas de Atención)
	Equipo Primario de Atención inmediata	Referente de enfermería Servicio de Urgencias
	Equipo Primario de Salas de Cirugía	Líder Atención Quirúrgica
	Equipo Primario de Salas de partos-Hospitalización-Ginecología y Ginec obstetricia	Referente de enfermería 4to piso Sala de partos
	Equipo Primario de Hospitalización-Medicina Interna	Referente de enfermería Hospitalización 5to Piso
	Equipo Primario de Hospitalización-Pediatría	Referente de enfermería Hospitalización 3er Piso





Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

	Equipo Primario de Hospitalización- Preparación quirúrgica y Post Quirúrgica	Referente de enfermería Hospitalización 2do Piso
	Equipo Primario de Hospitalización – Unidad de cuidado Intensivo Neonatal	Referente de enfermería Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
	Equipo Primario de Unidad de Cuidado Intensivo Adultos	Referente de enfermería Unidad de Cuidado Intensivo Adulto
	Equipo Primario de Consulta Externa	Líder Consulta externa Especializada
	Equipo Primario de Imágenes diagnosticas	Líder Consulta externa Especializada
	Equipo Primario de Laboratorio Clínico y Gestión pre-transfucional	Líder Atención en laboratorio Clínico
	Equipo Primario de Farmacia	Líder Atención del servicio Farmacéutico
	Equipo Primario de Cuidado de enfermería	Líder Cuidado de Enfermería

Para los equipos primarios de mejoramiento la o el jefe y secretario asignado corresponde al coordinador del servicio y/o proceso. Para los servicios de hospitalización, serán las jefes de enfermería coordinadoras de servicio bajo acompañamiento de Líder de Internación.

PARAGRAFO. INVITADOS: podrán asistir como invitados los colaboradores del área asistencial y administrativa, o quien considere el comité relevante para la adopción de decisiones, según sea el caso en concreto; quienes participarán solo con derecho a voz.

ARTÍCULO TERCERO: REUNIONES DE LOS EQUIPOS: Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E se reunirán así:

- **Equipos de autoevaluación:** Una vez al mes o de forma extraordinaria cuando el líder lo considere pertinente.
- **Equipos primarios de mejoramiento:** una vez al mes.
- **Equipo de mejoramiento institucional:** Trimestral

Todo lo tratado en las sesiones del Comité constará en actas las cuales deberán estar diligenciadas y con la evidencia de los temas tratados en el SGI-Almera con un tiempo máximo de 4 días hábiles de realizada la reunión.

Para iniciar la fase de autoevaluación de los estándares, el equipo de autoevaluación deberá garantizar reuniones periódicas hasta culminar el producto.





PARÁGRAFO PRIMERO: Las reuniones sólo se aplazarán ante la eventualidad de que al menos la mitad de los miembros notifiquen al líder por escrito y con razones justificadas, con al menos dos (2) días hábiles de anticipación, la imposibilidad para asistir a la reunión programada.

ARTÍCULO CUARTO: ESTANDARIZAR EL CONTENIDO DE LAS ACTAS: De cada reunión se suscribirá un acta donde conste la verificación de la asistencia, la evaluación de los compromisos, el desarrollo de los temas de la agenda y las decisiones implementadas por el equipo. Así mismo se determinarán compromisos en la reunión. El líder y secretario técnico del equipo serán los responsables de la elaboración, asignación de consecutivo así: Acta No 01 - 2025.

La agenda de la reunión deberá contener:

- Verificación de asistencia de los integrantes e invitados.
- Lectura y aprobación del acta anterior.
- Seguimiento de los avances y compromisos establecidos.
- Temas específicos a tratar.
- Propositiones y varios

ARTÍCULO QUINTO: RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS: deberán, como mínimo:

- Asistir a las reuniones convocadas.
- Mantener la confidencialidad de la información revisada y discutida en la reunión
- Participar en las actividades del proceso de mejora continua de la calidad en la atención
- Realizar actividades operativas para garantizar que las unidades cumplan con las recomendaciones emitidas.
- Apoyar a la supervisión del cumplimiento de las recomendaciones realizadas
- Reportar los resultados obtenidos a la Gerencia mediante el líder del proceso, la socialización se realizará a través de los Comités y reuniones establecidos para tal fin.
- Garantizar la medición sistemática con estándares de Acreditación mediante el acompañamiento técnico a los líderes de los grupos de estándares en el establecimiento de la brecha entre la calidad esperada y la observada.
- Asesorar la calificación del estándar contemplando el desarrollo en el enfoque, implementación y resultado, el levantamiento de los planes de mejoramiento continuo, su seguimiento y cierre de ciclos que permitan pasar a la fase crítica de la Acreditación, después de determinar que tras las autoevaluaciones sistemáticas y periódicas con los estándares de Acreditación la entidad se encuentra preparada para la postulación.
- Emitir las recomendaciones a que haya lugar y notificarlas por escrito quien así se considere necesario.



Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

ARTÍCULO SEXTO: la presente resolución rige a partir de su expedición y deroga las demás que le sean contrarias.

Dado en Sogamoso a los veinte (20) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

En constancia firma,

LIFAN MAURICIO CAMACHO MOLANO
Gerente
Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Proyecto y elaboró: Jenith Lorena López Rodríguez- Lider Proceso Gestión de Calidad
Reviso: Zulma Cristina Montaña Martínez-Subgerencia Científica
Erika Natalia Sanchez Medina- Subgerente Administrativa y Financiera