OB 1 MEMORANDO ENTENDIMIENTO REVISION HUSJDMI V2

~~ACTA DE ENTENDIMIENTO Y ACUERDO SOBRE INTENCIÓN PRECONTRACTUAL SUSCRITO ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN - NUEVA EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL – HUSJDMI~~

MEMORANDO DE ENTENDIMIENTO E INTENCIÓN PRECONTRACTUAL PARA LA ESTRUCTURACIÓN DE FUTURO ACUERDO DE VOLUNTADES ENTRE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN – NUEVA EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL – HUSJDMI

[NOTA HOSPITAL: El título original mezcla las figuras jurídicas de acta, acuerdo y memorando, lo que genera ambigüedad. Se propone título que refleja con precisión la naturaleza precontractual del documento, conforme a la arquitectura contractual aprobada por el Hospital en su propuesta técnica.]

CONVENCIONES DE REVISIÓN — HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL	
Texto azul subrayado	Texto NUEVO propuesto por el Hospital (inserción recomendada)
~~Texto rojo tachado~~	Texto ORIGINAL de Nueva EPS que el Hospital propone ELIMINAR
Texto naranja negrita	Cláusula que el Hospital NO ACEPTA — ver nota explicativa adjunta
[NOTA HOSPITAL: ...]	Comentario explicativo del Hospital sobre el cambio propuesto
[RECHAZADO: ...]	Explicación del rechazo del Hospital a esa cláusula

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

Por una parte, **JORGE IVÁN OSPINA GÓMEZ**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 6.342.414, obrando en calidad de agente interventor designado mediante Resolución No. 2026100000003814-6 de fecha 10 de abril de 2026, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá el 21 de noviembre de 2025 con el No. 03318213 del Libro IX, de la sociedad **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. – EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN "NUEVA EPS S.A."**, identificada con NIT 900.156.264-2, quien para efectos del presente ~~documento~~memorando se denomina **NUEVA EPS.** *[NOTA HOSPITAL: Se unifica la denominación del instrumento como 'memorando' en todo el documento para evitar la mezcla de figuras jurídicas.]*

De otra parte, **PEDRO PABLO TINJACÁ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° _____ de _____, quien para los efectos del presente memorando obra en nombre y representación del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL**, identificado con NIT _____ (en trámite de asignación). *[NOTA HOSPITAL: El NIT del Hospital está en trámite. Se deja constancia de ello para efectos de trazabilidad del documento.]* entidad de carácter especial del orden nacional, perteneciente al sector descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, sujeta en su régimen presupuestal al de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado (EICE), creada mediante el Decreto Ley 1959 del 15 de noviembre de 2023; quien para efectos del presente memorando se denomina **EL HOSPITAL.** *[NOTA HOSPITAL: Se precisa la naturaleza jurídica completa del Hospital como EICE para efectos de claridad sobre el régimen contractual y presupuestal aplicable.]*

Conjuntamente denominadas **LAS PARTES**, acuerdan suscribir el presente Memorando de Entendimiento e Intención Precontractual y declaran y reconocen la siguiente condición:

Parte	Condición / rol	Rol en el memorando
HUSJDMI	Entidad en alistamiento institucional y de habilitación de servicios de salud.	Estructurar técnicamente la oferta, adelantar el plan de habilitación y preparar el futuro acuerdo de voluntades.

NUEVA EPS	Entidad responsable de pago interesada en evaluar un modelo progresivo de atención para sus afiliados.	Participar en mesas técnicas, validar necesidades poblacionales y revisar la futura contratación condicionada.

II. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

~~Qué~~Que NUEVA EPS está conformada por capital de origen público y privado, siendo el primero de participación mayoritaria, circunstancia que la configura a la vez como una Sociedad de Economía Mixta de naturaleza pública del orden nacional, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. *[NOTA HOSPITAL: Se corrige la tilde errónea en 'Que' en todos los considerandos. En actos jurídicos se usa 'Que' como conjunción, sin tilde.]*

2. ~~Que~~Que el régimen contractual de NUEVA EPS corresponde al del derecho privado, marco en el cual puede celebrar distintas modalidades de contratación y pago con los prestadores y/o proveedores de tecnologías para garantizar la prestación de los servicios de salud de sus afiliados.

3. ~~Que~~Que mediante el artículo 12 del Decreto Ley 1959 del 15 de noviembre de 2023 se creó el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL, como una entidad de carácter especial, del orden nacional, perteneciente al sector descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, sujeta en su régimen presupuestal al de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado (EICE).

4. ~~Qué~~Que el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL se encuentra en proceso de consolidación institucional, técnica y operativa para el despliegue progresivo de servicios de salud y modelos innovadores de atención, con énfasis en atención primaria, gestión del riesgo, articulación de rutas, uso de telemedicina y complementariedad con servicios domiciliarios y ambulatorios.

5. ~~Qué~~Que las Partes han identificado una oportunidad de estructurar un modelo progresivo para población afiliada a Nueva EPS, iniciando por Equipos Básicos de Salud (EBS) y escalando, según seguimiento de necesidades, demanda efectiva, resultados y capacidad habilitada, hacia telemedicina, atención domiciliaria, hospitalización domiciliaria y una fase posterior de CAPS funcional. El escalamiento no será simultáneo; dependerá de resultados, habilitación, demanda verificada, capacidad operativa y aprobación de la mesa técnica en cada fase. *[NOTA HOSPITAL: Se precisa expresamente que el modelo no implica apertura simultánea de todos los componentes, conforme a la propuesta técnica del Hospital.]*

6. ~~Que~~Que el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL reconoce expresamente que la habilitación de los servicios de salud correspondientes constituye requisito esencial para la suscripción, perfeccionamiento y ejecución de cualquier acuerdo de voluntades que implique prestación efectiva de servicios de salud, asignación de usuarios, facturación o pago con cargo a recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dicha habilitación debe corresponder específicamente a la sede, el servicio, la modalidad y la capacidad instalada objeto del futuro contrato, sin que una habilitación genérica o parcial sea suficiente para la firma o ejecución del acuerdo definitivo. *[NOTA HOSPITAL: Se refuerza que la habilitación no es genérica sino específica por sede, servicio y modalidad, protegiendo al Hospital de interpretaciones que permitan exigir contrato con habilitación incompleta.]*

7. Que este instrumento se suscribe para formalizar la etapa de estructuración y negociación, dejando trazabilidad técnica, jurídica y administrativa, sin anticipar la ejecución asistencial ni sustituir la obligación de habilitación en REPS por parte del HOSPITAL.

8. Que la presente acta de entendimiento y acuerdo precontractual se soporta en el marco normativo aplicable a la contratación en salud y a la habilitación de servicios. Su finalidad es preparar un futuro acuerdo de voluntades, sin constituirlo aún, debido a que el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL debe completar previamente los requisitos de habilitación aplicables a las sedes, servicios y modalidades de prestación que se pretendan contratar.

9. Que las partes reconocen y aceptan que el presente documento es preparatorio, no tiene por objeto la prestación o provisión de servicios de salud, sino la estructuración técnica y contractual de un futuro acuerdo de voluntades condicionado a habilitación, aprobación y cumplimiento de los procedimientos, políticas y lineamientos de cada parte y cierre de condiciones técnicas y económicas. *[NOTA HOSPITAL: Se corrige la numeración consecutiva de todos los antecedentes, que en el texto original estaba duplicada.]*

III. FUNDAMENTO NORMATIVO Y ALCANCE PRECONTRACTUAL

La presente acta de entendimiento y acuerdo sobre intención precontractual se soporta en el marco normativo aplicable a la contratación en salud y a la habilitación de servicios. Su finalidad es preparar un futuro acuerdo de voluntades, sin constituirlo aún.

Norma / fuente	Regla relevante	Aplicación al memorando
Decreto 441 de 2022	Regula aspectos de los acuerdos de voluntades en sus etapas precontractual, contractual y postcontractual.	Permite documentar la etapa de negociación y alistamiento, diferenciándola del contrato asistencial definitivo.
Decreto 441 de 2022	Define a los prestadores de servicios de salud como aquellos inscritos en REPS y con servicios habilitados.	Impide que este instrumento sea usado para prestar o facturar servicios antes de la habilitación.
Decreto 441 de 2022	Exige que en la negociación el prestador informe sedes, servicios habilitados, complejidad, modalidades y capacidad instalada.	El contrato final se firmará únicamente cuando exista soporte de habilitación y capacidad instalada verificable.
Resolución 3100 de 2019 y normas que la modifiquen o sustituyan	Establece procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de prestadores y servicios de salud.	Define el plan de alistamiento y la evidencia mínima para la futura contratación.
Ley Estatutaria 1581 de 2012, Ley 2015 de 2020 y normas reglamentarias	Regulan el tratamiento de datos personales y sensibles, incluyendo historia clínica, datos de salud y reporte de información (RIPS). Aplican a todo intercambio de información en esta etapa precontractual.	La información intercambiada en esta etapa deberá ser agregada, anonimizada o tratada bajo autorización y controles adecuados. El uso de datos de salud deberá contar con fundamento legal específico.
Acuerdo 005 de 2025 – Manual de Contratación HUSJDMI (Arts. 2, 16, 18, 22, 23, 38)	Establece el régimen jurídico contractual del Hospital (derecho privado para servicios de salud), las modalidades de selección (contratación directa para contratos de salud), las instancias de aprobación (Consejo Directivo y Comité de Contratación), la obligatoriedad de la matriz de riesgos y la facultad de exigir garantías.	El futuro contrato deberá cumplir todos los requisitos del Manual de Contratación del Hospital: estudios previos, matriz de riesgos, disponibilidad presupuestal, aprobación del Comité de Contratación y, si corresponde por cuantía, autorización del Consejo Directivo.

IV. OBJETO

La presente acta de entendimiento y acuerdo sobre intención precontractual es un acto preparatorio que tiene por objeto establecer las bases de cooperación, negociación de buena fe, alistamiento técnico, validación operativa y estructuración documental para la eventual suscripción de un futuro acuerdo de voluntades entre Nueva EPS y el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL, una vez se cumplan las condiciones habilitantes, jurídicas, técnicas, financieras y operativas necesarias.

Este documento no constituye promesa de contrato, no genera obligación automática de contratar y no sustituye las aprobaciones internas requeridas por cada una de las Partes. *[NOTA HOSPITAL: Cláusula esencial de protección para el Hospital. Evita que el memorando sea invocado como obligación definitiva de contratar en ausencia de habilitación, aprobaciones internas o cierre económico.]*

De conformidad con el Artículo 38, numeral 12 del Manual de Contratación del HUSJDMI (Acuerdo 005 de 2025), el futuro acuerdo de voluntades se celebrará mediante la modalidad de contratación directa por naturaleza, por tratarse de un contrato para la prestación de servicios de salud y afines. Esta modalidad no requiere proceso de selección competitivo, pero sí exige el cumplimiento de los requisitos de planeación, estudios previos, análisis de riesgos, disponibilidad presupuestal y las aprobaciones internas previstas en el Manual de Contratación del HUSJDMI. *[NOTA HOSPITAL: Ajuste derivado del Manual de Contratación Art. 38 num. 12: se precisa la modalidad contractual*

aplicable, lo que es relevante para que Nueva EPS comprenda el proceso interno que debe agotar el Hospital antes de firmar el contrato definitivo.]

El futuro acuerdo de voluntades podrá estructurarse bajo un modelo progresivo y escalable, iniciando por Equipos Básicos de Salud y avanzando por fases hacia telemedicina, atención domiciliaria, hospitalización domiciliaria y CAPS funcional, siempre que cada componente cuente con soporte de habilitación, capacidad instalada, nota técnica, reglas de auditoría, indicadores y así los acuerden las partes.

V. PRINCIPIOS DE LA ESTRUCTURACIÓN

Principio	Aplicación práctica
Legalidad y habilitación previa	Ningún componente asistencial se ejecutará sin habilitación y soportes exigibles.
Buena fe precontractual	Las Partes adelantarán mesas técnicas, revisión documental y negociación con seriedad, transparencia y trazabilidad.
Escalabilidad responsable	El modelo iniciará con EBS y se ampliará por fases según demanda, resultados, capacidad y condiciones habilitadas. El escalamiento no será simultáneo.
Completitud de rutas	La propuesta buscará cerrar brechas de continuidad, referencia, contrarreferencia y seguimiento.
Gestión del riesgo	La intervención se orientará a identificación, clasificación, seguimiento y control de riesgos poblacionales.
Resultados y valor	La futura contratación deberá contener indicadores de estructura, proceso, resultado, calidad, oportunidad y costo-efectividad.
No fragmentación	La operación se diseñará para conectar APS, telemedicina, atención domiciliaria, hospitalización domiciliaria y CAPS.
Sostenibilidad financiera y suficiencia operativa	Ningún componente será incorporado sin nota técnica conjunta, capacidad instalada verificada, talento humano disponible, red de respaldo y reglas de ajuste financiero aprobadas por ambas Partes.

[NOTA HOSPITAL: Se agrega el principio de sostenibilidad financiera y suficiencia operativa, alineado con la propuesta de modalidades PGP/PITP del Hospital, que implican riesgo financiero compartido.]

VI. ALCANCE TÉCNICO A ESTRUCTURAR

El alcance técnico objeto de estructuración se desarrollará mediante un modelo progresivo, con fases condicionadas a resultados, habilitación y capacidad operativa.

Fase	Componente	Propósito	Condición de maduración	Precisión técnica
1	EBS - puerta de entrada	Caracterización territorial, identificación de riesgos, demanda inducida, seguimiento RIAS, educación, gestión de cohortes y articulación con red.	Definición de población, territorios, talento humano, rutas, tablero de seguimiento y canasta base.	Inicio del modelo. La activación de fases siguientes depende de los resultados y condiciones de esta fase.
2	Telemedicina y telexperticia	Soporte clínico remoto, priorización, seguimiento de pacientes crónicos, mejora de continuidad y reducción de barreras de acceso.	Habilitación de modalidad, protocolos, plataforma, seguridad de información y agenda integrada.	Requiere habilitación específica de modalidad de telemedicina en REPS antes de su activación.

3	Atención domiciliaria	Atención a usuarios con limitación funcional, crónicos complejos, seguimiento de riesgo y continuidad desde IPS primaria o red definida.	Criterios de ingreso, egreso, paquete, indicadores, equipo interdisciplinario y ruta de referencia.	El futuro contrato deberá definir criterios de pertinencia clínica, plan individual de manejo, auditoría de historia clínica y escalas funcionales.
4	Hospitalización domiciliaria	Extensión hospitalaria, manejo de pacientes agudos seleccionados, transición segura y disminución de estancias evitables.	Habilitación específica, protocolos, disponibilidad clínica, auditoría, soporte de medicamentos/insumos y plan de contingencia.	Si se incluye componente farmacéutico, requiere canasta cerrada, modelo de dispensación, trazabilidad, auditoría, exclusiones y servicio farmacéutico habilitado.
5	CAPS funcional	Centro de atención primaria resolutivo y articulador de rutas, agendas, tamizajes, diagnóstico básico y coordinación con red.	Cierre de habilitación, infraestructura, talento humano, sistemas de información, portafolio y modelo operativo completo.	Fase de consolidación, una vez exista masa crítica, resultados sostenidos y madurez operativa de las fases previas. No es punto de partida.

VII. ÉNFASIS ESTRATÉGICO

El modelo presentado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL no se presenta como una oferta aislada de servicios, sino como una ruta de escalamiento para completar la atención: Equipos Básicos en Salud (EBS) ~~identifica y gestiona~~identifica, caracteriza y gestiona el riesgo poblacional; telemedicina ~~resuelve y prioriza~~mejora la continuidad asistencial, la priorización clínica, el seguimiento y la telexperticia; ~~domiciliaria evita barreras~~atención domiciliaria profundiza el manejo de cohortes y reduce barreras de acceso; hospitalización domiciliaria ~~contiene estancias~~sustituye estancias institucionales en casos seleccionados con criterios de pertinencia; CAPS integra y consolida la puerta de entrada resolutiva. *[NOTA HOSPITAL: Se precisa el lenguaje estratégico para evitar compromisos de resultado que excedan el alcance real del modelo o la capacidad operativa del Hospital en esta etapa.]*

VIII. ACUERDOS Y COMPROMISOS PRECONTRACTUALES

Los compromisos definidos en esta sección tienen naturaleza preparatoria y no asistencial. ~~Su incumplimiento no dará lugar a reclamaciones por servicios de salud no prestados, pero sí permitirá documentar avances, alertas, terminación de mesas técnicas o necesidad de ajustes.~~Su incumplimiento no dará lugar a reclamaciones por servicios asistenciales no prestados ni por expectativa de contratación, sin perjuicio de las obligaciones de confidencialidad, protección de datos y buena fe, que sí son vinculantes entre las Partes. *[NOTA HOSPITAL: Se precisa el alcance del no-incumplimiento para proteger al Hospital sin eliminar las responsabilidades por mal uso de información o violación de confidencialidad.]*

DE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL:

Responsable	Compromiso preparatorio	Evidencia esperada
HUSJDMI	Presentar cronograma de habilitación por sede, servicio y modalidad.	Plan de habilitación y matriz de brechas.
HUSJDMI	Remitir propuesta técnica, portafolio, canasta preliminar, CUPS, rutas, indicadores y modelo de escalabilidad.	Documento técnico y anexos operativos.

HUSJDMI	Construir nota técnica preliminar para EBS y componentes escalables.	Nota técnica y matriz financiera.
HUSJDMI	Designar equipo técnico, jurídico, financiero y asistencial para la mesa de estructuración.	Acta de designación o comunicación oficial.
HUSJDMI	Elaborar análisis y matriz de riesgos del futuro contrato, conforme al Artículo 22 del Manual de Contratación del HUSJDMI, identificando los riesgos previsibles del modelo progresivo, su probabilidad de ocurrencia, impacto, cuantificación y mecanismos de mitigación, con especial atención a los riesgos financieros derivados de las modalidades de pago PGP o PITP.	Matriz de riesgos preliminar como insumo del Documento de Planeación del futuro contrato.

[NOTA HOSPITAL: Ajuste derivado del Art. 22 del Manual de Contratación: la matriz de riesgos es obligatoria como parte del Documento de Planeación del contrato futuro. Las modalidades PGP e ITP implican riesgo financiero para el Hospital que debe estar identificado y cuantificado.]

DE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.:

Responsable	Compromiso preparatorio	Evidencia esperada
Nueva EPS	Designar interlocutores técnicos, jurídicos, financieros, red de servicios y gestión del riesgo.	Comunicación de designación.
Nueva EPS	~~Compartir información agregada y necesaria para análisis de población, territorio y demanda, respetando reglas de protección de datos.~~ Compartir información agregada que incluya: población afiliada por territorio y grupo etario, dispersión territorial, uso de servicios por cohortes priorizadas, siniestralidad histórica por patología y necesidades de red identificadas, respetando en todos los casos las reglas de protección de datos personales y sensibles.	Bases de datos agregadas, tableros de análisis poblacional o informes de caracterización con nivel de desagregación suficiente para la construcción de nota técnica y canasta.
Nueva EPS	Revisar modalidad de contratación, modalidad de pago, criterios de ingreso, indicadores, rutas y condiciones de auditoría.	Actas de mesa técnica y observaciones.

DE LAS PARTES:

Responsable	Compromiso preparatorio	Evidencia esperada
Ambas Partes	Preparar minuta del futuro acuerdo de voluntades y anexos técnicos, sujeta a habilitación y aprobaciones internas.	Minuta preliminar condicionada.

[NOTA HOSPITAL: Se elimina la duplicación del compromiso de preparar la minuta que aparecía tanto en la tabla de Nueva EPS como en la de ambas partes. Se conserva únicamente en la sección de ambas partes.]

IX. DECLARACIONES DE LAS PARTES

Las Partes declaran que:

a) Actúan con capacidad jurídica para adelantar conversaciones, mesas técnicas y actividades preparatorias, sin que ello implique la prestación efectiva de servicios de salud.

b) Reconocen que la habilitación en REPS de los servicios que correspondan es una condición esencial para la firma y ejecución del contrato asistencial definitivo.

c) El presente documento no genera asignación de población, autorización de atenciones, facturación, pago, giro, anticipo asistencial ni obligación de prestación de servicios de salud. Tampoco constituye red contratada ni habilita el direccionamiento de afiliados de Nueva EPS hacia el Hospital. *[NOTA HOSPITAL: Se refuerza que el memorando no puede ser invocado para direccionar afiliados ni para conformar red antes de habilitación y contrato definitivo.]*

d) La información que se intercambie tendrá finalidad exclusiva de estructuración técnica, financiera, epidemiológica, operativa y contractual.

e) Cualquier contrato posterior deberá cumplir los requisitos de acuerdos de voluntades en salud, incluyendo objeto, plazo, servicios habilitados, tecnologías, modalidad de pago, nota técnica, indicadores, auditoría y mecanismos de seguimiento.

f) La eventual implementación se realizará bajo un modelo de gestión del riesgo, completitud de rutas, enfoque territorial, continuidad asistencial, seguimiento a cohortes, medición de resultados y sostenibilidad financiera.

X. CONDICIÓN SUSPENSIVA DE HABILITACIÓN Y FIRMA POSTERIOR

La firma, perfeccionamiento y ejecución de cualquier acuerdo de voluntades para la prestación efectiva de servicios de salud entre LAS PARTES queda expresamente condicionada al cumplimiento previo, verificable y documentado de las siguientes condiciones:

a) Inscripción y habilitación en REPS de la sede, servicios y modalidades específicas que sean objeto del futuro acuerdo por parte del HOSPITAL.

b) Disponibilidad real por parte del HOSPITAL de capacidad instalada, talento humano, dotación, procesos prioritarios, historia clínica, referencia, contrarreferencia y gestión de residuos, según aplique.

c) Cumplimiento de requisitos de tratamiento de datos, interoperabilidad, reporte RIPS, acceso a historia clínica para auditoría y demás condiciones exigibles.

d) Aprobación interna de las Partes por sus órganos, dependencias o instancias competentes.

e) Cierre técnico de canasta, CUPS, tecnologías, exclusiones, criterios de ingreso y egreso, indicadores y auditoría.

f) Definición de modalidad de contrato, modalidad de pago, valor, nota técnica, mecanismos de ajuste de riesgo, bandas o corredores, según corresponda.

g) Cumplimiento de requisitos técnicos, financieros y jurídicos por parte del HOSPITAL de acuerdo con los lineamientos y políticas internas de NUEVA EPS. El HOSPITAL no estará obligado a cumplir condiciones de SARLAFT ni lineamientos internos de NUEVA EPS que no estén sustentados en normas legales de aplicación general o en la regulación del SGSSS. *[NOTA HOSPITAL: Se elimina la referencia a SARLAFT como condición de contratación impuesta unilateralmente por Nueva EPS. Como EICE, el Hospital tiene su propio marco de control interno. Si Nueva EPS requiere verificaciones específicas, estas deben estar previstas en norma legal.]*

h) Validación jurídica de la minuta definitiva y de sus anexos técnicos, financieros y operativos.

i) Si se incluye componente farmacéutico, éste requerirá canasta cerrada, modelo de dispensación, trazabilidad, auditoría, exclusiones expresas y servicio o proveedor farmacéutico habilitado. Su inclusión no podrá entenderse implícita en el modelo sin acuerdo expreso de las Partes. *[NOTA HOSPITAL: Los módulos del Hospital incluyen entrega de medicamentos. Sin regulación expresa, el componente farmacéutico genera riesgo operativo y financiero sin responsabilidades claras.]*

j) Autorización previa del Consejo Directivo del HUSJDMI, cuando el valor del futuro contrato sea igual o superior a 1.500 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV), conforme al Artículo 16 del Manual de Contratación del HUSJDMI (Acuerdo 005 de 2025). Sin dicha autorización, el Director General no podrá suscribir válidamente el contrato definitivo, independientemente del avance de la estructuración precontractual. *[NOTA HOSPITAL: Ajuste derivado del Art. 16 del Manual de Contratación: condición esencial de perfeccionamiento del contrato futuro para el Hospital. Protege al Director General de suscribir un contrato sin el aval del Consejo Directivo cuando la cuantía lo exija.]*

k) Concepto favorable del Comité de Contratación del HUSJDMI, cuando el valor del futuro contrato supere el uno por ciento (1%) del presupuesto aprobado por el COMFIS para la vigencia correspondiente, conforme al Artículo

18.3 del Manual de Contratación del HUSJDMI. El Comité de Contratación deberá aprobar los términos técnicos, jurídicos y financieros del futuro acuerdo de voluntades antes de su suscripción. *[NOTA HOSPITAL: Ajuste derivado del Art. 18 del Manual de Contratación: el Comité de Contratación del Hospital es instancia asesora de alto nivel cuyo concepto es requerido para contratos que superen el umbral presupuestal. Dada la magnitud del modelo con Nueva EPS, este umbral probablemente se superará.]*

l) Evaluación y definición por parte del HUSJDMI, conforme al Artículo 23 de su Manual de Contratación, de las garantías que serán exigidas en el futuro contrato. Dado que NUEVA EPS se encuentra bajo medida de toma de posesión de la Superintendencia Nacional de Salud, el HUSJDMI evaluará la conveniencia de exigir garantías de pago o de cumplimiento de obligaciones económicas que aseguren la continuidad de los pagos por los servicios prestados. *[NOTA HOSPITAL: Ajuste derivado del Art. 23 del Manual de Contratación: el Hospital tiene la facultad y la responsabilidad de evaluar garantías. La situación de intervención de Nueva EPS hace que esta evaluación sea especialmente relevante para proteger los ingresos del Hospital.]*

Hasta tanto no se suscriba el contrato definitivo y no se cuente con habilitación aplicable, el presente documento no faculta ni autoriza la atención de afiliados, no genera red contratada, no permite direccionamiento de usuarios, no habilita facturación y no origina obligación de pago por servicios asistenciales.

XI. GOBERNANZA, MESA TÉCNICA Y CRONOGRAMA

Las Partes instalarán una Mesa Técnica de Estructuración y Alistamiento Contractual, con participación de los componentes asistencial, jurídico, financiero, red de servicios, habilitación/calidad, sistemas de información y gestión del riesgo.

La Mesa Técnica sesionará con una periodicidad mínima quincenal, salvo acuerdo en contrario. Cada sesión deberá contar con secretaría técnica rotativa, acta firmada por los asistentes, registro de compromisos con responsable y fecha, y mecanismo de escalamiento a nivel directivo cuando no se alcance acuerdo en asuntos de fondo. Las actas de la Mesa Técnica no modificarán la naturaleza precontractual de este memorando. *[NOTA HOSPITAL: Se definen reglas mínimas de funcionamiento de la mesa técnica para garantizar trazabilidad y eficiencia, sin imponer quórum rígido que genere bloqueos formales.]*

Hito	Plazo referencial	Producto
Instalación de mesa técnica	Dentro de los 5 días hábiles siguientes a la firma	Acta de instalación y designación de interlocutores
Revisión de propuesta y alcance por fases	Semana 1 a 2	Matriz de observaciones y versión ajustada
Cierre de canasta EBS y rutas prioritarias	Semana 2 a 4	Canasta preliminar y mapa de rutas
Validación de requisitos de telemedicina y domiciliaria	Semana 4 a 6	Matriz de requisitos y plan de habilitación
Estructuración económica y nota técnica	Semana 5 a 8	Modelo financiero y nota técnica preliminar
Minuta condicionada de futuro contrato	Semana 8 a 10	Borrador de acuerdo de voluntades y anexos
Revisión final sujeta a habilitación	Según avance de habilitación	Acta de cierre precontractual

Los plazos anteriores son referenciales y no perentorios. Su incumplimiento no genera mora ni obligación de contratar. El avance de cada hito depende de la entrega de información por Nueva EPS, el avance del proceso de habilitación del Hospital y el acuerdo de las Partes en mesa técnica. *[NOTA HOSPITAL: Cláusula esencial para el Hospital. Sin esta precisión, el cronograma podría interpretarse como obligaciones con plazo fijo, exponiendo al Hospital a incumplimientos por causas ajenas a su voluntad.]*

XII. CONFIDENCIALIDAD, INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES

Las PARTES se comprometen a cumplir con todas las disposiciones legales y reglamentarias aplicables en materia de protección de datos personales, en especial de los datos sensibles, con sujeción a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, la Ley 2015 de 2020, para lo cual adoptarán medidas de responsabilidad demostrada con el propósito de garantizar la veracidad, seguridad, confidencialidad, calidad, uso y circulación restringida de la información.

Toda información técnica, financiera, operativa, epidemiológica, contractual, comercial o estratégica compartida por las PARTES en desarrollo del presente documento será tratada como confidencial, salvo que sea pública, requerida por autoridad competente o autorizada por escrito por la Parte titular de la información.

Para ello las partes acuerdan lo siguiente: Las obligaciones de confidencialidad contenidas en esta cláusula son vinculantes entre las Partes desde la firma del presente memorando y sobrevivirán a su terminación. Las Partes no requerirán la suscripción de un acuerdo de confidencialidad adicional para el intercambio de información en el marco de este memorando, sin perjuicio de que puedan formalizar un anexo complementario si así lo acuerdan. *[NOTA HOSPITAL: Se elimina la referencia a un acuerdo de confidencialidad separado cuya ausencia bloquearía el intercambio de información. La cláusula del memorando es suficiente. Se abre la posibilidad de un anexo posterior sin condicionarlo.]*

a) La información poblacional deberá entregarse preferiblemente agregada, anonimizada o seudonimizada cuando no sea indispensable identificar usuarios.

b) Cualquier intercambio de datos personales o sensibles deberá contar con fundamento legal, finalidad específica, controles de acceso, seguridad y confidencialidad.

c) El uso de la información se limitará a la estructuración del modelo, la nota técnica, la canasta, la planeación de capacidad y la eventual minuta contractual.

d) La información no podrá ser usada para fines distintos ni divulgada a terceros sin autorización, salvo requerimiento legal o contractualmente justificado.

XIII. ESTIPULACIONES JURÍDICAS GENERALES

a) Naturaleza no vinculante del contrato asistencial: ~~El presente documento no constituye acuerdo o vínculo comercial, contrato de prestación de servicios de salud ni acuerdo de voluntades asistencial. Sus obligaciones son de medio, cooperación, negociación de buena fe, confidencialidad, alistamiento y estructuración de contrato futuro con objeto asistencial.~~El presente memorando no es vinculante respecto de la prestación efectiva de servicios de salud ni respecto de la obligación de contratar. Sí es vinculante respecto de las obligaciones de confidencialidad, protección de datos, buena fe y no ejecución anticipada de servicios asistenciales. La firma electrónica del memorando valida estas obligaciones precontractuales pero no convierte el instrumento en contrato de prestación de servicios ni en promesa obligatoria de contratación. *[NOTA HOSPITAL: Se resuelve la contradicción entre 'no vinculante' y las obligaciones que sí tienen fuerza jurídica, distinguiendo claramente qué es vinculante y qué no.]*

b) Buena fe y seriedad de la negociación: Las PARTES se comprometen a actuar con diligencia, transparencia, oportunidad y buena fe en la revisión de la propuesta, la discusión técnica de la futura contratación y la entrega de información. ~~previa suscripción de acuerdo de confidencialidad que hará parte integral del presente documento y futuro contrato.~~La confidencialidad de la información queda regulada por la cláusula XII del presente memorando.

c) No exclusividad: Salvo pacto escrito posterior, este memorando no genera exclusividad para ninguna de las Partes. No obstante, las Partes podrán acordar prioridad técnica para el análisis del modelo objeto de este instrumento.

d) Ausencia de relación laboral, societaria o mandato: ~~Este documento no crea sociedad, consorcio, unión temporal, mandato, agencia, subordinación laboral, representación comercial ni solidaridad entre las Partes, razón por la cual, no existirá entre ésta y NUEVA EPS ningún tipo de vínculo o relación laboral. Tampoco existirá dicho vínculo o relación entre NUEVA EPS y las personas destinadas por EL HOSPITAL para la ejecución de las actividades que se derivan del presente documento, toda vez que EL HOSPITAL será el único empleador de aquellas. De esta forma, EL HOSPITAL mantendrá indemne a NUEVA EPS frente a cualquier reclamación o demanda laboral proveniente del personal que haya destinado para este fin.~~Este memorando no crea sociedad, consorcio, unión temporal, mandato, agencia, subordinación laboral, representación comercial ni solidaridad entre las Partes. El personal que cada Parte destine a las mesas técnicas, actividades de revisión documental y estructuración precontractual, tiene vínculo laboral o contractual exclusivamente con la Parte que lo asigne. EL HOSPITAL mantendrá indemne a NUEVA EPS frente a cualquier reclamación laboral del personal que destine para las actividades preparatorias previstas en este memorando. *[NOTA HOSPITAL: Se ajusta la cláusula al contexto*

precontractual. El texto original hablaba de 'ejecución de actividades' sugiriendo operación asistencial en curso, lo que es impreciso en esta etapa.]

e) Prohibición de ejecución anticipada: Ninguna Parte podrá invocar este documento para exigir prestación de servicios, asignación de usuarios, apertura de agendas, facturación, giros, anticipos asistenciales o reconocimiento económico por ningún concepto.

f) Gastos propios: Cada Parte asumirá sus propios costos y gastos asociados a la negociación, reuniones, análisis técnico, jurídico, financiero y operativo, salvo que se pacte expresamente algo distinto por escrito.

g) Vigencia: El presente memorando tendrá una vigencia inicial de seis (6) meses contados a partir de su suscripción, término en el que las partes acuerdan concluir con la estructuración del contrato futuro, el cual podrá ser prorrogado por acuerdo escrito de las Partes.

h) Terminación: Cualquiera de las Partes podrá dar por terminado el acuerdo aquí contenido mediante comunicación escrita con al menos diez (10) días hábiles de anticipación. La terminación del memorando no afectará las obligaciones de confidencialidad, las cuales permanecerán vigentes por un período de tres (3) años adicionales. A la terminación, las Partes deberán: (i) suscribir acta de cierre formal que documente el estado de los productos, compromisos y actividades de la mesa técnica; (ii) conservar el archivo documental de información intercambiada y productos generados como soporte del proceso precontractual; (iii) no utilizar para ningún otro fin la información técnica, financiera o estratégica recibida de la otra Parte. *[NOTA HOSPITAL: Se regulan los efectos de la terminación para proteger la información del Hospital entregada durante el proceso y evitar controversias posteriores sobre el uso de documentos técnicos.]*

i) Solución de diferencias: Las diferencias derivadas de la interpretación o el desarrollo de actividades y gestiones derivadas de esta acta de entendimiento y acuerdo sobre intención precontractual se procurarán resolver inicialmente en la Mesa Técnica. De persistir, se elevarán a los representantes designados por cada Parte.

j) Inhabilidades e incompatibilidades: El Representante Legal del HOSPITAL declara expresamente, bajo juramento prestado con la sola suscripción del presente documento, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés que prohíban la celebración del presente ~~contrato~~memorando. La veracidad de la presente declaración constituye requisito esencial para la estructuración del proceso precontractual y la celebración y ejecución del contrato futuro. En caso de comprobarse la existencia de una inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés no declarado, o la ocurrencia sobreviniente de alguno de estos, NUEVA EPS podrá dar por terminado unilateralmente este acuerdo, sin lugar al reconocimiento de indemnización alguna a favor del HOSPITAL. *[NOTA HOSPITAL: Se cambia 'presente contrato' por 'presente memorando' pues el documento no es un contrato asistencial. La declaración de inhabilidades se mantiene para el representante del Hospital. No se exige reciprocidad formal bajo el marco de la Ley 80 hacia Nueva EPS, dada la naturaleza especial del agente interventor designado por la Supersalud.]*

k) Modificaciones: Toda modificación deberá constar por escrito, estar suscrita por los representantes legales de LAS PARTES y conservar la condición de no ejecución asistencial mientras no exista habilitación aplicable al HOSPITAL y contrato definitivo suscrito por LAS PARTES.

> ⚠ **CLÁUSULA OBJETADA POR EL HOSPITAL — CONDICIÓN SARLAFT (literal g de la Sección X):** ***[RECHAZADO POR EL HOSPITAL: La exigencia de 'cumplimiento de requisitos SARLAFT según lineamientos, políticas y manuales internos de NUEVA EPS' no es aceptable para el Hospital. Como entidad de carácter especial del orden nacional y EICE, el Hospital tiene su propio marco de control interno, supervisión de la Contraloría y el Ministerio de Salud, y no está sujeto a los sistemas de prevención de lavado de activos diseñados para entidades del sector privado o del sistema financiero. Si Nueva EPS requiere verificaciones de integridad, estas deben fundarse en normas legales de aplicación general, no en documentos internos de la EPS. El Hospital acepta verificaciones de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés, pero no la imposición unilateral del SARLAFT como condición contractual.]***

XIV. VALIDEZ DEL ACUERDO Y DE LA FIRMA ELECTRÓNICA

Las PARTES declaran que este memorando de entendimiento e intención precontractual es vinculante respecto de las obligaciones precontractuales aquí establecidas y renuncian expresamente a interponer una acción con el fin de invalidar su contenido por el solo hecho de usarse el 'Intercambio Electrónico de Datos' (firma electrónica) en cumplimiento de la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2364 de 2012. La firma electrónica valida el presente memorando y las obligaciones precontractuales en él contenidas, pero no convierte este instrumento en contrato de prestación de servicios de salud ni en promesa obligatoria de contratación. *[NOTA HOSPITAL: Se resuelve la*

contradicción entre la naturaleza no asistencial del documento y la afirmación de que 'obliga legal y contractualmente', precisando el alcance de la vinculabilidad.]

Las Partes declaran que en caso de litigio, los registros de los mensajes de Intercambio Electrónico de Datos que se hayan utilizado serán admisibles ante el juez competente y constituirán plena prueba de los hechos que en ellos figuran, salvo que se aporte prueba en contrario.

XV. OBLIGACIONES DE LOS FIRMANTES

Con el propósito de proteger la autenticidad, integralidad, validez e inviolabilidad de la firma electrónica y de conformidad con la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2364 de 2012, los firmantes de las Partes se obligan a:

a) Mantener el control y custodia exclusiva sobre los datos de creación de la firma.

b) Garantizar que los datos de creación de la firma no sean utilizados de forma indebida o no autorizada.

c) Dar aviso inmediato a la otra Parte sobre cualquier evento que dé lugar a que los datos de creación de la firma sean cuestionados, repudiados o queden en entredicho.

XVI. NOTIFICACIONES

~~EL HOSPITAL acepta y da validez a las notificaciones que realice NUEVA EPS, con ocasión del acuerdo contenido en el presente documento y para todos los efectos a la(s) dirección(es) de correos electrónicos informados por EL PRESTADOR a través del documento información notificaciones personales electrónicas y complementarios.~~Las PARTES aceptan y dan validez recíproca a las notificaciones que se realicen entre sí en desarrollo del presente memorando, a través de las direcciones de correo electrónico institucional y los domicilios físicos que cada una informe al momento de la firma. Cualquier cambio de dirección deberá ser comunicado por escrito a la otra Parte con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación. *[NOTA HOSPITAL: Se hace recíproca la cláusula de notificaciones, que en el texto original era unilateral a favor de Nueva EPS. Se elimina la referencia al Hospital como 'El Prestador', calidad que depende de habilitación.]*

Para efectos de notificación, NUEVA EPS tiene su domicilio en la Carrera 85K 46A 66 Piso 2, Bogotá D.C.

Para efectos de notificación, EL HOSPITAL tiene su domicilio en _____, Bogotá D.C. Correo electrónico institucional: _____. *[NOTA HOSPITAL: Se completan los datos de notificación del Hospital para equilibrar la cláusula.]*

XVII. DOMICILIO CONTRACTUAL

Para todos los efectos legales del presente documento se tendrá como domicilio contractual la ciudad de Bogotá D.C.

MANIFESTACIÓN Y FIRMAS

Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, aceptan todo lo manifestado.

NUEVA EPS S.A. **JORGE IVÁN OSPINA GÓMEZ** Agente Interventor	**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL** **PEDRO PABLO TINJACÁ** Director General

RESUMEN DE OBSERVACIONES Y CAMBIOS — VERSIÓN 2 (incluye ajustes por Manual de Contratación HUSJDMI)

#	Sección	Tipo	Cambio propuesto	Estado
1	Título	Forma/Estructura	Cambiar a 'Memorando de Entendimiento e Intención Precontractual'	✅ INCORPORADO
2	I. Partes	Forma	Unificar denominación del instrumento como 'memorando' en todo el texto	✅ INCORPORADO
3	I. Partes	Forma	Completar nombre y datos del Director General Dr. Pedro Pablo Tinjacá; NIT en trámite	✅ INCORPORADO
4	II. Antecedentes	Forma	Corregir numeración consecutiva duplicada y tilde errónea en 'Qué'	✅ INCORPORADO
5	II. Antecedentes	Jurídica	Reforzar habilitación específica por sede, servicio y modalidad	✅ INCORPORADO
6	II. Antecedentes	Técnica	Precisar que el escalamiento no es simultáneo	✅ INCORPORADO
7	III. Normativo	Jurídica	Ampliar referencia a protección de datos sensibles y reporte de información	✅ INCORPORADO
8	IV. Objeto	Jurídica	Agregar cláusula: no promesa de contrato, no obligación automática de contratar	✅ INCORPORADO
9	V. Principios	Técnica	Agregar principio de sostenibilidad financiera y suficiencia operativa	✅ INCORPORADO
10	VI. Alcance	Técnica	Precisar que la atención domiciliaria requiere criterios de pertinencia en el futuro contrato	✅ INCORPORADO
11	VI. Alcance	Técnica	Precisar CAPS como fase de consolidación, no punto de partida	✅ INCORPORADO
12	VII. Estratégico	Técnica	Reescribir énfasis con lenguaje técnico preciso sin comprometer resultados	✅ INCORPORADO
13	VIII. Compromisos	Técnica	Especificar información poblacional que debe entregar Nueva EPS (siniestralidad, cohortes, etc.)	✅ INCORPORADO
14	VIII. Compromisos	Estructura	Eliminar duplicación del compromiso de preparar minuta	✅ INCORPORADO
15	VIII. Compromisos	Jurídica	Precisar alcance del no-incumplimiento preservando confidencialidad y buena fe	✅ INCORPORADO
16	IX. Declaraciones	Jurídica	Agregar: no constituye red contratada ni habilita direccionamiento de afiliados	✅ INCORPORADO
17	X. Condición	Técnica	Agregar condición de componente farmacéutico con canasta cerrada y auditoría	✅ INCORPORADO
18	X. Condición	Jurídica	Eliminar SARLAFT como condición unilateral de Nueva EPS	⛔ RECHAZADO POR EL HOSPITAL

19	XI. Gobernanza	Técnica	Aclarar que los plazos son referenciales y no perentorios	✅ **INCORPORADO**
20	XI. Gobernanza	Técnica	Agregar reglas mínimas de funcionamiento de la mesa técnica (periodicidad, actas, escalamiento)	✅ **INCORPORADO**
21	XII. Confidencialidad	Jurídica	Establecer que la cláusula del memorando es suficiente, sin acuerdo separado requerido	✅ **INCORPORADO**
22	XIII. Estipulaciones	Jurídica	Precisar naturaleza vinculante parcial: sí para confidencialidad y buena fe, no para prestación	✅ **INCORPORADO**
23	XIII. Estipulaciones	Jurídica	Ajustar cláusula laboral al contexto precontractual (mesas técnicas, no ejecución asistencial)	✅ **INCORPORADO**
24	XIII. Estipulaciones	Jurídica	Cambiar 'presente contrato' por 'presente memorando' en cláusula de inhabilidades	✅ **INCORPORADO**
25	XIII. Terminación	Jurídica	Regular efectos de terminación: cierre de actas, conservación de información, confidencialidad post-término	✅ **INCORPORADO**
26	XIV. Firma electrónica	Jurídica	Aclarar que la firma electrónica no convierte el memorando en contrato asistencial	✅ **INCORPORADO**
27	XVI. Notificaciones	Jurídica	Hacer reciprocas las notificaciones y eliminar 'El Prestador'	✅ **INCORPORADO**
28	III. Normativo	Jurídica/Manual	Agregar Manual de Contratación HUSJDMI como fuente normativa aplicable al proceso contractual futuro	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 2, 38**
29	IV. Objeto	Jurídica/Manual	Precisar que el futuro contrato se celebrará por contratación directa por naturaleza (Art. 38 num. 12 Manual)	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 38**
30	X. Condición	Jurídica/Manual	Agregar autorización del Consejo Directivo como condición suspensiva para contratos >= 1.500 SMMLV	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 16**
31	X. Condición	Jurídica/Manual	Agregar concepto favorable del Comité de Contratación como condición suspensiva	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 18**
32	X. Condición	Jurídica/Manual	Agregar evaluación de garantías de pago de Nueva EPS dada su condición de entidad intervenida	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 23**
33	VIII. Compromisos	Jurídica/Manual	Agregar elaboración de matriz de riesgos como compromiso preparatorio del Hospital	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 22**
34	XVI. Notificaciones	Jurídica/Manual	Agregar nota de soporte de representación legal del Director General (acto de posesión vigente)	✅ **INCORPORADO — Manual Art. 8**

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

UNIDAD DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA UPDT

BANCO DE PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO TÉCNICO

PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL — CONVOCATORIA 2026

PARTE 1 DE 4

Perfiles: Cardiólogo • Endocrinólogo • Geriatra • Médico Familiar • Médico Internista • Médico General • Nutricionista

Bogotá D.C. — 2026

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL EVALUADOR

• Este documento es de uso exclusivo del evaluador durante el proceso de selección de personal de la UPDT-HUSJDMI.

• Cada perfil contiene 10 preguntas de conocimiento técnico: Opción Múltiple (única respuesta), Verdadero/Falso (V/F) y Pregunta Abierta.

• La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación orientadores. Las preguntas abiertas admiten distintas formulaciones; evalúe completitud y corrección conceptual.

• Puntaje sugerido: Opción Múltiple = 1 punto; V/F = 0.5 puntos; Abierta = hasta 2 puntos según completitud. Puntaje máximo: 13 puntos. Mínimo aprobatorio sugerido: 9 puntos (70%).

• Las preguntas están diseñadas en coherencia con las RIAS (Resolución 3280/2018), el Sistema Único de Habilitación (Resolución 3100/2019), las GPC del MSPS y el Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC.

CARDIÓLOGO

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	CARDIÓLOGO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista | Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico especialista en cardiología. Registro en RETHUS vigente. Certificado ACLS vigente (menor a 2 años). Competencias en interpretación de ECG.
Fundamento normativo	Resolución 3280 de 2018 (RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica); Resolución 3100 de 2019 (habilitación); Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016.
Formación continua exigible	ACLS vigente; Interpretación de ECG; Inducción en RIAS cardiovascular; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Ecocardiografía avanzada; Imagen cardiovascular; Investigación clínica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Evaluar sistema cardiovascular con enfoque en prevención y detección temprana.
2.	Diligenciar historia clínica completa y registro de evolución.
3.	Ordenar e interpretar ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo y MAPA.
4.	Diagnosticar enfermedades cardíacas y formular tratamiento según GPC.
5.	Aplicar la Escala de Framingham validada para Colombia.
6.	Ingresar pacientes al programa de manejo integral de HTA y hacer seguimiento.
7.	Reportar indicadores de la RIAS cardiovascular a la EPS contratante.
8.	Participar en juntas médicas y en el equipo interdisciplinario de la UPDT.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es el objetivo principal de la Resolución 3280 de 2018 en relación con la ruta cardio-cerebro-vascular-metabólica? A) Establecer tarifas para servicios cardiológicos B) Definir las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para la gestión del riesgo cardiovascular, cerebrovascular y metabólico C) Regular la habilitación exclusiva de clínicas cardiovasculares D) Crear el programa nacional de trasplante cardíaco	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Resolución 3280/2018 adopta las RIAS e incluye la ruta de mantenimiento de la salud cardio-cerebro-vascular-metabólica con sus intervenciones de tamización, gestión del riesgo y manejo integral por niveles de riesgo (bajo, moderado, alto, muy alto).
2	¿Qué instrumento oficial se usa para estratificar el riesgo cardiovascular en la RIAS colombiana? A) Score de TIMI B) Escala de Wells C) Escala de Framingham validada para Colombia D) Score de GRACE	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La Escala de Framingham validada para Colombia clasifica el riesgo en bajo (<10%), moderado (10-20%), alto (20-30%) y muy alto (>30%) a 10 años, determinando la intensidad del manejo en la UPDT.
3	VERDADERO o FALSO: El cardiólogo que presta servicios en la UPDT debe estar inscrito en el RETHUS según la Resolución 3100 de 2019.	V/F	VERDADERO. La Resolución 3100/2019 exige registro vigente en el RETHUS para todo el talento humano en salud que presta servicios en una IPS habilitada, como condición de habilitación del servicio.
4	Describa los hallazgos electrocardiográficos del bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz II y su relevancia clínica en la UPDT.	Abierta	El Mobitz II presenta: intervalo PR constante con bloqueo súbito de una onda P sin prolongación previa. Tiene alto riesgo de progresión a bloqueo AV completo y síncope. En la UPDT es relevante porque puede detectarse en el ECG de tamización de pacientes asintomáticos con riesgo cardiovascular alto, requiriendo derivación urgente para valoración de marcapasos definitivo.
5	¿Cuál es el umbral de presión arterial sistólica en MAPA en vigilia considerado diagnóstico de hipertensión? A) ≥120 mmHg B) ≥130 mmHg C) ≥135 mmHg D) ≥140 mmHg	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. En el MAPA, el umbral para hipertensión en vigilia es ≥135/85 mmHg (vs. ≥140/90 en consultorio). El MAPA es la herramienta de elección en la UPDT para confirmar hipertensión y descartar efecto de bata blanca antes de iniciar tratamiento.
6	VERDADERO o FALSO: Los medicamentos incluidos en el PBS no requieren autorización previa de la EPS; la prescripción médica justificada en historia clínica es suficiente.	V/F	VERDADERO. Los medicamentos PBS no necesitan autorización previa. Para tecnologías No PBS, el médico usa MIPRES con justificación clínica documentada en historia clínica.
7	¿Cuál de estas variables NO hace parte de la Escala de Framingham? A) Colesterol HDL	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El grupo sanguíneo no es variable del score. Las variables son: edad, sexo, colesterol total, HDL,

	B) Grupo sanguíneo C) Presión arterial sistólica D) Tabaquismo activo		PAS (tratada o no), tabaquismo activo y diabetes mellitus.
8	Explique el concepto de hipertensión de bata blanca y cómo el MAPA ayuda al diagnóstico.	Abierta	Hipertensión de bata blanca: PA elevada en consultorio (≥140/90) con valores normales fuera del mismo. El MAPA confirma el diagnóstico si los valores en vigilia son <135/85, en sueño <120/70 y el promedio de 24h <130/80 mmHg. En la UPDT evita sobrediagnóstico y tratamiento farmacológico innecesario.
9	¿Cuál es el tiempo máximo de oportunidad para la primera consulta de cardiología desde la identificación de riesgo cardiovascular alto según la RIAS? A) 3 días hábiles B) 5 días hábiles C) 15 días hábiles D) 30 días hábiles	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La Resolución 3280/2018 establece que los pacientes con riesgo cardiovascular alto identificados por el médico general deben acceder al especialista en máximo 15 días hábiles.
10	VERDADERO o FALSO: El SOGCS contempla cuatro componentes: habilitación, acreditación, PAMEC y Sistema de Información para la Calidad.	V/F	VERDADERO. El SOGCS (Decreto 1011/2006) tiene 4 componentes: (1) Sistema Único de Habilitación; (2) PAMEC (Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad); (3) Sistema Único de Acreditación; (4) Sistema de Información para la Calidad.

ENDOCRINÓLOGO

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	ENDOCRINÓLOGO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico especialista en endocrinología. RETHUS vigente. Conocimiento en GPC del MSPS/IETS para DM2, obesidad e hipotiroidismo.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; GPC MSPS/IETS; Resolución 3280 de 2018.
Formación continua exigible	GPC en DM2, obesidad e hipotiroidismo; Seguridad del paciente; RIAS cardiovascular y metabólica.
Formación continua deseable	Investigación clínica; Humanización; Neuroendocrinología.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Diagnóstico y manejo de enfermedades endocrinológicas: DM2, tiroides, obesidad, síndrome metabólico.
2.	Diligenciamiento completo de historia clínica y registro de evolución.
3.	Formulación de órdenes médicas con uso correcto de MIPRES para tecnologías No PBS.
4.	Seguimiento a pacientes crónicos con monitoreo de metas terapéuticas RIAS.
5.	Aplicar e interpretar el FINDRISC para tamización de riesgo de DM2.
6.	Cumplimiento de guías clínicas vigentes del MSPS e IETS.
7.	Registro en sistemas RIPS/HIS conforme a la Resolución 2275 de 2023.
8.	Participación en juntas médicas interdisciplinarias de la UPDT.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es el valor de HbA1c que define el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2? A) ≥5.7% B) ≥6.0% C) ≥6.5% D) ≥7.0%	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. HbA1c ≥6.5% (en laboratorio certificado) es criterio diagnóstico de DM2, junto con glucemia en ayunas ≥126 mg/dL, glucemia 2h PTOG ≥200 mg/dL o glucemia aleatoria ≥200 mg/dL con síntomas. Se requieren 2 pruebas alteradas para el diagnóstico (excepto síntomas + glucemia aleatoria).
2	VERDADERO o FALSO: El FINDRISC estima el riesgo de desarrollar DM2 en los próximos 10 años sin necesidad de exámenes de laboratorio, usando solo variables clínicas y antropométricas.	V/F	VERDADERO. El FINDRISC usa 8 variables: edad, IMC, circunferencia abdominal, actividad física, consumo de frutas/verduras, antecedente de hiperglucemia y familiares con DM. Puntaje ≥12 = riesgo moderado; ≥20 = riesgo muy alto, activando la ruta diagnóstica en la UPDT.
3	¿Cuáles son las metas terapéuticas estándar para paciente con DM2 sin complicaciones según GPC del MSPS? A) HbA1c <9%, PA <150/90 B) HbA1c <7%, PA <130/80, LDL <100 mg/dL C) HbA1c <8%, PA <140/90 D) HbA1c <6%, PA <120/70	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. HbA1c <7%, PA <130/80 mmHg y LDL <100 mg/dL son las metas estándar. Se individualizan: HbA1c <8% en adultos mayores frágiles o con hipoglucemias frecuentes.
4	Describa los criterios diagnósticos del Síndrome Metabólico (definición IDF/AHA armonizada) y su importancia en la estratificación del riesgo en la UPDT.	Abierta	Requiere 3 de 5 criterios: (1) Circunferencia abdominal aumentada (≥90 cm H / ≥80 cm M en colombianos); (2) TG ≥150 mg/dL o en tratamiento; (3) HDL bajo (<40H/<50M) o en tratamiento; (4) PA ≥130/85 mmHg o en tratamiento; (5) Glucemia ≥100 mg/dL o DM2. Su presencia multiplica el riesgo CV y de DM2, justificando manejo intensivo en la RIAS y articulación con cardiología en la UPDT.
5	¿Cuál es la prueba de primera línea para tamizaje de hipotiroidismo en adultos? A) T3 libre B) T4 libre C) TSH D) Anticuerpos anti-TPO	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La TSH es el marcador más sensible para disfunción tiroidea primaria. Si está alterada, se complementa con T4 libre. Los anti-TPO confirman tiroiditis de Hashimoto como etiología.
6	VERDADERO o FALSO: Mediante MIPRES el médico puede prescribir tecnologías No PBS como insulinas análogas, y la EPS no puede negar el acceso si existe prescripción médica debidamente justificada.	V/F	VERDADERO. MIPRES permite prescribir tecnologías No PBS. La EPS tiene obligación de gestionar su entrega. El médico debe documentar la justificación clínica en la historia clínica.

7	¿Cuál es la herramienta clínica validada de primera línea para tamización de neuropatía periférica diabética? A) Electromiografía B) Monofilamento de Semmes-Weinstein 10 g + diapasón 128 Hz C) Resonancia magnética de extremidades D) Biopsia de piel	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El monofilamento detecta pérdida de sensibilidad protectora (pie de riesgo) y el diapasón evalúa sensibilidad vibratoria. Son de bajo costo, alta sensibilidad, aplicables en la consulta de la UPDT sin equipos especiales.
8	Explique la diferencia entre glucosa en ayunas alterada (GAA) e intolerancia a la glucosa (ITG) y la intervención recomendada para cada una en la RIAS.	Abierta	GAA: glucemia 100-125 mg/dL en ayunas; refleja resistencia hepática. ITG: glucemia 140-199 mg/dL a las 2h en PTOG; refleja resistencia periférica. Ambas son prediabetes con progresión a DM2 del 5-10%/año. Intervención: cambios en estilos de vida (actividad física ≥150 min/sem, pérdida del 5-7% del peso). En GAA+ITG con factores adicionales considerar metformina. Seguimiento anual con PTOG o HbA1c.
9	¿Cuál de las complicaciones de la DM2 es MICROVASCULAR? A) Cardiopatía isquémica B) Accidente cerebrovascular C) Retinopatía diabética D) Enfermedad arterial periférica	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La retinopatía es complicación MICROVASCULAR (junto con nefropatía y neuropatía). Las macrovasculares son: cardiopatía isquémica, ACV y enfermedad arterial periférica.
10	VERDADERO o FALSO: La historia clínica es un documento de carácter obligatorio, confidencial e intransferible que debe diligenciarse en cada contacto asistencial según la normativa colombiana.	V/F	VERDADERO. Establecido en la Resolución 1995/1999 y ratificado en la Resolución 3100/2019. Es obligatoria, confidencial, intransferible, propiedad de la IPS. El paciente tiene derecho de acceso. Su omisión puede generar glosas y sanciones disciplinarias.

GERIATRA

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	GERIATRA
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialización en geriatría. RETHUS vigente. BLS/ACLS vigente.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018; GPC MSPS/IETS.
Formación continua exigible	BLS/ACLS vigente; Seguridad del paciente; GPC actualizadas en síndromes geriátricos.
Formación continua deseable	Subespecializaciones geriátricas; Investigación clínica; Humanización.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Valoración geriátrica comprensiva (VGC): dominios funcional, cognitivo, afectivo y social.
2.	Diagnóstico y tratamiento de síndromes geriátricos (fragilidad, caídas, delirium, sarcopenia, polifarmacia).
3.	Diligenciamiento de historia clínica y evolución conforme a normativa.
4.	Formulación de órdenes médicas con revisión de polifarmacia (Criterios Beers/STOPP-START).
5.	Seguimiento clínico y ajuste terapéutico individualizado.
6.	Interconsulta y remisión oportuna a otras especialidades de la UPDT.
7.	Aplicación de escalas validadas: Morse, Braden, Yesavage, Barthel, MoCA.
8.	Notificación al SIVIGILA de maltrato al adulto mayor.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué instrumento se utiliza para valorar el riesgo de caídas en el adulto mayor? A) Escala de Braden B) Escala de Morse C) Escala de Barthel D) MMSE	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Escala de Morse es el estándar para riesgo de caídas. La Braden evalúa úlceras por presión; el Barthel, independencia funcional; el MMSE, estado cognitivo.
2	VERDADERO o FALSO: La Resolución 3280 de 2018 incluye acciones específicas para el adulto mayor dentro de la ruta de mantenimiento de la salud, como la valoración geriátrica comprensiva.	V/F	VERDADERO. La Res. 3280/2018 incluye para adultos mayores (≥60 años): valoración geriátrica comprensiva, tamización de deterioro cognitivo, riesgo de caídas y dependencia funcional, como parte de la gestión del riesgo en la RIAS.
3	¿Cuál de los siguientes NO es un síndrome geriátrico? A) Sarcopenia B) Delirium C) Polifarmacia D) Apendicitis aguda	Opción múltiple	Respuesta correcta: D. La apendicitis es una urgencia quirúrgica, no un síndrome geriátrico. Los síndromes geriátricos son condiciones multifactoriales propias del envejecimiento: caídas, delirium, sarcopenia, polifarmacia, úlceras por presión, incontinencia, deterioro cognitivo, depresión.
4	Describa los cuatro dominios de la Valoración Geriátrica Comprensiva y su importancia en la UPDT.	Abierta	Los 4 dominios son: (1) Funcional: Barthel (ABVD), Lawton-Brody (AIVD); (2) Cognitivo: MMSE, MoCA o Test del Reloj; (3) Afectivo: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15); (4) Social: red de apoyo, condiciones habitacionales, cuidador. En la UPDT permite identificar adultos mayores con mayor vulnerabilidad ante diagnóstico oncológico o cardiovascular y orientar tratamientos individualizados.
5	¿Cuántos criterios de Fried debe cumplir un paciente para ser clasificado como FRÁGIL? A) 1 criterio B) 2 criterios C) 3 o más criterios D) Los 5 criterios	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. 3 o más de los 5 criterios = frágil; 1-2 = prefragilidad; 0 = robusto. Criterios: pérdida involuntaria de peso (≥4.5 kg/año), agotamiento autorreportado, fuerza de prensión baja, lentitud en la marcha (<0.8 m/s) y baja actividad física.
6	VERDADERO o FALSO: El delirium hipoactivo es la forma más frecuente en adultos mayores y paradójicamente la más subdiagnosticada.	V/F	VERDADERO. El delirium hipoactivo (somnolencia, letargia, retraimiento) es más frecuente que el hiperactivo y más difícil de identificar. La herramienta CAM permite su detección en todos los subtipos, incluyendo el mixto.
7	¿Cuál es el instrumento de tamización de deterioro cognitivo recomendado en la RIAS para adultos mayores? A) Solo el MMSE B) Solo el MoCA C) Cualquiera validado según disponibilidad y entrenamiento del equipo D) Solo el Test del Reloj	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La RIAS no impone un único instrumento. Se recomienda el MoCA como primera opción por mayor sensibilidad para deterioro cognitivo leve. El MMSE y el Test del Reloj son alternativas válidas según disponibilidad en la UPDT.

8	Explique el concepto de prescripción inapropiada en el adulto mayor y mencione dos herramientas para identificarla.	Abierta	Prescripción inapropiada: uso de medicamentos cuyo riesgo supera el beneficio en adultos ≥65 años, u omisión de medicamentos necesarios. Herramientas: (1) Criterios de Beers (AHA): lista de medicamentos inapropiados (BZD, antihistamínicos 1a generación, AINEs crónicos, hipnóticos); (2) STOPP/START: identifica medicamentos a suspender (STOPP) y medicamentos que deben iniciarse y frecuentemente se omiten (START). Ambas son aplicables en la UPDT.
9	¿Cuál es la definición más aceptada de polifarmacia en el adulto mayor? A) Más de 2 medicamentos simultáneos B) 5 o más medicamentos de forma crónica y simultánea C) Cualquier medicamento sin prescripción D) Más de 10 medicamentos en el último mes	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Polifarmacia: 5 o más medicamentos crónicos simultáneos. Polifarmacia excesiva: más de 10. Aumenta riesgo de interacciones, efectos adversos, caídas y hospitalización.
10	VERDADERO o FALSO: El maltrato al adulto mayor es un evento de notificación obligatoria al SIVIGILA y requiere activar las rutas de protección institucionales.	V/F	VERDADERO. El maltrato al adulto mayor es evento de notificación obligatoria al SIVIGILA. El geriatra debe activar las rutas de protección: ICBF, personería municipal, comisaría de familia según el tipo de maltrato. En la UPDT esto involucra también al trabajador social.

MÉDICO FAMILIAR

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	MÉDICO FAMILIAR
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialización en medicina familiar. RETHUS vigente. BLS/ACLS vigente.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018.
Formación continua exigible	BLS/ACLS vigente; Seguridad del paciente; RIAS oncológica y cardiovascular.
Formación continua deseable	Investigación clínica; Humanización.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Valoración integral del paciente con enfoque biopsicosocial y familiar.
2.	Implementación de intervenciones de las RIAS en el contexto familiar y comunitario.
3.	Solicitud de tamizajes RIAS: ADN-VPH, mamografía, FIT/SOH, PSA según criterios.
4.	Seguimiento a pacientes con riesgo cardiovascular y oncológico en todos los ciclos de vida.
5.	Articulación con Equipos Básicos de Atención (EBS) para la ruta extramural.
6.	Educación en salud al paciente y su familia; uso del genograma clínico.
7.	Interconsulta y remisión oportuna a especialistas de la UPDT.
8.	Coordinación con el GRO ante hallazgos sospechosos de patología oncológica.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué distingue al médico de familia en el contexto del SGSSS colombiano? A) Solo atiende pacientes pediátricos B) Es exclusivo de hospitales de tercer nivel C) Tiene posgrado en medicina familiar y realiza atención integral centrada en la persona, la familia y la comunidad con continuidad de la atención D) No puede ordenar exámenes de laboratorio	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. El médico de familia tiene formación posgradual y su enfoque incluye: atención integral y longitudinal, abordaje biopsicosocial, manejo de enfermedades crónicas, prevención, articulación con determinantes sociales y coordinación con equipos de APS.
2	VERDADERO o FALSO: La prueba de ADN-VPH puede ser solicitada directamente por el médico familiar en mujeres de 30 a 65 años sin necesidad de remisión previa al ginecólogo.	V/F	VERDADERO. La Res. 3280/2018 adopta la prueba de ADN-VPH como tecnología de primera línea para tamización desde el primer nivel de atención. Periodicidad: cada 5 años si la prueba es negativa.
3	¿Cuál es el instrumento estandarizado para evaluar la dinámica familiar en medicina familiar? A) Escala de Zarit B) APGAR familiar C) Escala de Holmes-Rahe D) Escala de Engel	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El APGAR familiar evalúa: Adaptabilidad, Participación, Gradiente de recursos, Afecto y Recursos. Puntaje 0-3 = disfunción grave; 4-6 = moderada; 7-10 = funcional. Es el instrumento más usado en APS para evaluar funcionalidad familiar.
4	Describa el modelo biopsicosocial aplicado a un paciente con sospecha de cáncer de colon en la UPDT.	Abierta	(1) Biológico: síntomas de alarma (cambio en hábito intestinal, rectorragia, pérdida de peso >10%), antecedentes familiares de CCR, solicitud de FIT/SOH y derivación a gastroenterología según protocolo; (2) Psicológico: valorar ansiedad ante sospecha diagnóstica, articulación con psicólogo de la UPDT para comunicación de malas noticias; (3) Social: barreras de acceso (laboral, económica, cultural), coordinación con trabajo social y GRO para garantizar continuidad de la ruta oncológica.
5	¿Qué es el genograma y cuál es su utilidad en la UPDT? A) Un tipo de imagen genética diagnóstica B) Un mapa visual de la estructura y dinámica familiar que identifica patrones de enfermedad hereditaria y relaciones entre generaciones C) Un instrumento de tamización de riesgo CV D) Un formulario de autorización de procedimientos	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El genograma representa 3 o más generaciones, identifica enfermedades oncológicas y cardiovasculares con patrón familiar, y determinantes sociales. En la UPDT es fundamental para la evaluación del riesgo oncológico hereditario.
6	VERDADERO o FALSO: La Ley 1751 de 2015 prohíbe condicionar la atención de urgencias al pago previo en cualquier IPS del país.	V/F	VERDADERO. La Ley Estatutaria de Salud (1751/2015) prohíbe expresamente condicionar la atención de urgencias al pago previo. La negación puede generar sanciones para la IPS y sus directivos.
7	¿Cuál es la periodicidad de la mamografía de tamización en mujeres de 50 a 69 años	Opción múltiple	Respuesta correcta: B.

	sin factores de riesgo elevados según la RIAS oncológica? A) Anual B) Cada 2 años C) Cada 3 años D) Solo ante síntomas		La Resolución 3280/2018 establece mamografía bilateral cada 2 años para mujeres de 50-69 años como tamización poblacional. Para 40-49 años la indicación es individualizada según riesgo.
8	Explique el concepto de medicina centrada en la persona (MCP) y cómo difiere del modelo centrado en la enfermedad en la UPDT.	Abierta	La MCP explora las ideas, miedos, expectativas y contexto del paciente más allá del diagnóstico. Sus 6 componentes: (1) entender la enfermedad y la experiencia del paciente; (2) comprender la persona integral; (3) terreno común en el plan de manejo; (4) prevención y promoción; (5) fortalecer la relación médico-paciente; (6) ser realista. En la UPDT mejora la adherencia a programas de detección temprana y la contención de la ansiedad ante sospecha oncológica.
9	¿Cuál de los siguientes elementos NO hace parte del derecho fundamental a la salud según la Ley 1751 de 2015? A) Oportunidad B) Continuidad C) Libre elección ilimitada de IPS de cualquier nivel D) Pertinencia	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La libre elección ilimitada no está garantizada por la ley. La Ley 1751/2015 garantiza disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La libre elección opera dentro de la red del asegurador y los niveles de complejidad.
10	VERDADERO o FALSO: El médico familiar de la UPDT puede activar directamente la ruta diagnóstica de cáncer gástrico (endoscopia urgente) ante síntomas de alarma como disfagia progresiva y pérdida de peso >10%.	V/F	VERDADERO. Los síntomas de alarma para cáncer gástrico son indicación de endoscopia urgente. El médico familiar puede derivar directamente al gastroenterólogo de la UPDT y activar el GRO para trazabilidad, sin remisión externa previa.

MÉDICO INTERNISTA

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	MÉDICO INTERNISTA
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista | Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialización en medicina interna. RETHUS vigente. ACLS vigente. Manejo de enfermedades crónicas y GPC para HTA y DM2.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; GPC para HTA y DM2 del MSPS.
Formación continua exigible	Manejo de enfermedades crónicas complejas; ACLS vigente; GPC de HTA y DM2.
Formación continua deseable	Atención integral al paciente crónico complejo; Seguridad del paciente.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Valoración integral del paciente adulto con enfermedades crónicas y complejas.
2.	Diagnóstico y tratamiento de HTA severa, DM2 con complicaciones y ERC.
3.	Formulación de órdenes médicas con uso adecuado de MIPRES.
4.	Seguimiento clínico y ajustes terapéuticos con monitoreo de metas RIAS.
5.	Interpretación de resultados diagnósticos complejos.
6.	Remisión oportuna a otras especialidades con criterio clínico documentado.
7.	Participación en juntas médicas interdisciplinarias.
8.	Notificación al SIVIGILA de eventos de interés en salud pública identificados en consulta.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación

1	¿Cuál es la clasificación de HTA según las guías ACC/AHA 2017 adoptadas en las GPC colombianas? A) Normal <130/80; Estadio 1: 130-139/80-89; Estadio 2: ≥140/90 B) Normal <120/80; Elevada 120-129/<80; Estadio 1: 130-139/80-89; Estadio 2: ≥140/90 C) Prehipertensión 120-139/80-89; Estadio 1: 140-159/90-99 D) Solo la clasificación OMS es válida en Colombia	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Normal: <120/80; Elevada: 120-129/<80; Estadio 1: 130-139/80-89; Estadio 2: ≥140/90. Esta clasificación redujo el umbral diagnóstico y es la referencia en las GPC del MSPS.
2	VERDADERO o FALSO: La ERC estadio ≥3a (TFG <60 mL/min) es un factor de riesgo cardiovascular mayor independiente que coloca al paciente en categoría de riesgo muy alto.	V/F	VERDADERO. La ERC ≥3a, junto con DM2, HTA o enfermedad aterosclerótica establecida, configura riesgo cardiovascular muy alto sin necesidad de calcular Framingham. Requiere manejo conjunto con internista, nefrólogo y cardiólogo en la UPDT.
3	¿Cuál es el fármaco de primera línea para HTA en pacientes con DM2 y microalbuminuria? A) Calcioantagonistas dihidropiridínicos B) Betabloqueadores C) IECA o ARA-II D) Diuréticos tiazídicos	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. Los IECA/ARA-II tienen efecto nefroprotector demostrado en DM2 con microalbuminuria. NO deben combinarse entre sí por riesgo de hiperpotasemia e insuficiencia renal aguda.
4	Describa el abordaje diagnóstico inicial de la sospecha de insuficiencia cardíaca con FE reducida (ICFEr) en la UPDT.	Abierta	(1) Historia clínica: disnea, ortopnea, edema, fatiga, antecedentes CV; (2) Examen físico: ingurgitación yugular, galope S3, crepitantes basales, edema con fóvea; (3) ECG; (4) Rx de tórax: cardiomegalia, congestión; (5) BNP o NT-proBNP: si elevado, alta probabilidad de IC; (6) Ecocardiograma: gold standard, confirma FE <40%. Con diagnóstico confirmado, se inicia tratamiento (IECA/ARNI, betabloqueador, ARM, SGLT2i) y se define derivación a cardiología.
5	¿Qué síndrome hiperglucémico se caracteriza por glucemia >600 mg/dL, osmolaridad >320 mOsm/kg y ausencia de cetoacidosis significativa? A) Cetoacidosis diabética B) Síndrome hiperosmolar hiperglucémico no cetósico (SHHC) C) Hipoglucemia severa D) Acidosis láctica	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El SHHC tiene alta mortalidad (10-50%), es más frecuente en adultos mayores con DM2. El tratamiento es restitución hídrica agresiva, corrección gradual de la glucemia y manejo de la causa desencadenante.
6	VERDADERO o FALSO: El médico internista puede solicitar una TAC de tórax de baja dosis (LDCT) para tamización de cáncer de pulmón en pacientes con tabaquismo pesado >50 años, activando la ruta oncológica con el INC.	V/F	VERDADERO. La LDCT está indicada en adultos de 50-80 años con ≥20 paquetes-año. Ante hallazgos sospechosos (Lung-RADS 3-4), el internista activa el GRO para gestionar la referencia al

			INC según el protocolo del Contrato HUSJDMI-INC.
7	¿Cuál es la combinación de antihipertensivos contraindicada por riesgo de hiperpotasemia e IRA? A) Amlodipino + hidroclorotiazida B) IECA + ARA-II combinados C) Betabloqueador + diurético tiazídico D) ARA-II + calcioantagonista	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El doble bloqueo del SRAA (IECA + ARA-II simultáneos) duplica el riesgo de hiperpotasemia e IRA sin ofrecer beneficio adicional. Está contraindicado por todas las guías internacionales actuales.
8	¿Qué es la huella de seguimiento del paciente crónico y cómo se implementa en la UPDT?	Abierta	La huella de seguimiento es el registro longitudinal del estado de salud: metas terapéuticas alcanzadas, adherencia, complicaciones, hospitalizaciones. En la UPDT se implementa mediante: (1) historia clínica electrónica con módulos de cohortes; (2) indicadores mensuales a la EPS; (3) alertas para pacientes que no acuden a control; (4) coordinación entre internista, enfermería y Gestor de Riesgo.
9	¿Cuál es la meta de LDL en paciente con riesgo CV muy alto (DM2 + enfermedad coronaria)? A) <130 mg/dL B) <100 mg/dL C) <70 mg/dL D) <55 mg/dL	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. En muy alto riesgo CV con DM2 + enfermedad aterosclerótica establecida, la meta es LDL <70 mg/dL según GPC colombianas. Las guías europeas 2019 proponen <55 mg/dL para los de riesgo extremadamente alto.
10	VERDADERO o FALSO: La sífilis activa es un evento de notificación obligatoria al SIVIGILA independientemente del grupo de edad del paciente.	V/F	VERDADERO. La sífilis (adquirida y congénita) es evento de notificación obligatoria al SIVIGILA según el Decreto 3518/2006. El incumplimiento puede generar sanciones disciplinarias para el profesional y la institución.

MÉDICO GENERAL

Primer Piso Torre Central Profesional Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	MÉDICO GENERAL
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Profesional Intramural
Cantidad requerida	2
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico general titulado con tarjeta profesional. RETHUS vigente. BLS vigente (menor a 2 años). Esquema de vacunación completo. Experiencia deseable en APS.
Fundamento normativo	Resolución 3280 de 2018; Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016; Ley 1164 de 2007.
Formación continua exigible	BLS vigente; Atención a víctimas de violencia sexual; Inducción en RIAS cardiovascular y oncológica.
Formación continua deseable	Seguridad del paciente; Humanización; Gestión del riesgo; Manejo de residuos; SIVIGILA.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Consulta médica general intramural con valoración integral biopsicosocial.
2.	Diagnóstico y tratamiento según GPC del MSPS.
3.	Aplicar la Escala de Framingham y el FINDRISC para tamización de riesgo CV y metabólico.
4.	Solicitar tamizajes RIAS: ADN-VPH, mamografía, FIT/SOH, PSA según criterios.
5.	Ingresar pacientes al programa de manejo integral de HTA y DM2.
6.	Notificación obligatoria de eventos de interés en salud pública al SIVIGILA.
7.	Reportar indicadores de la RIAS cardiovascular a la EPS contratante.
8.	Identificar y activar rutas de atención ante síntomas de alarma oncológicos.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es la prueba de primera línea para tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 65 años según la Resolución 3280 de 2018? A) Citología convencional (PAP) B) Colposcopia C) Prueba de ADN-VPH de alto riesgo D) Biopsia cervical dirigida	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La Res. 3280/2018 adopta la prueba de ADN-VPH como tecnología de primera línea para mujeres de 30-65 años (cada 5 años si negativa). En mujeres de 21-29 años se mantiene la citología convencional cada 3 años.
2	VERDADERO o FALSO: El FINDRISC debe aplicarse de forma sistemática a toda persona mayor de 18 años durante la consulta de medicina general, independientemente de la presencia o no de síntomas de diabetes.	V/F	VERDADERO. El FINDRISC es una herramienta de tamización poblacional. Puntaje ≥12 activa la solicitud de glicemia en ayunas o HbA1c. Puntaje ≥20 requiere derivación prioritaria a endocrinología de la UPDT.
3	¿Cuál es el tiempo máximo para asignar cita de medicina general según la Resolución 1552 de 2013? A) 1 día hábil B) 3 días hábiles C) 5 días hábiles D) 15 días hábiles	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. 3 días hábiles es el tiempo máximo entre la solicitud y la asignación de cita. Es monitoreado por la Superintendencia Nacional de Salud y debe ser reportado por la UPDT en los indicadores de calidad.
4	Describa el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en el primer nivel según la Resolución 459 de 2012.	Abierta	(1) Atención en crisis: entorno seguro y privado; (2) Valoración médica integral en primeras 72 horas; (3) Toma de muestras forenses con cadena de custodia; (4) Profilaxis post-exposición: ARV si ≤72h, antibióticos para ITS, anticoncepción de emergencia si aplica; (5) Vacunas: hepatitis B, tétanos; (6) Notificación SIVIGILA (código 875, obligatoria); (7) Orientación sobre denuncia a la Fiscalía (el paciente decide); (8) Remisión a salud mental y trabajo social; (9) Seguimiento a 2, 6 semanas y 3 meses.
5	En la Escala de Framingham validada para Colombia, ¿qué porcentaje de riesgo a 10 años corresponde a la categoría ALTO? A) <10% B) Entre 10% y 15% C) Entre 20% y 30% D) >30%	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La clasificación es: Bajo <10%; Moderado 10-20%; Alto 20-30%; Muy alto >30%. El riesgo alto implica manejo farmacológico activo y derivación prioritaria a cardiología en la UPDT.
6	VERDADERO o FALSO: El médico general puede iniciar metformina en pacientes con prediabetes de alto riesgo (GAA + ITG + factores adicionales) sin necesidad de remisión al endocrinólogo.	V/F	VERDADERO. Si no se logran metas con cambios en estilos de vida tras 3-6 meses, el médico general puede iniciar metformina 500-850 mg/día según las GPC del MSPS. La remisión al endocrinólogo se reserva para DM2 establecida de difícil control.

7	¿Cuáles son los síntomas de alarma (red flags) para cáncer gástrico que obligan derivación urgente para endoscopia? A) Pirosis ocasional sin pérdida de peso B) Disfagia progresiva, pérdida de peso involuntaria >10%, sangrado digestivo alto, anemia ferropénica sin causa aparente C) Distensión abdominal postprandial aislada D) Náuseas matutinas en mujer en edad fértil	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los red flags para cáncer gástrico requieren endoscopia diagnóstica urgente. En la UPDT se activa el GRO para trazabilidad de la ruta oncológica con el INC.
8	¿Cuál es el procedimiento correcto para notificar un caso probable de sarampión al SIVIGILA desde la UPDT?	Abierta	Sarampión = notificación inmediata (≤24h): (1) Identificar caso probable: fiebre + exantema maculopapular + tos/rinitis/conjuntivitis; (2) Aislar al paciente (precauciones aéreas); (3) Tomar muestra de suero para IgM sarampión y hisopado nasofaríngeo para PCR; (4) Llenar ficha 810 al SIVIGILA municipal en ≤24h; (5) Notificar al referente de ETV de la Secretaría de Salud; (6) Iniciar investigación de contactos; (7) Reportar al Coordinador Médico de la UPDT.
9	¿Qué hallazgo en el tacto rectal motiva derivación urgente al urólogo de la UPDT? A) Próstata aumentada, simétrica y blanda B) Próstata de consistencia pétrea, asimétrica o con nódulos duros C) PSA de 2.5 ng/mL en hombre de 55 años asintomático D) Síntomas urinarios obstructivos leves (IPSS <8)	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La consistencia pétrea, asimetría o nódulos duros son sugestivos de carcinoma prostático INDEPENDIENTEMENTE del PSA. La derivación urgente al urólogo de la UPDT es obligatoria para biopsia transperineal según el protocolo con el INC.
10	VERDADERO o FALSO: Los RIPS generados en la UPDT deben transmitirse a las EPS conforme a la Resolución 2275 de 2023 que actualizó los estándares técnicos en Colombia.	V/F	VERDADERO. La Resolución 2275/2023 actualizó los estándares de generación, reporte y transmisión de RIPS en formato XML. El incumplimiento puede generar glosas, no pago y sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

NUTRICIONISTA

Primer Piso Torre Central Profesional Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	NUTRICIONISTA
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Profesional Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Profesional en Nutrición y Dietética con título reconocido. RETHUS vigente. Experiencia en promoción de hábitos saludables o sector salud.
Fundamento normativo	Decreto 780 de 2016; Ley 1751 de 2015; Resolución 3100 de 2019; Resolución 3280 de 2018.
Formación continua exigible	Evaluación nutricional integral; RIAS cardiovascular y oncológica; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Atención a víctimas de violencia sexual; Nutrición oncológica básica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Valoración nutricional integral con herramientas validadas (NRS-2002, MUST, MNA).
2.	Diseñar e implementar planes de intervención nutricional individual y familiar.
3.	Desarrollar actividades de promoción de hábitos saludables en grupos de pacientes.
4.	Seguimiento nutricional a pacientes con HTA, DM2, obesidad y patología oncológica.
5.	Apoyar estrategias de prevención de malnutrición en niños, gestantes y adultos mayores.
6.	Participar en la caracterización familiar y comunitaria del territorio.
7.	Registrar intervenciones en historia clínica conforme a la Res. 2275/2023.
8.	Articular con el equipo interdisciplinario para planes integrales de cuidado.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: Responda cada pregunta según el tipo indicado. La columna derecha contiene la respuesta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es el IMC que define obesidad grado I en adultos según la OMS? A) 25-29.9 kg/m² B) 30-34.9 kg/m² C) 35-39.9 kg/m² D) ≥40 kg/m²	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Clasificación OMS: Bajo peso <18.5; Normal 18.5-24.9; Sobrepeso 25-29.9; Obesidad I 30-34.9; Obesidad II 35-39.9; Obesidad III ≥40 kg/m². Se complementa con circunferencia abdominal (≥90 cm H / ≥80 cm M en colombianos) para detectar obesidad central.
2	VERDADERO o FALSO: La Resolución 3280 de 2018 incluye la intervención nutricional como componente esencial del manejo integral del riesgo cardiovascular y metabólico.	V/F	VERDADERO. La Res. 3280/2018 establece la intervención nutricional junto con la actividad física y el apoyo psicológico como parte de las acciones de gestión del riesgo cardiovascular y metabólico. La nutricionista es miembro esencial del equipo interdisciplinario de la UPDT.
3	¿Cuál es la herramienta de tamización nutricional recomendada para pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas? A) Índice de Quetelet B) MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) C) Prueba de los 4 metros D) Escala de Bristol	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El MUST es la herramienta ESPEN para entornos ambulatorios. El NRS-2002 es el estándar para pacientes hospitalizados. El MNA es específico para adultos mayores. En la UPDT, el MUST identifica rápidamente pacientes en riesgo nutricional durante la consulta.
4	Describa los componentes de una valoración nutricional integral para un paciente con cáncer de colon recién diagnosticado en la UPDT.	Abierta	(1) Anamnesis: ingesta habitual, cambios en apetito, intolerancias; (2) Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura y pantorrilla; (3) Bioquímica: albúmina, prealbúmina, PCR, Hb, glucemia, perfil lipídico; (4) Evaluación clínica: síntomas GI (náuseas, diarrea, obstrucción, sangrado); (5) Herramienta de riesgo: MUST o NRS-2002; (6) Pérdida de peso involuntaria: >5% en 1 mes o >10% en 6 meses = riesgo alto; (7) Evaluación funcional. Con base en esto se define la intervención y posible soporte nutricional especializado.
5	¿Cuántos gramos de fibra dietaria diaria se recomiendan para reducir el riesgo de cáncer colorrectal? A) 10 g/día B) 15 g/día C) 25-30 g/día D) 50 g/día	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. Las guías OMS, WCRF y AICR recomiendan 25-30 g/día de fibra dietaria para reducir el riesgo de cáncer colorrectal, cardiovascular y DM2. Esta recomendación forma parte del plan educativo de la nutricionista en la UPDT.
6	VERDADERO o FALSO: La dieta DASH ha demostrado reducir la presión arterial sistólica entre 8-14 mmHg y es recomendada como intervención no farmacológica de primera línea en HTA.	V/F	VERDADERO. La dieta DASH (rica en frutas, verduras, lácteos bajos en grasa; baja en grasas saturadas y sodio ≤1.500 mg/día) reduce la PAS 8-14 mmHg y está incluida en el plan de acción de la RIAS cardiovascular como intervención de primera línea.

7	¿Qué es la caquexia cancerosa y cómo difiere de la desnutrición convencional? Mencione implicaciones para la intervención nutricional.	Abierta	La caquexia cancerosa es un síndrome metabólico complejo con pérdida de masa muscular, inflamación sistémica crónica (IL-6, TNF-α) y resistencia a la intervención nutricional convencional. Difiere de la desnutrición simple en que el aumento calórico por sí solo NO revierte la pérdida muscular. La intervención requiere: aporte proteico elevado (1.2-2 g/kg/día), omega-3 EPA (2-3 g/día para reducir inflamación), calorías individualizadas y articulación con oncología para el control del tumor subyacente.
8	¿Qué medida antropométrica complementa el IMC para evaluar el riesgo metabólico por obesidad central? A) Circunferencia de la muñeca B) Circunferencia abdominal (cintura) C) Perímetro cefálico D) Longitud del pie	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La circunferencia abdominal evalúa la obesidad central. En colombianos (criterio IDF): riesgo aumentado con cintura ≥90 cm en hombres y ≥80 cm en mujeres. Se complementa con el IMC para evaluación integral del riesgo cardiometabólico en todos los pacientes de la UPDT.
9	¿Qué modelo de alimentación tiene mayor evidencia en la reducción del riesgo cardiovascular y de cáncer? A) Dieta cetogénica B) Dieta mediterránea C) Dieta paleo D) Ayuno intermitente	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La dieta mediterránea (aceite de oliva, pescado, legumbres, frutos secos, frutas, verduras, cereales integrales; baja en carnes procesadas) tiene la mayor evidencia en reducción del riesgo cardiovascular (estudio PREDIMED) y se asocia a menor incidencia de cáncer colorrectal, de mama y gástrico.
10	VERDADERO o FALSO: Los omega-3 (EPA + DHA) a dosis de ≥4 g/día han demostrado reducir los triglicéridos en un 30-50% y tienen evidencia de beneficio cardiovascular en pacientes con hipertrigliceridemia severa.	V/F	VERDADERO. El estudio REDUCE-IT con icosapentaenoico puro (4 g/día) demostró reducción del 25% en eventos cardiovasculares mayores en pacientes con hipertrigliceridemia moderada y alto riesgo CV. La nutricionista de la UPDT orienta sobre fuentes dietarias y suplementación cuando está indicada.

BANCO DE PREGUNTAS UPDT HUSJDMI

PARTE 2 DE 4 Psicólogo • Coordinador Administrativo • Coordinador Médico Auditor de Cuentas Médicas • Responsable de Calidad • Gestor de Riesgo

PSICÓLOGO

Primer Piso Torre Central Profesional Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	PSICÓLOGO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Profesional Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Psicólogo titulado con tarjeta profesional. RETHUS vigente. Formación acreditable en psico-oncología o salud mental en enfermedades crónicas.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico del Psicólogo); Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018.
Formación continua exigible	Primeros Auxilios Psicológicos (PAP); Atención a víctimas de violencia sexual; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Humanización; Gestión del riesgo; Psico-oncología avanzada.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Evaluación psicológica de pacientes con diagnóstico oncológico o cardiovascular.
2.	Brindar Primeros Auxilios Psicológicos en comunicación de diagnóstico oncológico (protocolo SPIKES).
3.	Acompañar al paciente en fases de espera de resultados de biopsia y en el proceso diagnóstico.
4.	Identificar y manejar síntomas de duelo anticipatorio, TEPT y depresión mayor en pacientes oncológicos.
5.	Desarrollar grupos de apoyo psicológico para pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares.
6.	Intervención en casos de riesgo social: violencia, consumo de SPA, pobreza extrema.
7.	Elaboración de planes de intervención individual y familiar.
8.	Articular con el GRO y el equipo interdisciplinario para el seguimiento psicológico de cohortes.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y en qué se diferencian de la psicoterapia? A) Son una forma de hipnosis usada en urgencias B) Son una intervención breve orientada a proveer apoyo, reducir la angustia aguda y conectar con recursos de ayuda en las primeras horas tras una crisis; no implican diagnóstico ni tratamiento psicológico C) Son equivalentes a la terapia cognitivo-conductual de urgencia D) Son un diagnóstico psiquiátrico de crisis aguda	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los PAP son una intervención de primera respuesta psicosocial (no terapia) que busca: (1) proveer seguridad y comodidad; (2) calmar y orientar; (3) conectar con apoyos sociales y recursos. Se aplican en las primeras horas/días tras el impacto (ej. comunicación de diagnóstico oncológico en la UPDT).
2	VERDADERO o FALSO: Según la Ley 1090 de 2006, el psicólogo tiene el deber de mantener la confidencialidad excepto cuando exista riesgo grave e inminente para la vida del propio paciente u otras personas.	V/F	VERDADERO. La Ley 1090/2006 (Código Deontológico del Psicólogo en Colombia) establece que la confidencialidad tiene excepciones cuando existe riesgo vital inminente para el paciente (suicidio) o terceros, o cuando la ley así lo ordena.
3	¿Cuáles son las fases del modelo de duelo de Kübler-Ross aplicadas al proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer? A) Alerta - Resistencia - Agotamiento B) Negación - Ira - Negociación - Depresión - Aceptación C) Shock - Negación - Aceptación - Reconstrucción D) Trauma - Flashback - Disociación - Integración	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Las 5 fases de Kübler-Ross: Negación (incredulidad inicial), Ira (rabia ante la pérdida), Negociación (búsqueda de alternativas), Depresión (tristeza profunda) y Aceptación (integración del diagnóstico). No siempre ocurren en este orden y pueden coexistir.
4	Describa el protocolo de intervención psicológica en la comunicación de un diagnóstico confirmado de cáncer en la UPDT del HUSJDMI.	Abierta	(1) Pre-comunicación: el psicólogo es notificado por el GRO o el médico con ≥24h de anticipación; se identifica la red de apoyo del paciente; (2) Comunicación: ambiente privado y cómodo; presencia del médico + psicólogo; uso del protocolo SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy); (3) Post-comunicación inmediata: PAP por el psicólogo; evaluación del estado emocional; (4) Seguimiento: mínimo 6 sesiones programadas; evaluación de TEPT, duelo anticipatorio, ideación suicida; (5) Articulación con cuidados paliativos y trabajo social si hay vulnerabilidad.
5	¿Cuál es el instrumento más validado para tamización de ansiedad y depresión en	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El HADS es el instrumento más utilizado en pacientes oncológicos por su brevedad (14

	pacientes oncológicos en contexto latinoamericano? A) MMPI-2 B) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) C) Beck Depression Inventory (BDI) D) SCID-I		ítems), diseño orientado a población médicamente enferma y validación en español latinoamericano. Evalúa ansiedad y depresión por separado.
6	VERDADERO o FALSO: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede desarrollarse en pacientes oncológicos no solo por el diagnóstico sino también por las experiencias del tratamiento (quimioterapia, procedimientos invasivos).	V/F	VERDADERO. El TEPT en oncología puede ser desencadenado por el diagnóstico, el tratamiento agresivo, la hospitalización o los procedimientos dolorosos. Se estima que entre el 10-20% de los pacientes oncológicos desarrollan TEPT clínicamente significativo.
7	¿Qué intervención psicológica basada en evidencia está recomendada para el manejo del duelo anticipatorio en pacientes con cáncer avanzado? A) Psicoanálisis clásico B) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o Terapia Cognitivo-Conductual adaptada para el duelo C) Hipnosis clínica D) Análisis transaccional	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. ACT y TCC adaptada son las intervenciones con mayor evidencia en oncología. ACT ayuda al paciente a aceptar el proceso sin evitación experiencial; TCC trabaja distorsiones cognitivas y conductas de afrontamiento disfuncionales.
8	¿Cuál es la diferencia entre el duelo normal y el trastorno de duelo prolongado según los criterios del DSM-5 TR?	Abierta	Duelo normal: tristeza intensa, añoranza del ser querido, dificultad para aceptar la pérdida, durante semanas o meses con intensidad decreciente. Trastorno de Duelo Prolongado (DSM-5 TR, 2022): han transcurrido ≥12 meses desde la pérdida (≥6 meses en niños); persisten en la mayoría de los días: añoranza intensa, preocupación por el fallecido, pensamientos intrusivos; más 3 de 8 síntomas adicionales; causa deterioro funcional significativo. El tratamiento es la terapia de duelo complicado (Shear).
9	En la atención a víctimas de violencia sexual en la UPDT, ¿cuál es la función específica del psicólogo en las primeras 24 horas? A) Realizar informe pericial para el juzgado B) Brindar PAP, evaluar riesgo de suicidio y coordinar la red de apoyo inmediata, sin re-traumatizar con interrogación detallada del hecho C) Iniciar terapia de exposición prolongada D) Tomar declaración formal del hecho violento	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. En las primeras 24 horas el psicólogo brinda PAP: seguridad, apoyo emocional, información sobre el proceso, evaluación del riesgo suicida y articulación con la red de apoyo. La re-traumatización mediante interrogatorio detallado está contraindicada. El peritaje es función del psicólogo forense.
10	VERDADERO o FALSO: Los pacientes con cáncer de mama tienen 2-3 veces mayor riesgo de desarrollar depresión mayor que la población general, y la intervención psicológica temprana reduce la mortalidad y	V/F	VERDADERO. Estudios consistentes muestran mayor riesgo de depresión mayor en cáncer de mama. La depresión no tratada se asocia con mayor mortalidad, menor adherencia a la quimioterapia

	mejora la adherencia al tratamiento oncológico.		y peor calidad de vida. La intervención psicológica temprana reduce estos efectos adversos.

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Primer Piso Torre Central Administrativo Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Administrativo Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Profesional en administración, salud o áreas afines. Conocimiento en gestión de servicios de salud, talento humano y recursos físicos/financieros.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Decreto 1011 de 2006 (SOGCS); Decreto 1072 de 2015 (SG-SST); Estatuto Orgánico del Presupuesto.
Formación continua exigible	Sistema de calidad en salud (SOGCS); Seguridad del paciente; Gestión administrativa en salud.
Formación continua deseable	Auditoría en salud; Gestión del riesgo; SG-SST.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Coordinar los procesos administrativos de la UPDT.
2.	Supervisar el talento humano del área administrativa.
3.	Gestionar recursos físicos y financieros de la Unidad.
4.	Mantener actualizada la documentación del SOGCS (PAMEC, habilitación, indicadores).
5.	Verificar que el personal del INC cuente con RETHUS vigente antes del inicio de actividades.
6.	Apoyar el cumplimiento normativo institucional y contractual.
7.	Gestionar la agenda y los turnos del personal de la UPDT.
8.	Elaborar informes de gestión administrativos para el nivel directivo.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación

1	¿Cuáles son los cuatro componentes del SOGCS según el Decreto 1011 de 2006? A) Habilitación, Acreditación, PAMEC y Sistema de Información para la Calidad B) Habilitación, Auditoría, Certificación y Registro C) Autorización, Habilitación, Inspección y Vigilancia D) ISO 9001, Acreditación JCI, PAMEC y Registro REPS	Opción múltiple	Respuesta correcta: A. Los 4 componentes son: (1) Sistema Único de Habilitación; (2) PAMEC (Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad); (3) Sistema Único de Acreditación; (4) Sistema de Información para la Calidad. El Coordinador Administrativo debe conocerlos y apoyar su implementación en la UPDT.
2	VERDADERO o FALSO: La Resolución 3100 de 2019 establece las condiciones y estándares que deben cumplir las IPS para habilitarse, incluyendo criterios de talento humano, dotación, infraestructura, medicamentos e historias clínicas.	V/F	VERDADERO. La Resolución 3100/2019 derogó la Res. 2003/2014 y establece los procedimientos y condiciones del Sistema Único de Habilitación, aplicables a todos los servicios de la UPDT.
3	¿Qué documento presupuestal debe existir previo al inicio de la ejecución del Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC? A) Estudio de mercado B) Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) y Registro Presupuestal (RP) C) Acta de comité de contratación D) Concepto jurídico previo de la Procuraduría	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El CDP garantiza que existe el recurso apropiado y disponible; el RP afecta el presupuesto específicamente al contrato. Ambos son requisitos previos al inicio de ejecución según el Estatuto Orgánico del Presupuesto y el Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Sexta, Parágrafo Segundo).
4	Explique qué es el PAMEC y cómo se implementa en la UPDT del HUSJDMI.	Abierta	El PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad) es el componente del SOGCS que obliga a las IPS a autoevaluarse, compararse con estándares óptimos y generar planes de mejora. En la UPDT se implementa: (1) identificando prioridades de mejora (oportunidad, seguridad del paciente, satisfacción); (2) midiendo indicadores (tiempos de espera, registro de HCl, eventos adversos); (3) comparando con estándares esperados; (4) diseñando planes de acción; (5) evaluando el impacto de las mejoras. El Coordinador Administrativo colabora activamente con el Responsable de Calidad.
5	¿Cuál es la obligación del HUSJDMI en materia de SG-SST respecto al personal de la UPDT según el Decreto 1072 de 2015? A) El SG-SST solo aplica para personal de planta, no para contratistas B) Implementar el SG-SST garantizando identificación de peligros, evaluación de riesgos y controles para todo el personal que labore en las instalaciones, incluidos contratistas C) El SG-SST es opcional para IPS de menos de 50 empleados D) Solo requiere registro ante el Ministerio del Trabajo	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Decreto 1072/2015 (Decreto Único del Sector Trabajo) obliga a implementar el SG-SST para todo el personal, incluidos contratistas y visitantes. El Coordinador Administrativo apoya la implementación y el cumplimiento en la UPDT.
6	VERDADERO o FALSO: El Coordinador Administrativo de la UPDT tiene la obligación de verificar que el personal del INC que	V/F	VERDADERO. El Contrato HUSJDMI-INC establece que el HOSPITAL debe verificar que el personal del INC cuente con habilitación vigente en el

	preste servicios en la Unidad esté inscrito en el RETHUS antes del inicio de actividades.		REPS/RETHUS. El Coordinador Administrativo apoya esta verificación en coordinación con el Supervisor del contrato (Coordinador Médico).
7	¿Qué es un 'otrosí' en el contexto del Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC? A) Un informe mensual de gestión del contrato B) Una modificación formal y bilateral al contrato, debidamente motivada y firmada por los representantes legales de ambas partes C) Un acta de inicio del contrato D) Un concepto favorable de la auditoría interna	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El otrosí es una modificación formal al contrato que puede ampliar el plazo, modificar el objeto o el valor. Debe estar motivado y ser firmado por los representantes legales del HUSJDMI y del INC. En el contrato se usa para ajustar tarifas, plazos o el alcance de los servicios.
8	Describa los documentos mínimos que debe contener el expediente de un trabajador vinculado a la UPDT según las normas laborales y de habilitación vigentes.	Abierta	El expediente debe contener: (1) Hoja de vida con soportes de formación (diploma/acta de grado, especializaciones); (2) Documento de identidad; (3) Tarjeta o registro profesional vigente; (4) Inscripción en RETHUS (para personal de salud); (5) Certificados de experiencia; (6) Contrato o acto administrativo de vinculación; (7) Afiliaciones a seguridad social (EPS, AFP, ARL); (8) Certificados de formación continua exigible (BLS, ACLS, etc.); (9) Evaluaciones de desempeño; (10) Documentos de inducción y re-inducción firmados.
9	¿Qué es un 'indicador de oportunidad' en el contexto de los servicios de la UPDT? A) El tiempo que tarda el HOSPITAL en pagar las facturas del INC B) Un indicador que mide el tiempo transcurrido entre la solicitud o necesidad de atención y la prestación efectiva del servicio C) El porcentaje de ocupación de la UPDT D) El número de pacientes atendidos por día	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El indicador de oportunidad mide el tiempo entre la solicitud y la prestación efectiva. En el Contrato HUSJDMI-INC se definen: reporte preliminar de patología ≤5 días hábiles; informe de imágenes ≤3 días hábiles; teleconsulta ≤48 horas. El incumplimiento reiterado habilita descuentos proporcionales.
10	VERDADERO o FALSO: Las IPS están obligadas a reportar al Sistema de Información para la Calidad (SIC) los indicadores de calidad de los servicios habilitados, y la SuperSalud ejerce vigilancia sobre estos reportes.	V/F	VERDADERO. Las IPS deben reportar al SIC (Decreto 1011/2006) los indicadores de calidad. La Superintendencia Nacional de Salud puede iniciar procesos administrativos por incumplimiento de esta obligación.

COORDINADOR MÉDICO

Primer Piso Torre Central Médico Coordinador Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	COORDINADOR MÉDICO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Coordinador Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico titulado con registro profesional vigente. Experiencia en servicios de salud. Conocimiento en gestión de calidad, habilitación y supervisión de contratos.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Normas de ejercicio profesional médico; SOGCS; Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC.
Formación continua exigible	Seguridad del paciente; Habilitación de servicios (Res. 3100/2019); Auditoría médica.
Formación continua deseable	Gerencia en salud; Auditoría interna.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Coordinar la atención médica de la UPDT y supervisar la calidad clínica.
2.	Supervisar el cumplimiento de protocolos clínicos e indicadores de calidad.
3.	Apoyar el proceso de habilitación de servicios ante la SDS y gestionar actualizaciones del REPS.
4.	Presidir la Comisión de Vigilancia y Seguimiento del Contrato HUSJDMI-INC.
5.	Verificar el cumplimiento de indicadores de oportunidad del INC y aplicar descuentos proporcionales cuando proceda.
6.	Realizar auditoría médica previa al pago de facturas del INC.
7.	Controlar el ausentismo y el cumplimiento de agendas del personal del INC en la UPDT.
8.	Elaborar informes de seguimiento trimestrales para el nivel directivo del HUSJDMI.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es la función principal del Supervisor del Contrato HUSJDMI-INC según la Cláusula Octava? A) Firmar las facturas del INC sin revisión B) Verificar indicadores de oportunidad y calidad, realizar auditoría médica previa al pago, controlar el portafolio REPS y gestionar ajustes contractuales C) Representar al HOSPITAL en procesos judiciales D) Autorizar directamente los procedimientos médicos del INC	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato HUSJDMI-INC establece que el Supervisor del HOSPITAL: verifica indicadores, ejerce auditoría médica previa al pago, controla el portafolio REPS, supervisa el ausentismo del personal del INC, elabora informes trimestrales, preside la Comisión de Vigilancia y gestiona los otrosíes.
2	VERDADERO o FALSO: El Coordinador Médico puede autorizar unilateralmente la ampliación del portafolio de servicios habilitados de la UPDT ante la Secretaría Distrital de Salud.	V/F	FALSO. La actualización del portafolio ante la SDS requiere autoevaluación de condiciones mínimas, solicitud formal ante la SDS y visita de verificación. El Coordinador Médico lidera y coordina el proceso, pero la responsabilidad legal es institucional (Dirección del HUSJDMI).
3	¿Qué es un Evento Adverso (EA) en salud y cómo debe gestionarse en la UPDT? A) Cualquier queja de un paciente insatisfecho B) Un daño no intencional al paciente derivado de la atención sanitaria, no consecuencia de la enfermedad de base C) Una complicación esperada de un procedimiento médico D) Un error administrativo en la facturación	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El EA es un daño no intencional derivado de la atención. En la UPDT se gestiona mediante: reporte en el sistema institucional, análisis de causa raíz, plan de mejora y reporte al ente de vigilancia (Secretaría de Salud). El Coordinador Médico lidera este proceso.
4	¿Cuál es la diferencia entre una Guía de Práctica Clínica (GPC) y un protocolo institucional?	Abierta	Una GPC es un conjunto de recomendaciones basadas en evidencia científica, desarrolladas sistemáticamente para ayudar en la toma de decisiones clínicas (ej. GPC de HTA del MSPS). Un protocolo institucional es la adaptación local de la GPC a las condiciones específicas de la institución (disponibilidad de equipos, recursos humanos, características de la población). En la UPDT, los protocolos definen paso a paso cómo se aplican las GPC oncológicas del INC y las RIAS cardiovasculares en el contexto del HUSJDMI.
5	¿Qué acción debe tomar el Coordinador Médico si el INC no cumple por dos meses consecutivos el indicador de oportunidad de reportes de patología (>10 días hábiles)? A) Suspender el contrato unilateralmente B) Aplicar los descuentos proporcionales definidos en el Anexo de Indicadores de Calidad del Contrato, previa notificación escrita al INC C) Notificar directamente a la Secretaría Distrital de Salud D) Reemplazar al personal del INC por cuenta propia	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Tercera, Parágrafo Primero) establece que el incumplimiento reiterado (2+ meses consecutivos) habilita al HOSPITAL para aplicar descuentos proporcionales definidos en el Anexo de Indicadores de Calidad, previa notificación escrita al INC.

6	VERDADERO o FALSO: El médico que ejerce funciones de coordinación clínica responde civil, disciplinaria y penalmente por la calidad de los servicios prestados en su área.	V/F	VERDADERO. El médico coordinador responde profesionalmente por el ejercicio de sus funciones. La responsabilidad puede ser civil (daño al paciente), disciplinaria (Tribunal Ético Médico) y penal (lesiones personales, homicidio culposo) según la gravedad y la causalidad del daño.
7	¿Cuáles son las causales de terminación anticipada del Contrato HUSJDMI-INC que debe conocer el Coordinador Médico? A) Solo el vencimiento del plazo B) Mutuo acuerdo, incumplimiento grave, pérdida de habilitación del INC, decisión unilateral con aviso de 30 días, imposibilidad sobreviniente, razones de interés general y vencimiento del plazo C) Solo cuando el INC no pague a tiempo D) Exclusivamente por decisión judicial	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Décima Sexta) establece: (a) mutuo acuerdo; (b) incumplimiento grave con plazo de 10 días hábiles para subsanar; (c) pérdida o suspensión de habilitación del INC; (d) decisión unilateral con aviso de 30 días; (e) imposibilidad sobreviniente; (f) razones de interés general; (g) vencimiento del plazo sin prórroga.
8	Describa las funciones de la Comisión de Vigilancia y Seguimiento Contractual del Contrato HUSJDMI-INC.	Abierta	La Comisión (Cláusula Octava) está integrada por el Supervisor del HOSPITAL y el Supervisor del INC. Sus funciones son: (1) evaluar el desarrollo del contrato mensualmente; (2) velar por su normal ejecución; (3) resolver diferencias entre las partes; (4) revisar y aprobar indicadores de calidad y oportunidad; (5) analizar facturas y glosas; (6) promover ajustes mediante otrosíes; (7) elaborar actas de cada sesión. Es la primera instancia antes de acudir a mecanismos externos de resolución de conflictos.
9	¿Qué sistema de información debe implementarse en la UPDT para cumplir con la interoperabilidad del Contrato HUSJDMI-INC? A) Solo el sistema propio del HUSJDMI sin integración B) Un plan de interconectividad entre los sistemas del HUSJDMI y el INC, garantizando acceso del personal del INC a la historia clínica del HUSJDMI C) El sistema del INC reemplaza al del HUSJDMI D) Un sistema independiente sin conexión con ninguna de las partes	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato establece que el personal del INC operará con la historia clínica del HUSJDMI conforme al plan de interconectividad definido conjuntamente. El Coordinador Médico, con apoyo del Ingeniero de Sistemas, gestiona la implementación.
10	VERDADERO o FALSO: Las GPC oncológicas del INC adoptadas en la UPDT solo aplican para la etapa de prevención y detección temprana, sin implicar subordinación técnica general del HUSJDMI al INC.	V/F	VERDADERO. El Contrato HUSJDMI-INC establece expresamente (Cláusula Séptima) que el HOSPITAL adopta las GPC del INC exclusivamente para la etapa de prevención y detección temprana del cáncer en la UPDT, sin subordinación técnica general.

AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS

Primer Piso Torre Central Administrativo Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Administrativo Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Profesional en salud o administración con especialización en auditoría en salud. Formación en auditoría médica, glosas y normatividad en facturación de servicios de salud.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Resolución 2275 de 2023 (RIPS); Resolución 3047 de 2008 (glosas); Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC.
Formación continua exigible	Auditoría de cuentas médicas; Normatividad en salud; Gestión de glosas; RIPS.
Formación continua deseable	Calidad en salud; Pertinencia clínica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Auditar las cuentas médicas presentadas por el INC al HOSPITAL.
2.	Validar la pertinencia clínica de los servicios facturados conforme a GPC.
3.	Gestionar y responder glosas dentro de los plazos contractuales.
4.	Verificar que los RIPS cumplan con los estándares de la Resolución 2275 de 2023.
5.	Controlar que las facturas cumplan los requisitos de la Factura Electrónica de Venta (FEV).
6.	Elaborar informes de auditoría para el Coordinador Médico y Administrativo.
7.	Articular con el Responsable de Calidad para indicadores de pertinencia clínica.
8.	Apoyar la liquidación del contrato con soporte documental de las cuentas auditadas.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué es una 'glosa' en el contexto de la facturación de servicios de salud en Colombia? A) Un error tipográfico en la factura B) El no reconocimiento total o parcial de una cuenta por parte del pagador, con fundamento técnico, científico o administrativo C) Un descuento comercial negociado entre IPS y EPS D) Un cobro adicional por servicios no incluidos en el contrato	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La glosa es el no reconocimiento de una cuenta con justificación técnica, científica o administrativa. El prestador tiene derecho a responder con soportes. El proceso está regulado por la Resolución 3047 de 2008.
2	VERDADERO o FALSO: Según la Resolución 2275 de 2023, los RIPS deben incluir información de todos los servicios prestados (procedimientos, consultas, medicamentos, hospitalizaciones) en formato XML estructurado.	V/F	VERDADERO. La Resolución 2275/2023 exige reporte en formato XML con información completa de cada atención: datos del paciente, diagnósticos CIE-10, procedimientos CUPS, medicamentos y proveedor. El incumplimiento genera glosas y no pago.
3	¿Cuál es el plazo máximo para que el HOSPITAL responda la radicación de factura del INC según el Contrato HUSJDMI-INC? A) 5 días hábiles para auditoría, 10 para aceptación B) 10 días hábiles para auditoría médica y 15 días hábiles para aceptación expresa o glosa motivada desde la radicación C) 30 días calendario para todo el proceso D) No hay plazo definido en el contrato	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato (Cláusula Quinta) establece: (1) auditoría médica previa: máximo 10 días hábiles desde la radicación; (2) aceptación expresa o glosa motivada: máximo 15 días hábiles; (3) pago efectivo: máximo 30 días hábiles desde la aceptación.
4	¿Qué información mínima debe contener una glosa motivada según la Resolución 3047 de 2008?	Abierta	Una glosa motivada debe contener: (1) identificación del prestador y del pagador; (2) número y fecha de la factura glosada; (3) identificación del usuario y la atención glosada; (4) código del procedimiento/servicio glosado (CUPS); (5) valor glosado; (6) causal de la glosa con descripción específica (ej. 'no pertinencia clínica: procedimiento no indicado según GPC'; 'sin soporte documental'); (7) soportes de la glosa si los hay. La glosa genérica sin motivación específica no es válida.
5	¿Cuál es la consecuencia del silencio del INC ante una glosa del HOSPITAL dentro del plazo contractual? A) La glosa queda pendiente indefinidamente B) Se entiende como aceptación tácita de la glosa C) El HOSPITAL debe retirar la glosa automáticamente D) Se activa el mecanismo de arbitraje	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Quinta, Parágrafo Segundo) establece que el silencio del INC ante una glosa dentro del plazo de respuesta se entenderá como aceptación tácita de la misma.
6	VERDADERO o FALSO: El auditor puede glosar servicios que no cuenten con los RIPS requeridos por la normativa vigente,	V/F	VERDADERO. El Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Quinta, Parágrafo Segundo) establece expresamente que el HOSPITAL puede glosar los servicios sin

	aun cuando el servicio haya sido efectivamente prestado.		los soportes documentales requeridos, incluidos los RIPS.
7	¿Qué significa 'pertinencia clínica' en el contexto de la auditoría médica de cuentas? A) Que el procedimiento fue realizado por un médico especialista B) Que el servicio o procedimiento estaba indicado, era necesario y adecuado para la condición clínica del paciente según la evidencia científica y las GPC C) Que el valor cobrado es acorde al manual tarifario D) Que el paciente firmó el consentimiento informado	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La pertinencia clínica evalúa si el servicio era indicado (existía indicación clínica), necesario (no había alternativa más eficiente) y adecuado según la lex artis médica y las GPC. Es la base técnica más frecuente de glosas en auditoría médica.
8	Explique la diferencia entre 'glosa', 'devolución' y 'no pago' en el proceso de auditoría de cuentas médicas.	Abierta	Glosa: cuestionamiento específico de uno o varios ítems de la factura por causal técnica, científica o administrativa; la factura puede pagarse parcialmente mientras se resuelve la glosa. Devolución: regreso de toda la factura al prestador porque está incompleta documentalmente (faltan RIPS, firma, etc.); el prestador subsana y radica nuevamente. No pago: rechazo definitivo de una cuenta o ítem luego de agotado el proceso glosa-respuesta-contraglosa. El no pago injustificado puede dar lugar a acciones judiciales del prestador.
9	¿Cuál es el manual tarifario aplicable a los servicios del INC al HOSPITAL según el Contrato HUSJDMI-INC? A) SOAT 2024 B) Manual tarifario del HUSJDMI con prelación, o ISS 2001 + porcentaje negociado bilateral C) Tarifas de Medicina Prepagada D) Manual único de tarifas de la Secretaría Distrital de Salud	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato establece prelación del manual tarifario propio del HUSJDMI; en su defecto, ISS 2001 más el porcentaje negociado bilateral. Los CUPS y valores específicos quedan en el Anexo Técnico de Servicios y Tarifas.
10	VERDADERO o FALSO: La FEV del INC debe radicarse en los primeros 15 días hábiles de cada mes y debe cumplir los requisitos de la Resolución 2275 de 2023.	V/F	VERDADERO. El Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Quinta, Parágrafo Primero) establece que el INC dispone de los primeros 15 días hábiles de cada mes para radicar la Factura Electrónica de Venta, cumpliendo la Res. 2275/2023 y presentándola discriminada por usuario e ítem.

RESPONSABLE DE CALIDAD

Primer Piso Torre Central Administrativo Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	RESPONSABLE DE CALIDAD
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Administrativo Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Profesional en salud o administración con especialización en Auditoría en Salud o Administración en Salud. Experiencia demostrable en implementación del PAMEC. Conocimiento del Sistema Único de Habilitación.
Fundamento normativo	Decreto 1011 de 2006; Resolución 3100 de 2019; Resolución 1043 de 2006 (PAMEC); SOGCS.
Formación continua exigible	Sistema de calidad en salud; Seguridad del paciente; PAMEC; Habilitación de servicios.
Formación continua deseable	Auditoría interna; Gestión del riesgo; ISO 9001.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Implementar y mantener el sistema de calidad de la UPDT (PAMEC, habilitación, indicadores).
2.	Seguimiento a indicadores de calidad y seguridad del paciente.
3.	Realizar auditorías internas y elaborar planes de mejora.
4.	Reportar indicadores RIAS mensualmente a las EPS contratantes.
5.	Apoyar el proceso de habilitación y re-habilitación ante la SDS.
6.	Gestionar el programa de seguridad del paciente (notificación y análisis de eventos adversos).
7.	Preparar la documentación para visitas de verificación de la SDS.
8.	Elaborar informes de gestión de calidad para el nivel directivo.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué es el PAMEC y cuáles son sus fases de implementación? A) Programa de Mejoramiento Continuo; solo tiene una fase de diagnóstico B) Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad; fases: autoevaluación, selección de prioridades, elaboración del plan de auditoría, ejecución, evaluación de resultados y aprendizaje C) Plan de Acción en Materia Ética y Calidad; solo aplica a hospitales públicos D) Protocolo de Atención al Paciente Crónico	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El PAMEC (Res. 1043/2006 y Decreto 1011/2006) tiene las fases: (1) autoevaluación; (2) selección de prioridades; (3) elaboración del plan; (4) ejecución de auditorías; (5) evaluación de resultados; (6) planes de mejora y aprendizaje organizacional.
2	VERDADERO o FALSO: Los indicadores de calidad reportados por la UPDT deben incluir las dimensiones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención.	V/F	VERDADERO. El Sistema de Información para la Calidad (SOGCS) exige el reporte en estas cinco dimensiones. El Responsable de Calidad de la UPDT debe reportarlos periódicamente a las EPS y al SIC.
3	¿Cuál es la diferencia entre un 'incidente' y un 'evento adverso' en seguridad del paciente? A) El incidente causa daño; el evento adverso no B) El incidente (near miss) es una situación que podría haber causado daño pero no lo causó; el evento adverso es un daño efectivo no intencional derivado de la atención C) Son términos equivalentes D) El incidente es intencional; el evento adverso no	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Incidente (near miss o cuasi-falla): situación que no llegó al paciente o no causó daño significativo. Evento adverso: daño efectivo, no intencional. Ambos deben reportarse para el aprendizaje organizacional en la UPDT.
4	Describa los pasos del proceso de autoevaluación de condiciones mínimas de habilitación que debe liderar el Responsable de Calidad en la UPDT.	Abierta	(1) Revisión de los estándares de la Resolución 3100/2019 para cada servicio habilitado; (2) Revisión documental: manuales, hojas de vida del personal, hoja de verificación de dotación; (3) Visita de verificación interna por servicio: talento humano (RETHUS), dotación, infraestructura, medicamentos, historia clínica, interdependencias; (4) Elaboración del informe de autoevaluación con brechas identificadas; (5) Plan de mejora para las brechas; (6) Actualización en la plataforma de habilitación de la SDS si se incorporan nuevos servicios; (7) Acompañamiento en visita de verificación de la SDS.
5	¿Qué instrumentos usa el Responsable de Calidad para identificar los procesos críticos a priorizar en el PAMEC? A) Diagrama de Gantt B) Análisis de Pareto y/o Matriz de Riesgo (frecuencia × impacto) C) Diagrama de flujo de caja D) Test de hipótesis estadísticas	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El análisis de Pareto (20% de causas generan el 80% de problemas) y la Matriz de Riesgo (frecuencia × impacto) son los instrumentos estándar para priorizar en el PAMEC. Se complementan con análisis de indicadores de calidad, quejas y eventos adversos.

6	VERDADERO o FALSO: La higiene de manos es una de las seis metas internacionales de seguridad del paciente de la OMS que deben implementarse en la UPDT.	V/F	VERDADERO. Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (OMS/JCI) son: (1) identificación correcta del paciente; (2) comunicación efectiva; (3) seguridad en medicamentos de alto riesgo; (4) seguridad en procedimientos quirúrgicos; (5) reducción de infecciones asociadas a la atención; (6) higiene de manos.
7	¿Cómo se mide el indicador de oportunidad de la consulta médica general y cuál es el estándar esperado? A) Tiempo desde la llegada hasta ser llamado al consultorio; estándar <60 min B) Tiempo entre la solicitud de la cita y la fecha de asignación; estándar ≤3 días hábiles (Res. 1552 de 2013) C) Duración de la consulta; estándar 20 minutos D) Número de pacientes atendidos por día por médico	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La oportunidad de la consulta médica se mide como el tiempo entre la solicitud y la asignación (días). El estándar es ≤3 días hábiles para medicina general (Res. 1552/2013). Es un indicador obligatorio del Sistema de Información para la Calidad.
8	Explique cómo se documenta un plan de mejora derivado de una no conformidad identificada en el PAMEC de la UPDT.	Abierta	Un plan de mejora debe incluir: (1) Descripción de la no conformidad con datos cuantitativos; (2) Análisis de causa raíz (espina de pescado, 5 porqués o AMFE); (3) Acciones correctivas propuestas; (4) Responsable(s) de cada acción; (5) Indicador de seguimiento y meta esperada; (6) Cronograma (fecha de inicio y de verificación); (7) Recursos necesarios; (8) Fecha de cierre tras verificación de mejora. Debe ser firmado por el Responsable de Calidad y el Coordinador Médico o Administrativo.
9	¿Cuál es la periodicidad mínima de reporte de indicadores de calidad de la UPDT a las EPS contratantes? A) Semestral B) Mensual C) Trimestral D) Anual	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Contrato HUSJDMI-INC y las RIAS (Res. 3280/2018) establecen reporte mensual de indicadores de oportunidad, calidad y gestión del riesgo a las EPS. El Responsable de Calidad coordina con el GRO y el Coordinador Médico la preparación de estos reportes.
10	VERDADERO o FALSO: El reporte al Sistema de Información para la Calidad (SIC) es obligatorio y la no transmisión o transmisión incorrecta de indicadores puede generar medidas de inspección, vigilancia y control por parte de la SuperSalud.	V/F	VERDADERO. El reporte al SIC es obligatorio según el Decreto 1011/2006. La SuperSalud ejerce vigilancia sobre estos reportes y puede iniciar procesos administrativos por incumplimiento. La UPDT debe garantizar la transmisión oportuna y correcta.

GESTOR DE RIESGO

Primer Piso Torre Central Administrativo Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	GESTOR DE RIESGO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Administrativo Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Profesional en salud o administración. Conocimiento en RIAS de cáncer y RIAS cardiovascular (Res. 3280/2018). Manejo de cohortes y bases de datos. Habilidades de comunicación para educación en salud.
Fundamento normativo	Decreto 1011 de 2006; Resolución 3100 de 2019; Resolución 3280 de 2018; Lineamientos de GIRS del MSPS.
Formación continua exigible	RIAS oncológica y cardiovascular; Manejo de bases de datos de riesgo; Comunicación de malas noticias básica.
Formación continua deseable	Calidad en salud; Herramientas de seguimiento epidemiológico.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Gestionar las bases de datos de afiliados con riesgo oncológico y cardiovascular remitidas por las EPS.
2.	Realizar búsqueda activa de usuarios con tamizajes positivos que no han acudido a la consulta de confirmación.
3.	Monitorear indicadores de oportunidad en diagnóstico y adherencia a controles de cohortes.
4.	Articular con los coordinadores de GIRS de las EPS contratantes de la UPDT.
5.	Citar activamente a usuarios identificados en riesgo alto oncológico y cardiovascular.
6.	Reportar mensualmente a la EPS los indicadores RIAS oncológica y cardiovascular.
7.	Acompañar al paciente y su familia en la trazabilidad de la ruta oncológica desde la sospecha hasta la confirmación.
8.	Participar en mesas técnicas EPS-IPS de seguimiento GIRS.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué es la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) según el marco normativo colombiano? A) El proceso de auditoría de cuentas médicas de la IPS B) La estrategia del SGSSS que articula la identificación, medición, evaluación, intervención, monitoreo y comunicación del riesgo en salud de la población, con participación activa de aseguradores e IPS C) El sistema de gestión de residuos hospitalarios D) El programa de vacunación del PAI	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La GIRS es la estrategia central del SGSSS para gestionar el riesgo de enfermar y morir de la población, articulando aseguradores e IPS mediante las RIAS (Res. 3280/2018) y los lineamientos técnicos del MSPS.
2	VERDADERO o FALSO: En la RIAS de detección temprana de cáncer, el GRO debe citar activamente a los afiliados con resultado positivo en tamizaciones (VPH positivo, FIT positivo, PSA elevado) que no han acudido a la consulta de confirmación.	V/F	VERDADERO. La búsqueda activa de pacientes con tamizajes positivos que no acuden es una función crítica del GRO. La Ley 2360/2024 y el Plan de Choque contra el Cáncer (Circular 010/2024) refuerzan esta obligación para garantizar el diagnóstico oportuno.
3	¿En cuántos niveles de riesgo estratifica la RIAS cardiovascular a la población adulta? A) 2 niveles: alto y bajo B) 4 niveles: bajo (<10%), moderado (10-20%), alto (20-30%) y muy alto (>30%) a 10 años C) 3 niveles: leve, moderado y severo D) 5 niveles incluyendo el nivel de emergencia	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La RIAS cardiovascular (Res. 3280/2018) estratifica el riesgo en 4 niveles usando la Escala de Framingham validada para Colombia. Cada nivel tiene intervenciones diferenciadas en intensidad en la UPDT.
4	Describa cómo el GRO gestiona la base de datos de afiliados de alto riesgo cardiovascular remitida por una EPS contratante.	Abierta	(1) Recepción de la base en formato estandarizado; (2) Depuración y validación: cruzar con usuarios ya en programa, verificar datos de contacto; (3) Citación activa: llamadas telefónicas y mensajes de texto en los primeros 10 días hábiles; (4) Ingreso al programa con apertura de cohorte en el sistema de información de la UPDT; (5) Seguimiento mensual: control de asistencia a citas, adherencia, metas terapéuticas; (6) Reporte mensual a la EPS: % citados, % ingresados al programa, % con metas alcanzadas; (7) Alerta de reinserción para pacientes que abandonan el programa.
5	¿Cuál es el tiempo máximo entre la sospecha diagnóstica y la confirmación histológica de cáncer de mama según la Ley 2360 de 2024? A) 90 días B) ≤30 días calendario C) 6 meses D) La normativa colombiana no define tiempos específicos	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Ley 2360/2024 y el Plan de Choque contra el Cáncer (Circular 010/2024) establecen tiempos máximos de oportunidad para el diagnóstico oncológico. El GRO monitorea la trazabilidad de cada caso e identifica demoras para activar el protocolo de búsqueda activa.

6	VERDADERO o FALSO: El GRO puede participar en las mesas técnicas EPS-IPS representando al HUSJDMI en los temas de GIRS cardiovascular y oncológica.	V/F	VERDADERO. El GRO es el interlocutor técnico de la UPDT ante las EPS en temas de GIRS. Participa en mesas técnicas, presenta indicadores, discute barreras de acceso y propone acciones de mejora conjuntas con el coordinador de GIRS de cada EPS.
7	¿Qué es una 'cohorte de riesgo' en el contexto de la GIRS y cómo se construye en la UPDT? A) Un grupo de pacientes con el mismo diagnóstico confirmado B) Un grupo definido de personas identificadas con un nivel de riesgo específico, seguidas prospectivamente para monitorear su evolución y la efectividad de las intervenciones C) El registro de pacientes fallecidos en la UPDT D) La lista de pacientes pendientes de cirugía	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La cohorte de riesgo es una población definida seguida prospectivamente. En la UPDT se construye: identificando los sujetos de la EPS, ingresándolos al sistema con fecha de ingreso, definiendo las intervenciones y metas, y midiendo resultados en el tiempo.
8	Explique el concepto de 'barrera de acceso' en la GIRS y mencione tres estrategias para superarlas en la UPDT.	Abierta	Barrera de acceso: factor que impide que el afiliado acceda oportunamente a los servicios que requiere. Tipos y estrategias: (1) Geográfica: articulación con EBS para tamización extramural en el territorio de la EPS; (2) Económica: coordinación con Trabajo Social para subsidios de transporte y gestión de mecanismos de financiación subsidiaria; (3) Cultural (miedos, desinformación): educación grupal con material culturalmente pertinente liderado por el GRO; (4) Administrativa (dificultad para autorizaciones): gestión directa de autorizaciones por el GRO con la EPS.
9	¿Qué indicadores RIAS debe reportar mensualmente el GRO a las EPS contratantes? A) Solo el número de consultas realizadas B) Coberturas de tamización, controles de HTA/DM2, metas terapéuticas alcanzadas, oportunidad en diagnóstico oncológico y tasa de referencia al INC C) Solo los eventos adversos D) Únicamente los indicadores financieros	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los indicadores incluyen: coberturas de tamización (VPH, mamografía, SOH, PSA), % de pacientes HTA/DM2 en programa, % con metas terapéuticas, oportunidad diagnóstica oncológica, tasa de referencia al INC, tasa de reingresos hospitalarios y otros definidos en el contrato con cada EPS.
10	VERDADERO o FALSO: Las EPS tienen la obligación de compartir con las IPS contratadas las bases de datos de afiliados identificados en riesgo cardiovascular alto para que la IPS realice la gestión del riesgo activa.	V/F	VERDADERO. La Res. 3280/2018 y los lineamientos de GIRS del MSPS establecen que las EPS deben compartir con sus IPS las bases de datos de afiliados por niveles de riesgo. Esta obligación es exigible contractualmente por la UPDT en los contratos con cada EPS.

BANCO DE PREGUNTAS UPDT HUSJDMI

PARTE 3 DE 4 Radiólogo • Tecnólogo en Radiología • Tecnólogo en Regencia de Farmacia Auxiliar de Farmacia • Oftalmólogo • Anestesiólogo

RADIÓLOGO

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	RADIÓLOGO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialización en radiología e imágenes diagnósticas. RETHUS vigente. Competencias en interpretación de estudios diagnósticos y supervisión del personal tecnólogo.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Resolución 482 de 2018 (protección radiológica); Ley 1164 de 2007.
Formación continua exigible	Protección radiológica; Seguridad del paciente; Actualización en interpretación diagnóstica oncológica.
Formación continua deseable	Radiología de mama; Intervencionismo; Inteligencia artificial en imágenes.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Interpretar estudios de imágenes diagnósticas y emitir informes en ≤3 días hábiles según Contrato HUSJDMI-INC.
2.	Supervisar técnicamente al personal tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas.
3.	Garantizar la calidad diagnóstica integral del servicio de imágenes de la UPDT.
4.	Activar el protocolo de referencia al INC ante hallazgos BI-RADS 4/5 o lesiones sospechosas de malignidad.
5.	Aplicar los sistemas BI-RADS, PI-RADS y TIRADS en los reportes de mama, próstata y tiroides respectivamente.

6.	Definir ayudas diagnósticas complementarias (ecografía, RMM) según indicación clínica.
7.	Cumplir protocolos de protección radiológica (principio ALARA).
8.	Participar en el Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC para discusión de casos.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es el sistema de clasificación BI-RADS y para qué se utiliza? A) Sistema de clasificación de glucemia en pacientes diabéticos B) Sistema del American College of Radiology que clasifica los hallazgos en mamografía (y ecografía de mama), define el riesgo de malignidad y recomienda la conducta a seguir C) Sistema de clasificación de metástasis óseas D) Sistema de codificación de diagnósticos en patología	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. BI-RADS (ACR): 0=evaluación incompleta; 1=normal; 2=hallazgo benigno; 3=probablemente benigno (seguimiento 6 meses); 4=sospechoso (biopsia); 5=altamente sugestivo de malignidad (biopsia); 6=malignidad conocida por biopsia. En la UPDT, BI-RADS 4-5 activa el protocolo de referencia al INC.
2	VERDADERO o FALSO: El informe radiológico del INC en la UPDT debe entregarse en máximo 3 días hábiles desde la toma del examen, según el indicador de oportunidad del Contrato HUSJDMI-INC.	V/F	VERDADERO. El Contrato HUSJDMI-INC (Cláusula Tercera, Parágrafo Primero) establece que el tiempo de entrega del informe de imágenes diagnósticas es máximo 3 días hábiles. El incumplimiento reiterado habilita descuentos proporcionales.
3	¿Cuál es el hallazgo radiológico más sugestivo de cáncer de pulmón en una radiografía de tórax PA? A) Derrame pleural bilateral B) Nódulo solitario pulmonar de bordes espiculados o lobulados, masa hiliar o ensanchamiento mediastinal C) Hiperinsuflación pulmonar bilateral D) Consolidación lobar con broncograma aéreo	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los hallazgos sugestivos de cáncer de pulmón en Rx tórax son: nódulo solitario pulmonar con bordes espiculados o lobulados, masa hiliar, ensanchamiento mediastinal, atelectasia segmentaria o lobar. La consolidación con broncograma es típica de neumonía; la hiperinsuflación de EPOC.
4	¿Qué es el sistema PI-RADS y en qué contexto se aplica en la UPDT? A) Sistema de clasificación de imágenes pulmonares B) Sistema de clasificación de hallazgos en Resonancia Magnética multiparamétrica de próstata que estima el riesgo de cáncer clínicamente significativo C) Sistema de clasificación de nódulos tiroideos D) Sistema de clasificación de lesiones óseas	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. PI-RADS clasifica las lesiones prostáticas en 1-5 según probabilidad de cáncer clínicamente significativo. PI-RADS 4-5 indica alta sospecha y orienta la biopsia transperineal dirigida por el urólogo de la UPDT, en coordinación con el INC.
5	¿Cuál es la dosis efectiva aproximada de una mamografía bilateral de dos	Opción múltiple	Respuesta correcta: B.

	proyecciones y cuánto equivale en radiación natural anual? A) 50 mSv; 10 veces la radiación natural anual B) Aproximadamente 0.4 mSv; equivale a unas 7 semanas de radiación de fondo natural (2.4 mSv/año) C) 10 mSv; equivale a 4 años de radiación natural D) 0.01 mSv; prácticamente nula		La mamografía bilateral (4 proyecciones) genera ~0.4 mSv, equivalentes a ~7 semanas de radiación de fondo natural. Esta información es útil para explicar el perfil riesgo-beneficio a pacientes temerosas de la radiación en la UPDT.
6	VERDADERO o FALSO: Ante una lesión BI-RADS 4 en ecografía de mama, el radiólogo de la UPDT debe discutir el caso en el Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC antes de definir si la biopsia se realiza en la UPDT o en el INC.	V/F	VERDADERO. Una lesión BI-RADS 4 activa el GRO y el protocolo de referencia al Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC. La decisión sobre dónde se realiza la biopsia (UPDT o INC) es colegiada, no unilateral del radiólogo.
7	¿Cuál es el sistema de clasificación utilizado para nódulos tiroideos en ecografía? A) TIRADS ACR 2017 B) BI-RADS tiroideo C) Sistema de Bethesda para nódulos tiroideos D) Clasificación de Bosniak tiroidea	Opción múltiple	Respuesta correcta: A. El TIRADS ACR (2017) clasifica los nódulos tiroideos en TR1 a TR5 según composición, ecogenicidad, forma, márgenes y calcificaciones. Orienta la indicación de PAAF según tamaño y categoría. El sistema de Bethesda es para clasificación citológica de la PAAF.
8	Describa qué información debe contener un informe de mamografía de tamización completo según el sistema BI-RADS.	Abierta	Un informe BI-RADS completo incluye: (1) Datos del paciente (nombre, edad, fecha); (2) Indicación (tamización, diagnóstica, seguimiento); (3) Comparación con estudios previos; (4) Composición mamaria (densidad ACR A-D); (5) Descripción de hallazgos significativos: localización, tamaño, morfología de masas, calcificaciones, asimetría, distorsión; (6) Categoría BI-RADS (0-6); (7) Conducta recomendada (seguimiento 6 meses, biopsia, estudio adicional); (8) Firma del radiólogo con nombre, registro y fecha.
9	¿Cuál es la función de la ecografía abdominal en la ruta oncológica de la UPDT? A) No tiene ninguna utilidad en detección temprana B) Como complemento ante síntomas sospechosos de neoplasia abdominal (masa palpable, ictericia, pérdida de peso), especialmente útil en mujeres jóvenes y cuando se debe evitar radiación ionizante C) Es la única herramienta diagnóstica para cáncer gástrico D) Solo se usa en urgencias para trauma abdominal	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La ecografía abdominal es primera línea ante síntomas sospechosos. Es especialmente útil en mujeres en edad reproductiva por ausencia de radiación ionizante, alta disponibilidad y bajo costo. Ante hallazgos sospechosos se activa el protocolo de referencia al INC.
10	VERDADERO o FALSO: El radiólogo es responsable de supervisar la calidad técnica de las imágenes obtenidas por el tecnólogo antes de emitir el informe diagnóstico.	V/F	VERDADERO. El radiólogo es responsable de la calidad diagnóstica integral del servicio, incluida la supervisión de la calidad técnica de las imágenes. Una imagen de mala calidad técnica puede generar falsos positivos o negativos con consecuencias clínicas graves.

TECNÓLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Primer Piso Torre Central Tecnólogo Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	TECNÓLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Tecnólogo Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas. RETHUS vigente. Competencias en protección radiológica y manejo de equipos radiológicos.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Resolución 482 de 2018 (protección radiológica); Ley 1164 de 2007.
Formación continua exigible	Protección radiológica (ALARA); Seguridad del paciente; Manejo de equipos radiológicos; Bioseguridad.
Formación continua deseable	Mamografía; TAC; Control de calidad de imágenes diagnósticas.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Operar equipos de diagnóstico por imágenes (rayos X, mamógrafo, ecógrafo, TAC) en la UPDT.
2.	Preparar al paciente para la realización de estudios y aplicar normas de protección radiológica (principio ALARA).
3.	Garantizar la calidad técnica de las imágenes obtenidas y realizar el control de calidad diario del mamógrafo.
4.	Aplicar correctamente las proyecciones cráneo-caudal (CC) y medio-lateral oblicua (MLO) en mamografía.
5.	Verificar el correcto funcionamiento de los equipos al inicio de cada turno.
6.	Reportar al radiólogo y al Coordinador Médico cualquier anomalía técnica antes de atender pacientes.
7.	Cumplir protocolos de bioseguridad y protocolos ante reacciones al contraste.
8.	Registrar información en sistemas de información y reportes.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es el principio ALARA en protección radiológica? A) Usar siempre la dosis más alta posible para obtener mejor imagen B) As Low As Reasonably Achievable: mantener la dosis de radiación tan baja como sea razonablemente posible, balanceando el beneficio diagnóstico y el riesgo de irradiación C) Aplicar radiación solo a pacientes mayores de 60 años D) Usar equipos de rayos X únicamente en salas quirúrgicas	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. ALARA es el principio fundamental de protección radiológica. Se implementa mediante: selección correcta de técnica radiológica, colimación adecuada del campo, uso de protectores plomados y posicionamiento óptimo del paciente.
2	VERDADERO o FALSO: La Resolución 482 de 2018 establece que el tecnólogo en radiología debe portar un dosímetro personal durante toda su jornada laboral para monitorear la dosis de radiación recibida.	V/F	VERDADERO. La Resolución 482/2018 obliga el monitoreo dosimétrico personal para todo el personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes. El empleador (HUSJDMI) es responsable de suministrar y gestionar los dosímetros.
3	¿Cuál es la posición estándar para la proyección cráneo-caudal (CC) en mamografía? A) La paciente se posiciona de lado con el brazo extendido B) La mama se comprime en sentido supero-inferior con la paciente de pie o sentada frente al equipo C) La mama se posiciona en la placa lateral sin compresión D) La paciente se acuesta en prono con la mama colgando	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. En la proyección CC la mama se coloca sobre la plataforma y se comprime en sentido supero-inferior. La paciente está de frente al equipo. Se complementa con la proyección medio-lateral oblicua (MLO) para el estudio bilateral completo.
4	Describa los pasos de verificación que el tecnólogo debe realizar antes de iniciar la operación del mamógrafo al comienzo del turno.	Abierta	(1) Verificar el encendido correcto y los indicadores de estado del equipo; (2) Revisar el libro de mantenimiento preventivo; (3) Realizar la prueba de control de calidad diaria (phantom mamográfico): exposición, densidad óptica, contraste, resolución; (4) Verificar el correcto funcionamiento del sistema de compresión; (5) Limpiar y desinfectar las paletas y superficies de contacto; (6) Verificar el sistema digital o el suministro de material de registro; (7) Registrar los resultados del control de calidad en el libro del equipo; (8) Reportar al Radiólogo y al Coordinador si hay anomalías antes de atender pacientes.
5	¿Cuál EPP debe usar el tecnólogo si debe permanecer en sala durante la exposición a rayos X? A) Traje completo de cuerpo entero B) Delantal plomado (0.5 mm Pb equiv.), protector de tiroides y guantes plomados si las manos están en el campo C) Solo gafas protectoras D) Mascarilla N95 únicamente	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Si el tecnólogo debe permanecer en sala durante la exposición: delantal plomado (0.5 mm Pb equiv.), protector de tiroides y guantes plomados si las manos están en el campo de radiación. Lo óptimo es que opere desde detrás del blindaje.

6	VERDADERO o FALSO: El tecnólogo en radiología puede interpretar y emitir informes diagnósticos de las imágenes cuando no haya radiólogo disponible.	V/F	FALSO. La interpretación y emisión de informes radiológicos es función exclusiva del médico radiólogo. El tecnólogo ejecuta los estudios (toma de imágenes, preparación del paciente, control de calidad técnica) pero no tiene competencia legal ni formación para emitir diagnóstico radiológico.
7	¿Cuál es el protocolo ante un derrame de contraste iodado durante un procedimiento de TAC? A) Continuar el procedimiento y reportar al finalizar B) Detener el estudio, retirar el contraste, colocar al paciente en posición de seguridad, evaluar signos de reacción adversa (urticaria, broncoespasmo, hipotensión) y notificar al radiólogo para activar el protocolo de manejo de reacciones C) Administrar adrenalina preventivamente sin evaluar al paciente D) Enviar al paciente directamente a urgencias sin evaluación	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El protocolo incluye: suspender la inyección, retirar el catéter con cuidado, elevar el miembro afectado, aplicar frío local, monitorear signos de reacción sistémica y notificar al radiólogo de inmediato. Si hay reacción sistémica, activar el protocolo de emergencia de la UPDT (adrenalina IM 0.3 mg si anafilaxia).
8	¿Por qué la compresión de la mama durante la mamografía es esencial y no puede omitirse aunque sea dolorosa?	Abierta	La compresión es esencial porque: (1) Reduce el espesor del tejido, disminuyendo la dosis de radiación necesaria; (2) Separa las estructuras superpuestas, aumentando la resolución espacial y permitiendo detectar lesiones más pequeñas; (3) Reduce el movimiento y el desenfoque de imagen; (4) Uniformiza el espesor para una exposición homogénea. No puede omitirse ya que reduciría significativamente la sensibilidad diagnóstica. Se puede usar protocolos de baja presión inicial con suavizado en pacientes con baja tolerancia.
9	¿Cuál es la diferencia entre la proyección cráneo-caudal (CC) y la medio-lateral oblicua (MLO) en mamografía, y cuál tiene mayor sensibilidad? A) No hay diferencia; ambas son equivalentes B) La CC comprime en sentido supero-inferior; la MLO se realiza con el brazo elevado a 45-60°, visualizando la mayor cantidad de tejido mamario incluida la cola axilar; la MLO tiene mayor sensibilidad diagnóstica C) La MLO solo se usa en implantes mamarios D) La CC es la proyección de mayor sensibilidad porque incluye la cola axilar	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La MLO se realiza con el brazo elevado y el chasis a 45-60°, capturando la mayor cantidad de tejido mamario incluyendo la cola axilar. Es considerada la proyección de mayor sensibilidad del estudio bilateral estándar de dos proyecciones.
10	VERDADERO o FALSO: La compresión de la mama durante la mamografía puede omitirse en pacientes con baja tolerancia al dolor sin afectar significativamente la calidad diagnóstica de la imagen.	V/F	FALSO. La compresión es técnicamente obligatoria para garantizar la calidad diagnóstica. Reducirla o eliminarla aumenta la dosis de radiación, disminuye la separación de estructuras y reduce la sensibilidad para detectar lesiones pequeñas. Se puede usar sistemas de

			suavizado de presión, pero no omitir la compresión.

TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA

Primer Piso Torre Central Tecnólogo Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Tecnólogo Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Tecnólogo en regencia de farmacia. RETHUS vigente. Competencias en farmacovigilancia, tecnovigilancia y Buenas Prácticas de Almacenamiento.
Fundamento normativo	Decreto 2200 de 2005; Resolución 1403 de 2007; Resolución 3100 de 2019; Resolución 1478 de 2006 (control especial).
Formación continua exigible	Farmacovigilancia; Tecnovigilancia; Buenas Prácticas de Almacenamiento; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Auditoría farmacéutica; Gestión de inventarios; Uso racional de medicamentos.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Supervisar el servicio farmacéutico de la UPDT y garantizar el almacenamiento adecuado de medicamentos.
2.	Controlar inventarios y fechas de vencimiento con la regla FEFO.
3.	Implementar el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia de la UPDT.
4.	Verificar y garantizar la correcta dispensación de medicamentos bajo los estándares del Decreto 2200/2005.
5.	Gestionar los medicamentos de control especial conforme a la Resolución 1478 de 2006.
6.	Capacitar al auxiliar de servicios farmacéuticos.
7.	Reportar sospechas de RAM e incidentes con dispositivos médicos al INVIMA.
8.	Elaborar informes y reportes regulatorios al INVIMA y a la Secretaría de Salud.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué establece el Decreto 2200 de 2005 respecto al servicio farmacéutico en las IPS? A) Los precios máximos de los medicamentos en Colombia B) Las normas para la organización y funcionamiento del servicio farmacéutico en IPS, incluyendo condiciones de habilitación y responsabilidades del regente de farmacia C) El listado de medicamentos del PBS D) Los criterios para importación de medicamentos	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El Decreto 2200/2005 regula la organización, administración y funcionamiento del Servicio Farmacéutico en las IPS colombianas. Establece condiciones de habilitación, funciones del regente, dispensación, preparación de medicamentos y servicios farmacéuticos especializados.
2	VERDADERO o FALSO: El reporte de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) al INVIMA es obligatorio para las IPS en Colombia.	V/F	VERDADERO. El reporte al Programa Nacional de Farmacovigilancia del INVIMA es obligatorio desde el Decreto 2200/2005 y la Resolución 1403/2007. La no realización puede generar sanciones administrativas para la institución.
3	¿Cuál es la temperatura de almacenamiento para medicamentos que requieren cadena de frío? A) 0 a 4°C B) 2 a 8°C C) -20 a -10°C D) 15 a 25°C	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. 2 a 8°C es la temperatura estándar para medicamentos que requieren cadena de frío (vacunas, insulinas, anticuerpos monoclonales). La congelación (por debajo de 0°C) puede destruir muchas de estas preparaciones. El monitoreo continuo de temperatura es obligatorio.
4	¿Qué es la 'dispensación' y cuál es la diferencia con la simple 'entrega' de un medicamento?	Abierta	La dispensación es el acto farmacéutico integral que incluye: (1) verificación de la prescripción médica (datos del prescriptor, paciente, diagnóstico, medicamento, dosis, vía, duración); (2) verificación de la identidad del usuario (2 identificadores); (3) preparación y entrega del medicamento correcto; (4) información al paciente sobre uso, conservación, efectos adversos y contraindicaciones; (5) registro del evento. La 'entrega' es solo la acción física de entregar el medicamento sin el componente educativo y de verificación. La dispensación es competencia del tecnólogo o profesional farmacéutico.
5	¿Qué es la 'tecnovigilancia' y quién la coordina en Colombia? A) Vigilancia de equipos de tecnología informática en hospitales B) Sistema de vigilancia post-comercialización de dispositivos médicos para detectar eventos adversos, coordinado por el INVIMA C) Control de precios de equipos médicos D) Registro de equipos médicos nuevos en el MSPS	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La tecnovigilancia es el sistema de vigilancia post-comercialización de dispositivos médicos en Colombia, coordinado por el INVIMA. Las IPS deben reportar los eventos adversos e incidentes relacionados con dispositivos médicos al Sistema Nacional de Tecnovigilancia.
6	VERDADERO o FALSO: El tecnólogo en regencia de farmacia puede modificar la dosis de un medicamento prescrito por el	V/F	FALSO. El tecnólogo NO puede modificar la prescripción médica. Ante cualquier duda sobre pertinencia o seguridad, debe comunicarse con el médico

	médico si considera que es inadecuada, sin necesitar consultar al prescriptor.		prescriptor y registrar la consulta. La modificación de prescripciones está prohibida y puede tener consecuencias disciplinarias y penales.
7	¿Qué son los 'medicamentos de alto riesgo' y cómo deben almacenarse y dispensarse? A) Son medicamentos de alto costo; se almacenan en una caja especial B) Son medicamentos que cuando se usan incorrectamente tienen alta probabilidad de causar daño grave o muerte (electrolitos concentrados, anticoagulantes, insulinas, opioides). Requieren etiqueta de alerta, almacenamiento segregado y restricción, y doble verificación para la dispensación C) Son medicamentos extranjeros no registrados en Colombia D) Son medicamentos que requieren refrigeración	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los medicamentos de alto riesgo (lista ISMP) requieren: etiquetado especial (alerta), almacenamiento segregado y restringido, doble verificación independiente para dispensación y educación específica al personal. Es una de las metas internacionales de seguridad del paciente.
8	¿Qué información debe verificar el tecnólogo en una prescripción antes de dispensar el medicamento?	Abierta	Debe verificar: (1) Datos del prescriptor: nombre, registro médico, firma y sello; (2) Datos del paciente: nombre completo, número de identificación, edad, peso en pediátricos; (3) Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento; (4) Dosis (cantidad por toma); (5) Vía de administración; (6) Frecuencia; (7) Duración del tratamiento; (8) Diagnóstico (obligatorio para ciertos medicamentos); (9) Fecha de la prescripción; (10) Si el medicamento está en PBS o tiene MIPRES si es No PBS. Ante incongruencias, consultar al prescriptor antes de dispensar.
9	¿Cuál es la norma que regula las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) de medicamentos en Colombia? A) Resolución 1403 de 2007 (control de temperatura y humedad, rotación FEFO, identificación, segregación de rechazados) B) Decreto 780 de 2016 únicamente C) ISO 9001 de almacenamiento de medicamentos D) Circular 010 de 2024 del MSPS	Opción múltiple	Respuesta correcta: A. La Resolución 1403/2007 establece el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y adopta las BPA: control de temperatura y humedad (monitoreo continuo), rotación FEFO, identificación clara, segregación de vencidos/rechazados, control de plagas y condiciones de iluminación y ventilación.
10	VERDADERO o FALSO: Los medicamentos de control especial (psicotrópicos, estupefacientes) deben manejarse con libro de registros de movimientos conforme a la Resolución 1478 de 2006.	V/F	VERDADERO. La Resolución 1478/2006 exige libro de registros de movimientos (entradas, salidas, saldos) para medicamentos de control especial, con cada transacción firmada por el regente de farmacia responsable. Debe estar disponible para inspección del INVIMA y la Secretaría de Salud.

AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Primer Piso Torre Central Auxiliar Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Auxiliar Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Técnico auxiliar en servicios farmacéuticos. RETHUS vigente. Competencias en dispensación y almacenamiento de medicamentos bajo supervisión del regente.
Fundamento normativo	Decreto 2200 de 2005; Resolución 1403 de 2007; Decreto 780 de 2016.
Formación continua exigible	Dispensación segura de medicamentos; Bioseguridad; Almacenamiento y conservación; FEFO.
Formación continua deseable	Atención al usuario; Gestión de inventarios; Farmacovigilancia básica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Dispensar medicamentos según prescripción médica bajo supervisión directa del regente de farmacia.
2.	Apoyar en el almacenamiento y organización de medicamentos aplicando la regla FEFO.
3.	Verificar fechas de vencimiento, condiciones de conservación y reportar novedades al regente.
4.	Realizar inventarios periódicos y apoyar el control de medicamentos de alto riesgo.
5.	Identificar y segregar medicamentos vencidos conforme al PGIRASA.
6.	Atender usuarios del servicio farmacéutico garantizando la verificación de identidad con 2 identificadores.
7.	Cumplir normas de bioseguridad y disposición de residuos farmacéuticos.
8.	Reportar al regente cualquier sospecha de RAM referida por pacientes durante la dispensación.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Qué es la regla FEFO en la gestión del inventario de medicamentos? A) First In, First Out: el primer medicamento en entrar es el primero en salir B) First Expired, First Out: el medicamento con fecha de vencimiento más próxima debe salir primero C) Fixed Expiry, Fixed Output: fija la fecha de entrega de medicamentos D) Full Estimation for Orders: estimación de pedidos mensuales	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. FEFO: el medicamento que vence primero debe dispensarse primero. Es la regla prioritaria en farmacia hospitalaria para garantizar la seguridad del paciente. FIFO (primero en entrar, primero en salir) aplica cuando todos los productos tienen la misma fecha de vencimiento.
2	VERDADERO o FALSO: El auxiliar de servicios farmacéuticos puede dispensar medicamentos de control especial (psicotrópicos) sin la supervisión directa del tecnólogo en regencia de farmacia.	V/F	FALSO. Los medicamentos de control especial requieren supervisión directa del regente. El auxiliar no puede dispensarlos de forma autónoma. Cada movimiento debe registrarse en el libro de control especial con firma del responsable.
3	¿Cuál es la primera acción al identificar un medicamento vencido en el inventario de la farmacia de la UPDT? A) Retirarlo inmediatamente y desecharlo en la basura común B) Retirarlo del inventario activo, identificarlo con etiqueta de 'RECHAZADO/VENCIDO', segregarlo en área específica y reportarlo al regente para baja formal y disposición final según el PGIRASA C) Continuar utilizándolo si está en buen estado visual D) Devolverlo al proveedor sin notificación interna	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El procedimiento es: retirar del inventario activo, etiquetar como RECHAZADO/VENCIDO, segregar en zona identificada, documentar la novedad en el libro de inventario y reportar al regente para la baja formal y disposición final como residuo peligroso según el PGIRASA.
4	¿Qué entiende usted por 'uso racional de medicamentos' y cuál es el papel del auxiliar de farmacia en promoverlo?	Abierta	El uso racional de medicamentos (OMS) implica que los pacientes reciban el medicamento apropiado para su necesidad, en la dosis y tiempo correctos, al menor costo posible. El auxiliar contribuye: (1) dispensando EXACTAMENTE lo prescrito, sin sustituciones; (2) informando al paciente sobre la dosis, vía, horario y duración del tratamiento; (3) advirtiendo sobre la importancia de no automedicarse; (4) reportando al regente cuando un paciente solicita medicamentos sin prescripción; (5) asegurándose de que el paciente comprenda cómo tomar el medicamento antes de retirarse de la farmacia.
5	¿Cuál de los siguientes residuos generados en la farmacia de la UPDT se clasifica como residuo peligroso según el PGIRASA? A) Papel de la prescripción médica B) Medicamentos vencidos, citotóxicos y frascos con restos de medicamentos	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los medicamentos vencidos, citotóxicos y frascos con restos son residuos peligrosos (químicos o citotóxicos). Deben gestionarse según el PGIRASA: contenedor especial identificado, recolección diferenciada,

	C) Empaques de cartón sin contaminación D) Material de oficina		almacenamiento temporal seguro y disposición final por empresa gestora autorizada.
6	VERDADERO o FALSO: El auxiliar puede dispensar un medicamento que el paciente afirma que ya tomaba antes, sin prescripción médica actual, si el medicamento no es de control especial.	V/F	FALSO. En el servicio farmacéutico hospitalario, todo medicamento requiere prescripción médica vigente para ser dispensado. La dispensación sin prescripción está prohibida y puede constituir un riesgo para el paciente por cambios en su condición clínica o nuevas interacciones.
7	¿Cómo debe verificar el auxiliar la identidad de un paciente antes de dispensarle sus medicamentos? A) Solo preguntando el nombre B) Verificando nombre completo + número de documento de identidad (mínimo 2 identificadores) y cruzando con la prescripción médica C) Con la foto del sistema de información únicamente D) No es necesario verificar si el paciente viene directamente del médico	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La identificación correcta del paciente con mínimo dos identificadores es una de las metas internacionales de seguridad del paciente. Se cruza con la prescripción para confirmar que el medicamento corresponde al paciente correcto.
8	¿Qué debe hacer el auxiliar si detecta que la dosis prescrita de un medicamento parece inusualmente alta para la edad o el peso del paciente?	Abierta	El auxiliar NO debe dispensar sin consultar. El procedimiento es: (1) No dispensar hasta aclarar la duda; (2) Comunicar de inmediato al tecnólogo en regencia de farmacia la inconsistencia detectada; (3) El regente revisa la prescripción y contacta al médico prescriptor si la duda persiste; (4) Se documenta la consulta y la respuesta del médico; (5) Solo después de la confirmación o corrección se procede a dispensar. Esta actitud es parte de la cultura de seguridad del paciente.
9	¿Qué información debe incluir el etiquetado de un medicamento dispensado en la farmacia de la UPDT al paciente ambulatorio? A) Solo el nombre del medicamento y la fecha B) Nombre del paciente, nombre del medicamento (DCI), concentración, dosis por toma, vía, frecuencia, duración, condiciones de conservación y nombre del prescriptor C) Solo el nombre del médico prescriptor D) La información no es necesaria porque el médico ya la explicó	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El etiquetado de medicamentos ambulatorios debe incluir todos estos datos para garantizar la seguridad del paciente y la adherencia al tratamiento. Es obligatorio según las normas de dispensación del Decreto 2200/2005.
10	VERDADERO o FALSO: El auxiliar de servicios farmacéuticos puede participar en la detección de posibles RAM al reportar al regente los eventos adversos que los pacientes le refieran durante la dispensación.	V/F	VERDADERO. Aunque el reporte formal al INVIMA corresponde al regente o al médico tratante, el auxiliar cumple un papel esencial en la detección de posibles RAM. Debe reportar inmediatamente al regente cualquier síntoma adverso referido por pacientes para que este evalúe y realice el reporte formal al Sistema de Farmacovigilancia.

OFTALMÓLOGO

Primer Piso Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	OFTALMÓLOGO
Ubicación	Primer Piso Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialización en oftalmología. RETHUS vigente. Competencias en examen del fondo de ojo, tonometría y manejo de retinopatía diabética.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; GPC MSPS/IETS.
Formación continua exigible	GPC en retinopatía diabética y glaucoma; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Imagen del segmento posterior; Investigación clínica; Cirugía dermatológica ocular.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Realizar tamización anual de retinopatía diabética en pacientes con DM2 mediante examen de fondo de ojo.
2.	Valorar la presión intraocular (PIO) para tamización de glaucoma.
3.	Diagnosticar y tratar enfermedades oculares relacionadas con patología crónica (retinopatía, glaucoma, maculopatía).
4.	Activar el protocolo de referencia urgente al INC ante hallazgos de melanoma ocular o coroideo.
5.	Reportar al SIVIGILA los casos de melanoma ocular confirmados.
6.	Emitir el informe oftalmológico en los plazos de oportunidad del Contrato HUSJDMI-INC.
7.	Participar en el Comité Oncológico Conjunto ante hallazgos sospechosos de neoplasia ocular.
8.	Registrar adecuadamente en historia clínica y sistemas de información.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Con qué frecuencia debe realizarse el tamizaje de retinopatía diabética en un paciente con DM2 sin retinopatía detectada y buen control glucémico? A) Cada 6 meses B) Anualmente C) Cada 2 años D) Solo cuando refiera síntomas visuales	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Las guías internacionales y la RIAS cardiovascular recomiendan examen de fondo de ojo anual en pacientes con DM2 para tamización de retinopatía diabética, incluso en ausencia de síntomas visuales.
2	VERDADERO o FALSO: La retinopatía diabética no proliferativa severa requiere derivación urgente al especialista en retina para panfotocoagulación láser o inyección de anti-VEGF.	V/F	VERDADERO. La RDNP severa (regla 4-2-1) tiene alto riesgo de progresión a RDP. La derivación urgente al especialista en retina es obligatoria para tratamiento con láser o anti-VEGF según la extensión de las lesiones y la presencia de edema macular.
3	¿Cuál es la presión intraocular (PIO) considerada sospechosa de glaucoma? A) >15 mmHg B) >18 mmHg C) >21 mmHg D) >25 mmHg	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La PIO normal es 10-21 mmHg. Valores >21 mmHg se consideran hipertensión ocular con riesgo de glaucoma. Sin embargo, el diagnóstico de glaucoma requiere además la evaluación del nervio óptico (excavación/papila) y el campo visual.
4	Describa la clasificación de la retinopatía diabética y cuál estadio indica mayor urgencia de derivación.	Abierta	Clasificación: (1) Sin retinopatía aparente; (2) RDNP leve: microaneurismas aislados; (3) RDNP moderada: hemorragias/exudados; (4) RDNP severa: regla 4-2-1 (hemorragias en 4 cuadrantes, arrosariamiento venoso en 2, anomalías intraretinianas en 1); (5) RDP: neovascularización, tracción, hemorragia vítrea; (6) Maculopatía diabética: edema macular clínicamente significativo. Mayor urgencia: RDP y RDNP severa por alto riesgo de ceguera a corto plazo.
5	¿Cuál es el tratamiento de primera línea para el edema macular diabético clínicamente significativo (EMCS)? A) Fotocoagulación láser focal B) Inyección intravítrea de anti-VEGF (ranibizumab, bevacizumab o aflibercept) C) Corticoides sistémicos D) Cirugía vitreorretiniana inmediata	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Desde las guías DRCR.net y EURETINA, los anti-VEGF son el estándar de oro para EMCS con compromiso central de la mácula. El láser se reserva para casos sin compromiso central.
6	VERDADERO o FALSO: El melanoma ocular es un cáncer de notificación obligatoria al SIVIGILA que debe reportarse por el oftalmólogo que lo diagnostique en la UPDT.	V/F	VERDADERO. El cáncer (incluido el melanoma ocular) debe notificarse al SIVIGILA según los protocolos de vigilancia en salud pública del INS. El oftalmólogo de la UPDT debe además activar el protocolo de referencia urgente al INC para el tratamiento oncológico.
7	¿Cuál de los siguientes hallazgos en fondo de ojo es EXCLUSIVO de la retinopatía diabética y NO se observa en la retinopatía hipertensiva? A) Exudados duros B) Neovascularización retiniana	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La neovascularización retiniana es característica de la retinopatía diabética proliferativa y no ocurre en la retinopatía hipertensiva. Los exudados duros y el edema pueden verse en ambas.

	C) Cambios en la relación arteriola/vénula D) Edema de papila		
8	Explique el protocolo de referencia y contrarreferencia para un paciente con hallazgo de masa coroidea sospechosa de melanoma uveal en la UPDT.	Abierta	(1) El oftalmólogo documenta el hallazgo con descripción detallada (tamaño, localización, pigmentación, signos de actividad); (2) Solicita ecografía ocular modo B para caracterización; (3) Activa el protocolo de referencia urgente al INC a través del GRO en ≤5 días hábiles; (4) El GRO notifica a la EPS del paciente; (5) El INC programa evaluación oncológica para definir biopsia, braquiterapia o enucleación; (6) La UPDT recibe contrarreferencia del INC para seguimiento conjunto; (7) Se notifica al SIVIGILA. Toda la trazabilidad queda registrada en el sistema de información de la UPDT.
9	¿Cuál es la relación entre la HTA tratada con hipotensión nocturna y el glaucoma de ángulo abierto? A) La HTA es un factor protector del glaucoma B) La hipotensión arterial nocturna reducida la presión de perfusión ocular (PPO = PA diastólica - PIO), favoreciendo el daño isquémico del nervio óptico C) No existe relación entre HTA y glaucoma D) La HTA es el principal factor de riesgo para glaucoma agudo	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La hipotensión arterial nocturna (especialmente en HTA tratada con antihipertensivos) reduce la presión de perfusión ocular (PPO), lo que puede provocar daño isquémico del nervio óptico en pacientes con glaucoma o predisposición al mismo.
10	VERDADERO o FALSO: El oftalmólogo que identifica un melanoma de párpado durante la consulta en la UPDT debe realizar la biopsia excisional en ese momento y enviar la muestra al laboratorio de patología del INC sin consultar con el Comité Oncológico Conjunto.	V/F	FALSO. El oftalmólogo debe documentar el hallazgo, fotografiar la lesión y remitirla urgente al INC a través del GRO. La decisión de biopsia y su realización deben hacerse en el contexto del Comité Oncológico Conjunto, salvo que el protocolo institucional lo autorice y se cuente con la cadena de custodia de muestras establecida en el Contrato HUSJDMI-INC.

ANESTESIÓLOGO

Sótano Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	ANESTESIÓLOGO
Ubicación	Sótano Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialidad en anestesiología. RETHUS vigente. ACLS vigente. Experiencia en sedación en procedimientos ambulatorios y manejo de vía aérea difícil.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; GPC MSPS/IETS.
Formación continua exigible	Manejo de vía aérea difícil; Farmacología anestésica básica y sedación consciente; Protocolos de reanimación; Manejo de anafilaxia.
Formación continua deseable	Ecografía aplicada a procedimientos; Anestesia en poblaciones especiales; Simulación clínica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Realizar la valoración preanestésica (clasificación ASA) de pacientes para procedimientos diagnósticos bajo sedación en la UPDT.
2.	Administrar sedación consciente y/o anestesia local en la sala de procedimientos del sótano.
3.	Monitorear al paciente transoperatoriamente (SpO2, FC, TA, FR).
4.	Gestionar la recuperación postprocedimiento y el alta segura usando la Escala de Aldrete modificada.
5.	Manejar complicaciones anestésicas en ambiente ambulatorio: laringoespasmo, anafilaxia, depresión respiratoria.
6.	Diligenciar completamente la historia clínica anestésica (valoración preanestésica + registro transanestésico + recuperación).
7.	Obtener el consentimiento informado específico para sedación.
8.	Garantizar la disponibilidad de medicamentos de emergencia (adrenalina, flumazenil, naloxona) en sala de procedimientos.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es el propósito de la valoración preanestésica y qué clasifica el score ASA? A) Establecer el diagnóstico oncológico del paciente B) Evaluar el estado de salud del paciente para determinar el riesgo anestésico, estratificar según la clasificación ASA (I-VI) y definir el plan anestésico más seguro C) Autorizar el procedimiento ante la EPS D) Explicar al paciente el costo del procedimiento	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La valoración preanestésica evalúa el estado de salud general, antecedentes, medicamentos, alergias e historia de anestesias previas. La clasificación ASA I (sano) a ASA VI (muerte cerebral) estratifica el riesgo. En la UPDT los procedimientos bajo sedación deben ser ASA I-III estables.
2	VERDADERO o FALSO: La sedación consciente (sedación moderada) permite al paciente mantener la vía aérea de forma independiente y responder a órdenes verbales, siendo adecuada para procedimientos ambulatorios en la UPDT.	V/F	VERDADERO. La sedación consciente o moderada: el paciente mantiene la vía aérea sin asistencia, ventila espontáneamente y responde a estimulación verbal o táctil leve. Es la modalidad estándar para colonoscopia, EGD y biopsias bajo sedación en entornos ambulatorios de la UPDT.
3	¿Cuáles son los criterios de alta del paciente tras sedación ambulatoria según la Escala de Aldrete modificada? A) Solo que el paciente esté despierto y hable B) Puntuación ≥9 en Aldrete modificada: actividad motora, respiración, circulación, conciencia y SpO2 adecuados; el paciente puede deambular con apoyo y tiene acompañante adulto responsable C) Que hayan pasado 30 minutos desde la última dosis de sedante D) Que el médico considere que el paciente está bien	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Escala de Aldrete modificada evalúa: actividad motora (4 extremidades movilizadas), respiración, circulación (PA ±20% del basal), conciencia y SpO2 ≥92%. Puntuación ≥9 = alta segura. El paciente debe ir acompañado y no conducir en las siguientes 24 horas.
4	¿Qué fármaco es el antagonista específico de las benzodiazepinas y cuándo se usa en sedación ambulatoria?	Abierta	El flumazenil es el antagonista competitivo de las BZD. Se usa cuando el paciente presenta sedación excesiva o depresión respiratoria tras midazolam. Dosis IV: 0.2 mg en 15 seg, repetible cada minuto hasta 1 mg. Consideraciones: (1) tiene duración corta (45-90 min), más corta que las BZD, por lo que el paciente puede re-sedarse; (2) no revierte la sedación opiácea (para opioides se usa naloxona); (3) puede precipitar convulsiones en pacientes dependientes de BZD. En la UPDT debe estar disponible junto con naloxona como medicamentos de emergencia.
5	¿Cuál es el tiempo mínimo de ayuno recomendado para líquidos claros antes de una sedación electiva? A) 8 horas B) 6 horas	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. Guías ASA 2023: 2 horas para líquidos claros (agua, jugo sin pulpa, café sin leche); 4 horas para leche materna; 6 horas para sólidos livianos y leche no materna; 8 horas para

	C) 2 horas para líquidos claros; 6 horas para sólidos livianos y leche no materna D) No se requiere ayuno para sedación leve		comidas copiosas. La colonoscopia con preparación intestinal puede modificar estos tiempos.
6	VERDADERO o FALSO: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un factor de riesgo de complicaciones de la vía aérea durante la sedación que debe identificarse en la valoración preanestésica.	V/F	VERDADERO. Los pacientes con AOS tienen mayor riesgo de obstrucción de vía aérea y desaturación durante la sedación. La valoración preanestésica en la UPDT debe incluir el score STOP-BANG para tamización de AOS. En casos positivos puede requerirse monitoreo adicional.
7	¿Cuáles son los signos clínicos iniciales de anafilaxia durante la administración de contraste o medicamentos en la UPDT? A) Solo hipertensión arterial severa B) Urticaria, angioedema, broncoespasmo, hipotensión, taquicardia — cualquier combinación de síntomas cutáneos y/o cardiovasculares o respiratorios tras la exposición C) Solo pérdida de conciencia sin otros síntomas D) Solo diarrea y vómito	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La anafilaxia se presenta con síntomas cutáneos (urticaria, eritema, angioedema), respiratorios (broncoespasmo, estridor, hipoxia) y/o cardiovasculares (hipotensión, taquicardia). El tratamiento de emergencia es adrenalina IM 0.3-0.5 mg (1:1000) en muslo lateral, posición supina con piernas elevadas, O2 y soporte hemodinámico.
8	Describa el manejo inmediato del laringoespasmo durante la recuperación de la sedación en la sala de procedimientos de la UPDT.	Abierta	(1) Reconocer: ruido estridoroso inspiratorio, tiraje intercostal, SpO2 cayendo, movimientos torácicos sin flujo aéreo efectivo; (2) Retirar el estímulo desencadenante; (3) Posicionar: extensión del cuello, maniobra de Larson (presión con dedos en la escotadura del cóndilo mandibular); (4) Administrar O2 al 100% con mascarilla con presión positiva suave; (5) Si no cede: succinilcolina IV 0.1-0.2 mg/kg (laringoespasmo parcial) o 1-2 mg/kg (completo), previo a considerar intubación; (6) Activar el código azul si hay paro respiratorio; (7) Registrar el evento en historia clínica y reportar como evento adverso.
9	¿Por qué el propofol requiere precauciones especiales en sedación ambulatoria en la UPDT? A) Porque es insoluble en agua y se administra por vía oral B) Porque tiene rango terapéutico estrecho: dosis ligeramente excesivas producen anestesia general con pérdida de reflejos laríngeos y apnea; su administración para sedación profunda solo debe hacerla personal entrenado en manejo avanzado de vía aérea C) Porque causa hipertensión severa D) Porque está contraindicado en procedimientos endoscópicos	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El propofol tiene ventana terapéutica estrecha para sedación. Requiere: anestesiólogo presente, equipo de resucitación disponible, monitoreo continuo. No debe ser administrado por no-anestesiólogos para sedación profunda. En la UPDT es el fármaco de elección para sedación en colonoscopia bajo estrictas condiciones de seguridad.
10	VERDADERO o FALSO: El consentimiento informado para sedación debe obtenerse antes del procedimiento e incluir explicación de riesgos específicos de la sedación, alternativas y el derecho del paciente a negarse.	V/F	VERDADERO. El consentimiento informado para sedación es un documento legal y ético separado del consentimiento para el procedimiento diagnóstico. Debe incluir: tipo de sedación, medicamentos a usar, riesgos (náusea, hipotensión, complicaciones de vía aérea, reacción alérgica), instrucciones de ayuno y

			derecho a retractarse. El anestesiólogo es responsable de obtenerlo.

BANCO DE PREGUNTAS UPDT HUSJDMI

PARTE 4 DE 4 Mastólogo • Dermatólogo Oncológico • Enfermera ProfesionalAuxiliar de Enfermería • Coordinador de Ambulancias • Auxiliar APH

MASTÓLOGO

Sótano Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	MASTÓLOGO
Ubicación	Sótano Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico con especialización en mastología o gineco-oncología con énfasis en patología mamaria. RETHUS vigente. Competencias en diagnóstico y manejo de patología mamaria benigna y maligna.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016; Ley 1164 de 2007; Resolución 3280 de 2018.
Formación continua exigible	Detección temprana de cáncer de mama; Bioseguridad; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Oncología clínica mamaria; Cirugía oncológica; Investigación clínica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Valoración clínica integral de pacientes con patología mamaria (diagnóstico, tratamiento y seguimiento).
2.	Solicitar e interpretar la tríada diagnóstica: examen clínico + imagenología (mamografía/ecografía BI-RADS) + citohistología.
3.	Realizar biopsias core guiadas por imagen en la sala de procedimientos del sótano.
4.	Participar en el programa de tamización mamaria de la UPDT en articulación con el INC.
5.	Activar el protocolo de referencia al INC ante confirmación de carcinoma mamario.
6.	Participar en el Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC para discusión de casos de patología mamaria.
7.	Elaborar informes clínicos completos para la gestión de la ruta oncológica por parte del GRO.
8.	Registrar correctamente en historia clínica y sistemas de información.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es la tríada diagnóstica del cáncer de mama? A) Ecografía + TAC + Gammagrafía B) Examen clínico de mama + Imagenología (mamografía/ecografía) + Citohistología (biopsia) C) Análisis genético BRCA + Mamografía + RMM D) Biopsia + Marcadores tumorales + PET-CT	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La tríada diagnóstica es el estándar internacional: (1) examen clínico (inspección + palpación); (2) imagenología con mamografía y/o ecografía (BI-RADS); (3) citohistología mediante biopsia core o escisional. Ningún elemento aislado es suficiente para confirmar o descartar malignidad.
2	VERDADERO o FALSO: La Resolución 3280 de 2018 establece mamografía bilateral cada 2 años para mujeres de 50 a 69 años como tamización poblacional en la RIAS oncológica.	V/F	VERDADERO. La Res. 3280/2018 adopta la mamografía bilateral cada 2 años para mujeres de 50-69 años. Para mujeres con riesgo elevado (BRCA, antecedentes familiares de primer grado) se puede iniciar a los 40 años y/o incluir RMM.
3	¿Cuál es el procedimiento de biopsia de mama de primera línea para lesiones sólidas BI-RADS 4 o 5? A) Biopsia escisional quirúrgica abierta B) Biopsia core (trucut) guiada por ecografía o mamografía con aguja gruesa (14G o mayor) C) PAAF sin imagen guía D) Biopsia por raspado (shave biopsy)	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La biopsia core guiada por imagen es el procedimiento de elección para lesiones sólidas sospechosas. Proporciona tejido para histología, permite evaluar grado histológico, receptores hormonales y HER2 si hay carcinoma. Tiene mayor sensibilidad y especificidad que la PAAF.
4	Describa el proceso de activación de la ruta oncológica tras la confirmación histológica de un carcinoma ductal invasor de mama en la UPDT.	Abierta	(1) El mastólogo notifica al GRO en ≤24 horas del resultado de patología; (2) El GRO acompaña al psicólogo en la comunicación del diagnóstico al paciente (protocolo SPIKES); (3) El GRO notifica formalmente a la EPS del paciente en ≤5 días hábiles con informe clínico completo; (4) El GRO coordina la primera consulta en el INC en ≤15 días hábiles desde la notificación a la EPS; (5) Se registra el caso en SIVIGILA; (6) El mastólogo aporta al INC el informe con anatomía patológica (tipo histológico, grado SBR, RE, RP, HER2, Ki-67), BI-RADS y estadio clínico provisional TNM; (7) Se discute en el Comité Oncológico Conjunto la conducta definitiva.
5	¿Cuáles son los principales factores pronósticos del cáncer de mama que debe reportar la anatomía patológica? A) Solo el tamaño del tumor B) Tamaño tumoral, grado histológico (SBR), estado de márgenes, compromiso	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los factores pronósticos y predictivos son: tamaño (pT), grado histológico (SBR), estado de ganglios (pN), márgenes quirúrgicos, subtipo molecular (RE+, RP+, HER2+, triple negativo),

	ganglionar (pN), receptores hormonales (RE/RP), HER2 y Ki-67 C) Solo el tipo histológico D) Únicamente el estadio TNM clínico		Ki-67 y estadificación TNM completa. Estos determinan el tratamiento adyuvante.
6	VERDADERO o FALSO: La PAAF (punción aspiración con aguja fina) puede diagnosticar definitivamente un carcinoma invasor sin necesidad de biopsia core, siendo suficiente para iniciar tratamiento oncológico.	V/F	FALSO. La PAAF proporciona material citológico (células sueltas) insuficiente para determinar invasión, grado histológico, receptores hormonales o HER2. No puede usarse como diagnóstico definitivo para iniciar tratamiento oncológico. Se requiere biopsia core o escisional con histología.
7	¿Cuál es la diferencia entre carcinoma ductal in situ (CDIS) e invasor? A) El CDIS solo afecta a mujeres mayores de 70 años B) El CDIS está confinado al ducto sin romper la membrana basal (sin capacidad de metastatizar); el carcinoma invasor ha transgredido la membrana basal y puede diseminarse C) El CDIS y el invasor tienen el mismo pronóstico D) Solo el cáncer invasor es visible en mamografía	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El CDIS está confinado a los ductos sin romper la membrana basal; supervivencia >98% a 10 años. El carcinoma invasor ha transgredido la membrana basal con potencial de diseminación linfática y hematógena.
8	¿Qué es el ganglio centinela y cuál es su importancia en el manejo quirúrgico del cáncer de mama?	Abierta	El ganglio centinela (GC) es el primer ganglio de la cadena linfática axilar que drena el tumor mamario, identificado mediante colorante y/o radioisótopo. Su estudio intraoperatorio determina si hay diseminación ganglionar: si el GC es negativo para metástasis, se evita la disección axilar completa, reduciendo significativamente la morbilidad (linfedema, limitación de movilidad). Si es positivo, se define la disección axilar según criterios actuales. Su uso ha transformado el manejo quirúrgico del cáncer de mama con ganglios clínicamente negativos.
9	¿Qué lesiones mamarias benignas son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama y requieren seguimiento intensificado? A) Solo el fibroadenoma simple B) Hiperplasia ductal atípica (HDA), hiperplasia lobulillar atípica (HLA) y carcinoma lobulillar in situ (CLIS) C) Los quistes simples y la mastodinia cíclica D) La adenosis esclerosante	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La HDA y la HLA aumentan el riesgo relativo 4-5 veces. El CLIS es un marcador de riesgo bilateral (8-10 veces mayor). En la UPDT estas pacientes requieren: control imagenológico cada 6 meses, evaluación para quimioprevención y referencia al INC para seguimiento oncológico especializado.
10	VERDADERO o FALSO: En la UPDT, las pacientes de alto riesgo de cáncer de mama (portadoras BRCA, HDA o HLA confirmada) deben ser referidas al INC o a unidades de riesgo hereditario para la prescripción de quimioprevención, en coordinación con el mastólogo.	V/F	VERDADERO. En el contexto de la UPDT (prevención y detección temprana), las pacientes de alto riesgo que requieren quimioprevención (tamoxifeno, raloxifeno) deben ser referidas al INC para manejo oncológico especializado. El mastólogo propone y explica la quimioprevención, pero la prescripción definitiva se realiza en coordinación con oncología.

DERMATÓLOGO / DERMATÓLOGO ONCOLÓGICO

Sótano Torre Central Médico Especialista Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	DERMATÓLOGO / DERMATÓLOGO ONCOLÓGICO
Ubicación	Sótano Torre Central
Tipo	Médico Especialista Intramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Médico especialista en dermatología con énfasis oncológico. RETHUS vigente. Entrenamiento en dermoscopia digital, mapeo corporal y biopsia de piel bajo anestesia local.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016.
Formación continua exigible	Detección de cáncer de piel (ABCDE, dermoscopia); Bioseguridad; Seguridad del paciente.
Formación continua deseable	Investigación clínica; Cirugía dermatológica oncológica.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Realizar mapeo corporal sistematizado con dermoscopia digital en pacientes con factores de riesgo para cáncer de piel.
2.	Clasificar lesiones pigmentadas según criterios ABCDE y hallazgos dermoscópicos.
3.	Tomar biopsias de piel bajo anestesia local en sala de procedimientos del sótano con cadena de custodia hacia el INC.
4.	Activar el protocolo de referencia urgente al INC ante sospecha de melanoma o carcinoma de alto grado.
5.	Participar en el Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC para casos de cáncer de piel confirmado.
6.	Registrar riesgo, indicar fotoprotección y educar al paciente sobre autoexamen mensual.
7.	Notificar al SIVIGILA los casos confirmados de melanoma y otros cánceres de piel.
8.	Diagnosticar y tratar enfermedades dermatológicas relacionadas con el perfil oncológico y cardiovascular de la UPDT.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuáles son los criterios ABCDE para evaluar lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma? A) Abrasión, Blanqueamiento, Costra, Dolor, Extensión B) Asimetría, Bordes irregulares, Color variable (multicolor), Diámetro >6mm, Evolución/Elevación C) Área, Borde, Coloración, Diámetro, Estadio D) Anchura, Bordes, Costras, Dermatoscopía, Estadificación	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. ABCDE: A=Asimetría; B=Bordes irregulares, dentados o mal definidos; C=Color heterogéneo (negro, marrón, rojo, azul, blanco); D=Diámetro >6mm; E=Evolución (cambio en tamaño, forma, color) o Elevación. La E de evolución es el criterio más sensible para detección precoz.
2	VERDADERO o FALSO: El melanoma superficial extensivo (SSM) es el subtipo más frecuente de melanoma cutáneo y suele presentarse en zonas fotoexpuestas de adultos de mediana edad.	V/F	VERDADERO. El SSM representa el 70% de los melanomas. Se desarrolla en zonas intermitentemente expuestas al sol (espalda en hombres, piernas en mujeres). Suele comenzar como una lesión plana con crecimiento radial antes de la fase invasora vertical.
3	¿Cuál es el método diagnóstico definitivo para confirmar un melanoma maligno? A) Dermoscopia digital B) Mapeo fotográfico corporal C) Biopsia escisional con márgenes de 1-2 mm y estudio histopatológico con índice de Breslow D) Prueba de reflectancia confocal	Opción múltiple	Respuesta correcta: C. La biopsia escisional con márgenes de 1-2 mm es el estándar diagnóstico. El índice de Breslow (profundidad de invasión en mm) es el principal factor pronóstico. No debe realizarse biopsia incisional parcial como primera aproximación en lesiones sospechosas.
4	¿Qué es la dermoscopia y cuál es su ventaja sobre la inspección visual simple en la UPDT?	Abierta	La dermoscopia usa luz polarizada para visualizar estructuras de la piel más profundas que el ojo desnudo (epidermis profunda y dermis superficial), permitiendo identificar patrones vasculares, pigmentarios y estructurales propios de lesiones benignas y malignas. Ventaja: aumenta la sensibilidad para melanoma del 71% al 90% en manos expertas, reduce las biopsias innecesarias de lesiones benignas y permite la monitorización serial de lesiones en seguimiento. En la UPDT es esencial para el mapeo corporal sistematizado de pacientes con muchos nevus o alto riesgo.
5	¿Cuál es el factor de riesgo modificable más importante para el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC)? A) Dieta rica en grasas B) Exposición acumulada a la radiación ultravioleta (UV) solar y de camas bronceadoras C) Tabaquismo D) Infección por VPH	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La exposición crónica a radiación UV es el principal factor de riesgo para CBC y CEC. El CBC se asocia a exposición intermitente intensa; el CEC a exposición crónica acumulada. La fotoprotección (SPF ≥30, ropa protectora, evitar pico UV) es la intervención preventiva más importante.

6	VERDADERO o FALSO: El dermatólogo de la UPDT puede tomar la biopsia diagnóstica de una lesión cutánea sospechosa (sacabocado o escisional) en la sala de procedimientos del sótano con cadena de custodia hacia el INC, sin necesidad de esperar el Comité Oncológico Conjunto para la toma de la muestra.	V/F	VERDADERO para la toma de la biopsia; FALSO para la conducta definitiva. El dermatólogo puede tomar la biopsia diagnóstica en la sala de procedimientos con cadena de custodia hacia el INC. Sin embargo, la confirmación de melanoma activa el Comité Oncológico Conjunto para definir la ampliación de márgenes, el estadiaje y el tratamiento definitivo.
7	¿Cuáles son las diferencias entre el Carcinoma Basocelular (CBC) y el Carcinoma Espinocelular (CEC) en cuanto a comportamiento y pronóstico? A) No hay diferencia entre ellos B) El CBC tiene bajo potencial metastásico (<0.5%) y crece lentamente; el CEC tiene mayor potencial de metástasis (1-4%), especialmente en labios, oídos, zonas de cicatriz y mucosas C) El CEC nunca metastatiza D) El CBC es más agresivo que el CEC	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El CBC es localmente destructivo pero rara vez metastatiza (<0.5%). El CEC tiene mayor agresividad biológica: metástasis linfáticas 1-4% en piel, hasta 10-20% en labios/mucosas, mayor riesgo en inmunosuprimidos, quemaduras y cicatrices crónicas.
8	¿Qué es el índice de Breslow y cómo determina el manejo quirúrgico del melanoma?	Abierta	El índice de Breslow mide la profundidad de invasión del melanoma en mm desde la capa granular hasta la célula tumoral más profunda. Es el principal factor pronóstico. Los márgenes de escisión quirúrgica se determinan según Breslow: melanoma in situ → 0.5 cm; ≤1 mm → 1 cm; 1-2 mm → 1-2 cm; >2 mm → 2 cm. También guía la indicación de biopsia de ganglio centinela (indicada si Breslow ≥0.8 mm con ulceración o ≥1 mm sin ulceración).
9	¿Cuál es el protocolo de fotoprotección que el dermatólogo debe enseñar al paciente en la UPDT para prevención primaria de cáncer de piel?	Abierta	El protocolo incluye: (1) Protector solar de amplio espectro (UVA+UVB) FPS ≥30 (≥50 en alto riesgo); aplicar 30 min antes y re-aplicar cada 2 horas o tras mojarse; (2) Evitar exposición solar entre las 10am y las 4pm; (3) Usar ropa con UPF, sombrero de ala ancha y gafas con filtro UV; (4) Evitar camas de bronceado (UVA artificial); (5) Autoexamen mensual de la piel buscando cambios en lesiones existentes o nuevas lesiones (regla ABCDE); (6) Consultar al dermatólogo ante cualquier lesión que cambie, sangre o no cicatrice.
10	VERDADERO o FALSO: El lentigo maligno es una forma de melanoma in situ que afecta principalmente zonas	V/F	VERDADERO. El lentigo maligno (melanoma de Hutchinson) es un melanoma in situ de crecimiento lento en

	fotoexpuestas crónicas en adultos mayores y tiene buen pronóstico si se diagnostica y trata en fase in situ.		piel dañada crónicamente por el sol (cara, cuello, manos) en adultos mayores. Si se extirpa con márgenes adecuados en fase in situ, el pronóstico es excelente. Puede progresar a lentigo maligno melanoma (invasor) si no se trata.

ENFERMERA PROFESIONAL

Sótano Torre Central Profesional Intramural

INFORMACIÓN DEL ARGO

Cargo / Perfil	ENFERMERA PROFESIONAL
Ubicación	Sótano Torre Central
Tipo	Profesional Intramural
Cantidad requerida	2
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Enfermera profesional con tarjeta profesional y RETHUS vigente. BLS vigente (menor a 2 años). Experiencia deseable en APS. Competencias en toma de citologías cervicales.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018; Ley 911 de 2004 (Código Deontológico de Enfermería).
Formación continua exigible	BLS vigente; Atención a víctimas de violencia sexual; Toma de citologías; Manejo del paciente crónico cardiovascular.
Formación continua deseable	Seguridad del paciente; Humanización; Gestión del riesgo; Manejo de residuos.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Liderar programas de promoción y mantenimiento de la salud en la UPDT.
2.	Tomar y registrar citologías cervicales con técnica correcta (espátula de Ayre + cytobrush + spray fijador).
3.	Aplicar el FINDRISC en sala de espera para tamización de riesgo de DM2 y triaje de riesgo.
4.	Tomar signos vitales con técnica estandarizada e interpretar según guías de HTA.
5.	Supervisión técnica del auxiliar de enfermería en todos los procesos asistenciales.
6.	Coordinar con el GRO para el seguimiento de cohortes de riesgo cardiovascular y oncológico.
7.	Atender víctimas de violencia sexual según el protocolo de la Resolución 459 de 2012.
8.	Notificar eventos adversos e incidentes al sistema institucional de seguridad del paciente.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es la técnica correcta para la toma de una citología cervical (PAP)? A) Tomar durante la menstruación para mayor celularidad B) Abstinencia sexual y sin óvulos/cremas 48-72h previas; espéculo sin lubricante oleoso; espátula de Ayre para exocérvix + cytobrush para endocérvix; fijar inmediatamente con alcohol 96° o spray fijador C) Solo se requiere muestra del exocérvix con espátula D) La muestra se toma con guantes estériles sin espéculo	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La técnica correcta incluye: abstinencia sexual y sin óvulos/cremas 48-72h previas; no tomar durante menstruación; espéculo sin lubricante oleoso (o con agua tibia); espátula de Ayre (exocérvix - zona de transformación) + cytobrush (endocérvix); extender uniformemente en la lámina; fijar inmediatamente; rotular correctamente.
2	VERDADERO o FALSO: Según la Ley 911 de 2004, la enfermera responde autónomamente por sus actos profesionales y no puede alegar obediencia debida para eximirse de responsabilidad.	V/F	VERDADERO. La Ley 911/2004 establece que la enfermera responde autónomamente por sus actos. No puede escudarse en el principio de obediencia debida para eximirse de responsabilidad ética y legal por acciones que contravengan los principios de la práctica de enfermería.
3	¿Cuál es el procedimiento correcto para la toma de presión arterial para tamizaje en la UPDT? A) Tomar en cualquier posición, con cualquier manguito, al ingreso B) Paciente sentado en reposo 5 minutos, brazo al nivel del corazón, manguito adecuado al perímetro, dos tomas con 1-2 minutos de diferencia, promediadas; usar el brazo de mayor lectura C) Una sola toma es suficiente para el diagnóstico D) Tomar inmediatamente al ingreso mientras el paciente está de pie	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La técnica estándar para toma de PA: (1) Reposo sentado 5 min sin hablar; (2) Brazo apoyado al nivel del corazón; (3) Manguito adecuado (largo = 80% del perímetro del brazo); (4) Dos tomas con 1-2 min de diferencia; (5) Promediar los valores; (6) Usar el brazo con mayor lectura. Evitar 30 min antes: café, tabaco, ejercicio.
4	Describa las actividades de enfermería en el seguimiento de pacientes con HTA en el programa de gestión del riesgo cardiovascular de la UPDT.	Abierta	(1) Control de PA en cada visita con técnica estandarizada y registro en historia clínica; (2) Verificación de adherencia farmacológica: preguntar sobre olvidos, efectos adversos; (3) Educación sobre modificación de factores de riesgo: dieta DASH, reducción de sodio, actividad física, cesación del tabaco; (4) Aplicación del FINDRISC si no se ha realizado; (5) Medición de peso, talla, IMC y circunferencia abdominal; (6) Verificación de solicitud de paraclínicos de seguimiento (perfil lipídico, función renal, potasio); (7) Seguimiento telefónico entre consultas para pacientes con control deficiente; (8) Coordinación con el GRO para actualización de cohorte y reporte a la EPS.
5	¿Cuáles son los signos y síntomas de una crisis hipertensiva que requieren derivación urgente desde la UPDT?	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La emergencia hipertensiva (PA >180/120 mmHg CON daño de órgano blanco: ACV,

	A) PA >140/90 mmHg con cefalea leve ocasional B) PA >180/120 mmHg con cefalea severa, visión borrosa, dolor torácico, disnea, alteración del sensorio o déficit neurológico (emergencia hipertensiva con daño de órgano blanco) C) PA >160/100 mmHg sin síntomas en paciente en programa de HTA D) Cualquier PA >140/90 mmHg en paciente joven		SCA, EPA, encefalopatía) requiere traslado urgente a urgencias. La urgencia hipertensiva (sin daño de órgano blanco) puede manejarse con reducción gradual en 24-48h. La enfermera debe identificar la diferencia y activar el protocolo adecuado.
6	VERDADERO o FALSO: Las vacunas del PAI (incluyendo la vacuna VPH) pueden ser administradas por la enfermera de la UPDT sin necesidad de prescripción médica individual para cada dosis.	V/F	VERDADERO. Las vacunas del PAI pueden ser administradas por enfermera o auxiliar bajo la supervisión del programa, sin prescripción médica individual. La vacuna VPH está incluida en el PAI para niñas de 9 años y es gratuita en Colombia.
7	¿Cuál es el objetivo del triaje de riesgo con FINDRISC en sala de espera de la UPDT? A) Diagnosticar diabetes en todos los pacientes que esperan consulta B) Identificar sistemáticamente pacientes con riesgo moderado-alto de desarrollar DM2 en los próximos 10 años, para priorizarlos hacia consulta médica o solicitud de glucemia en ayunas C) Solo aplicar en pacientes que ya tienen diagnóstico de diabetes D) Es una herramienta de uso exclusivo del médico	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La enfermera aplica el FINDRISC en sala de espera en ≤3 minutos. Puntaje ≥12 = riesgo moderado (solicitar glucemia en ayunas o HbA1c). Puntaje ≥20 = riesgo muy alto (agendar prioritario con endocrinología). Esta estrategia optimiza la detección temprana sin requerir exámenes previos.
8	¿Cuál es la responsabilidad de la enfermera en la seguridad del paciente durante una toma de biopsia cervical por parte del ginecólogo en la UPDT?	Abierta	Antes: verificación de identidad del paciente (2 identificadores), preparación del campo estéril y materiales, verificación del consentimiento informado, posicionamiento adecuado de la paciente. Durante: apoyo técnico al médico, monitorización del estado de la paciente (signos de vasovagal, dolor), identificación y etiquetado de las muestras. Después: instrucciones a la paciente sobre cuidados post-procedimiento (reposo, abstinencia sexual, signos de alarma), registro en historia clínica y gestión de las muestras según el protocolo de cadena de custodia hacia el INC.
9	¿Qué es la 'notificación de incidente' en el programa de seguridad del paciente? A) Informar al supervisor cuando un paciente llega tarde B) El reporte institucional de cualquier suceso no previsto que podría haber causado daño al paciente (near miss) o que causó un daño real (evento adverso), para aprendizaje y prevención de recurrencias C) La queja formal de un paciente ante la gerencia D) El reporte de una complicación esperada de un procedimiento	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La notificación de incidentes es fundamental para la cultura de seguridad del paciente. Incluye near miss y eventos adversos. El objetivo es el aprendizaje organizacional, no la sanción individual. La enfermera debe reportar activamente sin temor todos los incidentes que observe o en los que participe.

10	VERDADERO o FALSO: La Ley 911 de 2004 permite que la enfermera delegue funciones al auxiliar siempre que estén dentro de las competencias del auxiliar y que la enfermera mantenga la supervisión técnica.	V/F	VERDADERO. La Ley 911/2004 permite la delegación de funciones al auxiliar si: (1) las funciones están dentro del ámbito de competencia del auxiliar; (2) existe supervisión técnica de la enfermera; (3) la enfermera evalúa la capacidad del auxiliar para la tarea delegada. La delegación no exime a la enfermera de la responsabilidad supervisora.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Sótano Torre Central Auxiliar Intramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Ubicación	Sótano Torre Central
Tipo	Auxiliar Intramural
Cantidad requerida	2
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Técnico auxiliar en enfermería. RETHUS vigente. Esquema de vacunación completo. Experiencia deseable en APS.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016; Ley 911 de 2004.
Formación continua exigible	BLS vigente; Atención a víctimas de violencia sexual; Manejo de residuos hospitalarios.
Formación continua deseable	Curso PAI; Seguridad del paciente; Manejo de cadena de frío.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Tomar y registrar signos vitales con técnica adecuada en la consulta externa de la UPDT.
2.	Apoyar actividades asistenciales en consulta externa y programas institucionales bajo supervisión de la enfermera.
3.	Preparar consultorios, equipos e insumos para la atención del día.
4.	Aplicar normas de bioseguridad y gestión correcta de residuos hospitalarios (PGIRASA).
5.	Realizar el manejo correcto de cortopunzantes (no reencapuchar, depósito en guardián).
6.	Manejar la cadena de frío para vacunas e insulinas (2-8°C, monitoreo de temperatura 2 veces/día).
7.	Notificar al equipo de enfermería cualquier novedad del estado del paciente o del consultorio.
8.	Registrar correctamente en el sistema de información y en los formatos auxiliares.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuáles son los signos vitales que debe tomar y registrar el auxiliar en la consulta externa de la UPDT? A) Solo temperatura y pulso B) Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno (SpO2), peso y talla C) Solo presión arterial y temperatura D) Únicamente los que el médico indique en cada caso	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los signos vitales completos en la UPDT incluyen: temperatura (normal 36-37.5°C), FC (60-100 lpm adultos), FR (12-20 rpm), PA (<130/80 ideal), SpO2 (>95% aire ambiente), peso y talla (para IMC). También glucometría si aplica el programa.
2	VERDADERO o FALSO: El auxiliar de enfermería puede administrar medicamentos intravenosos de forma independiente sin supervisión de la enfermera profesional en la UPDT.	V/F	FALSO. La administración de medicamentos IV requiere supervisión directa de la enfermera profesional. El auxiliar puede administrar medicamentos por vía oral, SC o IM bajo protocolos establecidos y supervisión. La vía IV es una competencia de mayor complejidad.
3	¿Cuál es la clasificación de residuos hospitalarios según el PGIRASA que debe conocer el auxiliar? A) Reciclables y no reciclables únicamente B) No peligrosos (biodegradables, reciclables, inertes, ordinarios) y peligrosos (biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes, químicos, reactivos, radiactivos) C) Solo peligrosos y no peligrosos sin subdivisiones D) Solo cortopunzantes y biosanitarios	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El PGIRASA clasifica: No peligrosos: biodegradables (restos de alimentos), reciclables (papel, cartón), inertes, ordinarios. Peligrosos: biosanitarios (gasas con sangre, guantes), anatomopatológicos (tejidos), cortopunzantes (agujas, bisturís), químicos (medicamentos, reactivos), radiactivos. El código de colores es obligatorio.
4	¿Cuál es el procedimiento correcto tras una punción accidental con aguja posiblemente contaminada?	Abierta	(1) NO exprimir la herida; (2) Lavar con agua y jabón abundante 5 minutos; (3) Aplicar antiséptico (alcohol 70% o povidona yodada); (4) Reportar INMEDIATAMENTE al jefe de turno y al Responsable de Salud Ocupacional; (5) Evaluar el riesgo: estado serológico del paciente fuente (VIH, VHB, VHC); (6) Si riesgo de VIH: iniciar PEP en ≤2 horas; (7) Tomar serologías basales al auxiliar (VIH, VHB, VHC); (8) Seguimiento serológico a las 6 semanas, 3 y 6 meses; (9) Registrar el accidente en el formato FURAT (ARL).
5	¿Cómo debe desecharse correctamente una aguja usada en la UPDT? A) Doblar la aguja con los dedos y depositar en bolsa roja	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Las agujas NO deben reencapucharse (principal causa de accidentes biológicos). Se depositan directamente en el guardián al 75%

	B) NO reencapuchar, depositar directamente en el guardián de cortopunzantes (rígido, resistente a pinchazos, con tapa de seguridad) hasta el 75% de su capacidad C) Reencapuchar con dos manos y depositar en bolsa roja D) Depositar en cualquier recipiente rígido disponible		máximo de su capacidad. Es una norma de bioseguridad de cumplimiento obligatorio en todas las áreas de la UPDT.
6	VERDADERO o FALSO: La toma de muestra de sangre para glicemia en ayunas y la glucometría capilar son actividades dentro del ámbito de competencia del técnico auxiliar de enfermería.	V/F	VERDADERO. La toma de muestras para laboratorio y la glucometría capilar son actividades dentro del ámbito de competencia del auxiliar de enfermería según la Ley 1164/2007 y las Competencias Laborales del SENA, siempre que exista protocolo institucional y supervisión general de la enfermera.
7	¿Cuáles son los 6 pasos del lavado de manos clínico de la OMS que debe aplicar el auxiliar? A) Solo frotar las palmas 10 segundos B) Palmas contra palmas; dorso de mano sobre palma opuesta; palmas entrelazadas; dorso de dedos sobre palmas; rotación del pulgar; movimiento rotatorio con dedos en palma opuesta — duración 20-30 segundos con jabón o con alcohol gel C) Lavado con guantes es suficiente D) Solo es necesario antes de procedimientos, no después	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Los 6 pasos de la OMS (2009) deben realizarse en 20-30 segundos con jabón (manos visiblemente sucias) o 20-30 segundos con alcohol gel (manos sin suciedad visible). La higiene de manos es la intervención de mayor impacto en la prevención de IAAS.
8	Describa las funciones de preparación del consultorio que debe realizar el auxiliar antes de la consulta de la mañana en la UPDT.	Abierta	(1) Verificar la limpieza y desinfección del consultorio (camilla, superficies, escritorio); (2) Verificar el suministro de insumos: guantes (tallas S, M, L), gasas, espéculos, mascarillas, jabón, alcohol gel, spray fijador, espátulas, cytobrush, láminas; (3) Verificar el funcionamiento de los equipos: tensiómetro, termómetro, pulsioxímetro, glucómetro; (4) Verificar el guardián de cortopunzantes (no supere el 75%); (5) Verificar el acceso al sistema de historia clínica; (6) Reportar al jefe de enfermería cualquier insumo faltante o equipo en mal estado.
9	¿Qué es la 'cadena de frío' y cuál es el papel del auxiliar en su mantenimiento en la UPDT? A) El sistema de transporte de muestras de patología al INC B) El sistema de almacenamiento y transporte de vacunas e insulinas que garantiza temperaturas entre 2°C y 8°C desde la producción hasta la administración C) El sistema de aires acondicionados del hospital D) El protocolo de manejo de cadáveres	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El auxiliar contribuye a la cadena de frío: verificando la temperatura del refrigerador 2 veces al día con registro obligatorio, reportando cualquier variación fuera del rango (2-8°C) al jefe de enfermería, manteniendo orden FEFO, no sobrecargando el refrigerador y usando termómetros de máximos y mínimos.
10	VERDADERO o FALSO: El auxiliar de enfermería debe reportar	V/F	VERDADERO.

	inmediatamente a la enfermera jefe cualquier cambio en el estado clínico del paciente que observe durante la atención, como palidez súbita, sudoración fría, pérdida de conciencia o dificultad respiratoria.		El auxiliar tiene la obligación de reportar inmediatamente cualquier cambio en el estado clínico del paciente a la enfermera profesional o al médico. Esta acción temprana puede prevenir eventos adversos graves y es parte esencial de la seguridad del paciente en la UPDT.

COORDINADOR DE AMBULANCIAS

Servicio de Ambulancias HUSJDMI Coordinador Extramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	COORDINADOR DE AMBULANCIAS
Ubicación	Servicio de Ambulancias HUSJDMI
Tipo	Coordinador Extramural
Cantidad requerida	1
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Profesional o tecnólogo en salud o áreas afines. Experiencia en coordinación de servicios de transporte sanitario. Conocimiento en normativa de traslado de pacientes.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Resolución 1220 de 2003 (traslado de pacientes); Decreto 780 de 2016.
Formación continua exigible	Normativa de traslado de pacientes (Res. 1220/2003); Seguridad del paciente; Gestión de emergencias.
Formación continua deseable	Administración de servicios de salud; Comunicaciones en emergencias; SG-SST.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Coordinar operativa y administrativamente el servicio de ambulancias del HUSJDMI.
2.	Garantizar la disponibilidad y el mantenimiento de las ambulancias y el equipo médico a bordo.
3.	Supervisar el talento humano del servicio: conductores, auxiliares APH y radio operadores.
4.	Gestionar los traslados de pacientes conforme a la Resolución 1220 de 2003.
5.	Coordinar con el radio operador la asignación de unidades y el seguimiento de traslados en curso.
6.	Elaborar informes de gestión y cumplimiento de indicadores del servicio.
7.	Verificar que todo el personal del servicio cuente con habilitación vigente (RETHUS, certificaciones APH).
8.	Articular con la UPDT para los traslados de pacientes en la ruta oncológica y cardiovascular.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuál es la norma que regula el traslado de pacientes en ambulancias en Colombia? A) Resolución 2003 de 2014 B) Resolución 1220 de 2003 C) Decreto 1953 de 2023 D) Resolución 3100 de 2019	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Resolución 1220/2003 del MSPS regula los requisitos para la habilitación y funcionamiento del servicio de traslado de pacientes (ambulancias), incluyendo: tipos de traslado (básico y medicalizado), dotación mínima, personal requerido y condiciones de habilitación ante la SDS.
2	VERDADERO o FALSO: El coordinador de ambulancias debe verificar que todo el personal del servicio (conductores, auxiliares APH, paramédicos) cuente con el RETHUS vigente como condición de habilitación del servicio.	V/F	VERDADERO. La Resolución 3100/2019 y la Resolución 1220/2003 exigen que todo el personal de salud del servicio de ambulancias esté inscrito en el RETHUS. El coordinador es responsable de verificar y mantener actualizado este requisito.
3	¿Cuáles son los tipos de traslado de pacientes reconocidos por la normativa colombiana? A) Solo traslado de emergencia B) Traslado básico (asistencial no medicalizado) y traslado medicalizado (con médico y/o enfermera a bordo) C) Traslado preventivo y traslado curativo D) Traslado primario y traslado secundario exclusivamente	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Res. 1220/2003 reconoce: Traslado básico (TAB): atención pre-hospitalaria básica sin médico a bordo; Traslado medicalizado (TAM): con médico y/o enfermera, para pacientes críticos o inestables. La dotación mínima y el personal difieren según el tipo.
4	¿Cuál es la dotación mínima obligatoria de una ambulancia de traslado básico (TAB) según la normativa colombiana?	Abierta	Según la Resolución 1220/2003, la dotación mínima de una TAB incluye: (1) Camilla de transporte con correas; (2) Silla de ruedas plegable; (3) Equipo de inmovilización (collarines cervicales, tablas espinales); (4) Equipo de oxigenoterapia (cilindro de O2 portátil, mascarillas, cánulas); (5) Desfibrilador externo automático (DEA); (6) Equipo de signos vitales (tensiómetro, pulsioxímetro, termómetro); (7) Botiquín de primeros auxilios; (8) Equipos de protección personal; (9) Camilla de cuchara o scoop stretcher; (10) Sistema de comunicaciones (radio o celular). El personal mínimo es conductor con certificación APH + auxiliar APH.
5	¿Qué responsabilidades tiene el coordinador de ambulancias respecto al mantenimiento de los vehículos y equipos? A) Solo programar el lavado de las ambulancias B) Garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos, la calibración y verificación periódica de los equipos médicos a bordo (DEA, oxígeno, monitor), y el registro documental de cada intervención de mantenimiento C) El mantenimiento es responsabilidad exclusiva del conductor D) Solo verificar que el vehículo tenga SOAT vigente	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El coordinador garantiza: mantenimiento preventivo programado de los vehículos, verificación diaria del funcionamiento de equipos médicos (DEA, oxígeno, monitor de signos vitales), registro de mantenimientos en el libro de vida del equipo y gestión de los correctivos oportunamente.

6	VERDADERO o FALSO: El radio operador del servicio de ambulancias cumple una función crítica de seguridad al coordinar en tiempo real la asignación de unidades, el seguimiento de traslados activos y la comunicación con el hospital receptor.	V/F	VERDADERO. El radio operador es el eje de la coordinación operativa del servicio. Su función incluye: recibir las solicitudes de traslado, asignar la unidad más adecuada según disponibilidad y tipo de traslado, hacer seguimiento del traslado en curso, comunicar con el hospital receptor y documentar cada evento. Su rol es crítico para la seguridad del paciente en traslado.
7	¿Qué información debe registrarse en el formato de traslado de un paciente en la ambulancia del HUSJDMI? A) Solo el nombre del paciente y el destino B) Identificación del paciente, diagnóstico o motivo de traslado, estado clínico al inicio y al final del traslado, signos vitales en ruta, medicamentos administrados, incidentes durante el traslado, nombre del personal a bordo, hora de salida y llegada C) Solo los datos del conductor y la placa del vehículo D) Únicamente el nombre del médico que ordenó el traslado	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El formato de traslado es un documento médico-legal que debe contener: identificación del paciente, diagnóstico, estado clínico inicial y final, signos vitales, medicamentos administrados, incidentes durante el traslado, personal a bordo y tiempos (salida, llegada). Es parte de la historia clínica.
8	Explique el procedimiento de activación del servicio de ambulancia para el traslado de un paciente oncológico de la UPDT al INC para inicio de tratamiento.	Abierta	(1) El GRO o el Coordinador Médico de la UPDT notifica al radio operador la necesidad de traslado, indicando el tipo de paciente (oncológico estable) y el destino (INC); (2) El radio operador asigna la unidad disponible más adecuada (TAB para paciente estable); (3) Se notifica al INC del traslado con el tiempo estimado de llegada; (4) Se confirma la autorización de la EPS para el traslado (si aplica); (5) La ambulancia llega a la UPDT; el auxiliar APH recibe el resumen clínico del médico; (6) Traslado con monitoreo de signos vitales en ruta; (7) Entrega formal al personal del INC con registro completo en el formato de traslado; (8) El radio operador registra el cierre del servicio.
9	¿Cuál es la obligación del servicio de ambulancias respecto a la atención de emergencias en la vía pública, independientemente de si el paciente es afiliado al HUSJDMI? A) Solo atender pacientes previamente registrados en el HUSJDMI B) Prestar los primeros auxilios y estabilizar al paciente en caso de emergencia en la vía pública, independientemente de la afiliación, conforme al principio de atención de urgencias sin condicionamiento de pago previo C) Comunicarse con la EPS del paciente antes de intervenir D) Derivar inmediatamente sin intervenir al paciente	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La Ley 1751/2015 y el principio ético de atención de urgencias obligan a prestar los primeros auxilios ante cualquier emergencia en la vía pública. La ambulancia no puede condicionar la atención de urgencias al pago previo ni a la afiliación.
10	VERDADERO o FALSO: El servicio de ambulancias del HUSJDMI debe estar habilitado ante la Secretaría Distrital de	V/F	VERDADERO. El servicio de traslado de pacientes es un servicio de salud que debe estar habilitado ante

	Salud y cumplir los estándares de la Resolución 3100 de 2019 para el servicio de traslado de pacientes.		la SDS conforme a la Resolución 3100/2019 y la Resolución 1220/2003. El coordinador es responsable de mantener la habilitación vigente, actualizarla ante cambios en el portafolio y garantizar las condiciones mínimas en todo momento.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA APH (Atención Pre-Hospitalaria)

Servicio de Ambulancias HUSJDMI Auxiliar Extramural

INFORMACIÓN DEL CARGO

Cargo / Perfil	AUXILIAR DE ENFERMERÍA APH (Atención Pre-Hospitalaria)
Ubicación	Servicio de Ambulancias HUSJDMI
Tipo	Auxiliar Extramural
Cantidad requerida	2
Fecha estimada inicio	11/04/2026

REQUISITOS Y NORMATIVA

Requisitos de formación	Técnico auxiliar de enfermería con certificación en APH (Atención Pre-Hospitalaria). RETHUS vigente. BLS vigente. Esquema de vacunación completo.
Fundamento normativo	Resolución 3100 de 2019; Resolución 1220 de 2003; Ley 1164 de 2007.
Formación continua exigible	BLS vigente; Certificación en APH; Manejo de inmovilización y traslado seguro; Bioseguridad.
Formación continua deseable	ACLS básico; Manejo del paciente oncológico en traslado; Simulación en emergencias.

FUNCIONES PRINCIPALES

1.	Brindar atención pre-hospitalaria básica y estabilización del paciente en la ambulancia.
2.	Realizar evaluación primaria y secundaria del paciente durante el traslado (ABCDE).
3.	Aplicar técnicas de inmovilización y movilización segura del paciente.
4.	Administrar oxigenoterapia y medicamentos de soporte básico según protocolo.
5.	Monitorear signos vitales durante el traslado y reportar cambios al hospital receptor.
6.	Registrar completamente el formato de atención pre-hospitalaria.
7.	Mantener el equipo médico de la ambulancia en óptimas condiciones y reportar anomalías.
8.	Cumplir normas de bioseguridad y disposición de residuos biológicos generados durante el traslado.

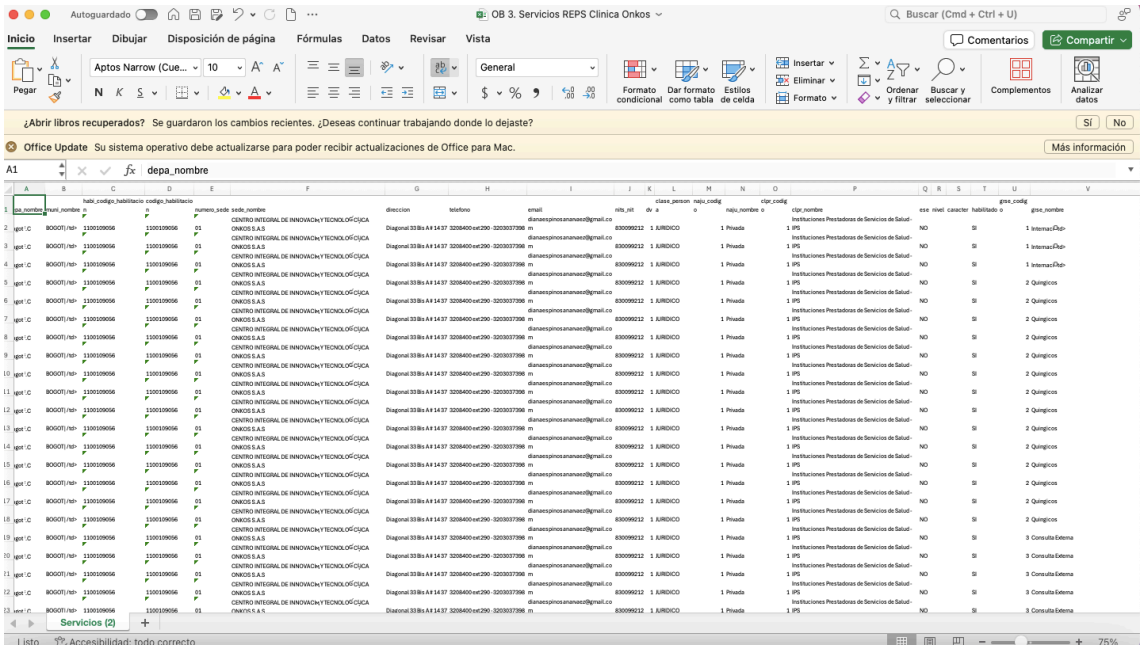
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO 10 PREGUNTAS

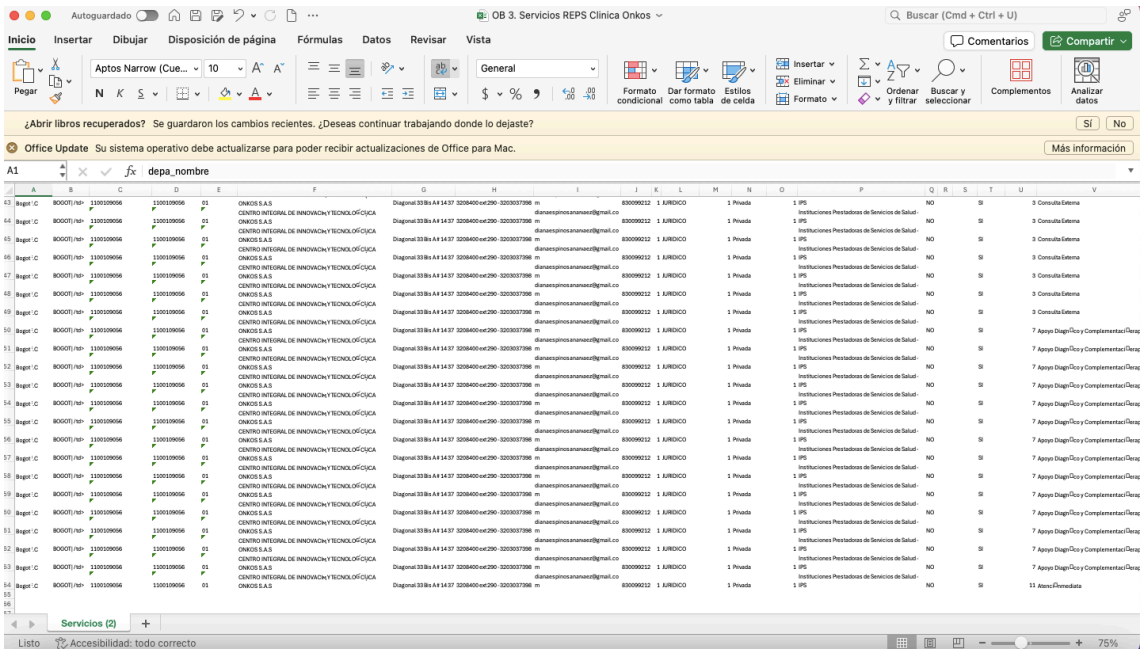
Instrucciones: La columna derecha contiene la respuesta correcta y criterios de calificación para uso exclusivo del evaluador.

N°	Pregunta	Tipo	Respuesta Correcta / Criterio de Calificación
1	¿Cuáles son los componentes de la evaluación primaria del paciente en atención pre-hospitalaria (secuencia ABCDE)? A) Alerta, Buscar, Comunicar, Derivar, Evaluar B) Airway (vía aérea), Breathing (ventilación), Circulation (circulación), Disability (neurológico), Exposure (exposición) C) Anamnesis, Biometría, Constantes, Diagnóstico, Egreso D) Arteria, Búsqueda, Cirugía, Diagnóstico, Examen	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La secuencia ABCDE de la evaluación primaria: A=Airway (vía aérea permeable y control cervical); B=Breathing (ventilación adecuada, SpO2); C=Circulation (pulso, hemorragias, FC, TA); D=Disability (estado neurológico: AVPU, escala de Glasgow, pupilas); E=Exposure (exposición completa del paciente, temperatura). Es el estándar APH internacional.
2	VERDADERO o FALSO: El auxiliar APH debe iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica en un paciente en paro cardiorrespiratorio en la ambulancia hasta la llegada al hospital receptor, sin esperar instrucciones del médico.	V/F	VERDADERO. El auxiliar APH con BLS certificado tiene la competencia y la obligación de iniciar RCP básica (compresiones de alta calidad 100-120/min + ventilaciones + DEA) ante un PCR, continuando hasta: recuperación de la circulación espontánea, llegada al hospital receptor o instrucción del médico coordinador por radio.
3	¿Cuál es la técnica correcta de inmovilización cervical en un paciente con sospecha de trauma de columna cervical durante un traslado? A) Usar solo la tabla espinal sin collarín B) Aplicar el collarín cervical del tamaño adecuado con el paciente en posición neutral alineada, y completar la inmovilización en tabla espinal con soportes laterales de cabeza y fijaciones C) Solo sujetar la cabeza con las manos durante el traslado D) No inmovilizar si el paciente está consciente y no refiere dolor	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La inmovilización cervical correcta requiere: collarín cervical de tamaño apropiado (medir cuello), colocado con el paciente en posición neutral alineada, seguido de tabla espinal con soportes laterales de cabeza (head blocks) y al menos 3 bandas de fijación (tórax, pelvis, piernas).
4	Describa el procedimiento de entrega del paciente al personal del hospital receptor al finalizar el traslado.	Abierta	(1) Identificación del paciente: nombre, edad, identificación; (2) Motivo del traslado y diagnóstico de remisión; (3) Estado clínico al inicio del traslado y durante el mismo; (4) Signos vitales: inicial, en ruta y final; (5) Procedimientos realizados durante el traslado (O2, inmovilización, medicamentos administrados); (6) Incidentes durante el traslado; (7) Documentación: entrega del formato APH completo y firmado; (8) Verificar que el personal receptor confirme la recepción y firme el formato de transferencia. La entrega debe ser verbal Y documental.
5	¿Cuál es la dosis de oxígeno recomendada para un paciente con SpO2 entre 90-94% durante el traslado en ambulancia? A) O2 al 100% con mascarilla de no reinhalar a 15 L/min	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. La oxigenoterapia en el paciente no crítico busca mantener SpO2 entre 94-98%. Se usa cánula nasal a 2-4 L/min o mascarilla facial a 5-10 L/min. Para SpO2 <90% o paciente crítico se usa mascarilla de no reinhalar a 10-15 L/min. En EPOC la meta es 88-92%.

	B) O2 por cánula nasal a 2-4 L/min o mascarilla facial a 5-10 L/min para mantener SpO2 entre 94-98% C) No se necesita O2 si el paciente está consciente D) O2 solo si la SpO2 es menor del 80%		
6	VERDADERO o FALSO: El auxiliar APH debe registrar en el formato de atención pre-hospitalaria los signos vitales tomados al inicio del traslado, durante el mismo y a la llegada al hospital receptor.	V/F	VERDADERO. El registro completo de signos vitales (al inicio, durante el traslado y a la llegada) es obligatorio en el formato APH. Es un documento médico-legal que forma parte de la historia clínica del paciente y es exigido por la Resolución 1220/2003.
7	¿Cuál es el manejo inicial del auxilio APH ante un paciente con sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM) durante un traslado? A) Solo mantener al paciente acostado y acelerar el traslado B) Posición semisentada, oxígeno si SpO2 <94%, monitoreo continuo (SpO2, FC, TA, ECG si disponible), notificar al hospital receptor para activar el protocolo de hemodinamia, y NO administrar ASA sin indicación médica por radio C) Administrar nitroglicerina sublingual de forma empírica D) Solo tomar signos vitales y registrar	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. El manejo APH ante sospecha de IAM incluye: posición semisentada, O2 si SpO2 <94%, monitoreo continuo, notificación al hospital receptor para activación del código IAM, y comunicación con el médico coordinador para instrucciones específicas. La ASA y la nitroglicerina requieren orden médica.
8	¿Cuáles son las normas de bioseguridad que debe aplicar el auxiliar APH durante la atención de un paciente en la ambulancia?	Abierta	(1) Usar EPP según el nivel de exposición: guantes, mascarilla (quirúrgica o N95 si hay secreciones respiratorias), gafas protectoras, bata o traje de protección si hay riesgo de salpicaduras; (2) No reencapuchar agujas; depositar cortopunzantes en guardián portátil a bordo; (3) Separar residuos biosanitarios (gasas, guantes contaminados) en bolsa roja; (4) Realizar higiene de manos con alcohol gel antes y después de la atención; (5) Limpiar y desinfectar la camilla y superficies de contacto después de cada traslado; (6) Reportar accidentes biológicos inmediatamente al coordinador.
9	¿Qué información debe verificar el auxiliar APH sobre el paciente antes de iniciar el traslado desde la UPDT al INC? A) Solo el nombre y la dirección del INC B) Identidad del paciente (2 identificadores), diagnóstico y motivo de traslado, estado clínico actual (signos vitales), documentos clínicos (resumen médico, resultados de patología, autorizaciones de la EPS para el traslado), y medicamentos e insumos necesarios a bordo C) Solo la autorización de la EPS D) Únicamente el nombre del médico remitente	Opción múltiple	Respuesta correcta: B. Antes del traslado el auxiliar APH verifica: identidad con 2 identificadores, diagnóstico y motivo de traslado, estado clínico estable, documentos clínicos completos para el INC (resumen, resultados de patología), autorizaciones de la EPS para el traslado y disponibilidad de O2, insumos y medicamentos de emergencia a bordo.
10	VERDADERO o FALSO: En Colombia, el servicio de ambulancias que presta	V/F	VERDADERO.

	traslados medicalizados debe contar con médico a bordo, diferenciándose así del traslado básico que solo requiere auxiliar APH y conductor.		Según la Resolución 1220/2003, el traslado medicalizado (TAM) requiere médico y/o enfermera a bordo, es para pacientes críticos o inestables. El traslado básico (TAB) requiere auxiliar APH certificado + conductor, para pacientes estables. Esta distinción determina la dotación mínima requerida para cada tipo de traslado.


OB 3. Servicios REPS Clinica Onkos
Buscar (Cmd + Ctrl + U)
Inicio
Insertar
Dibujar
Disposición de página
Fórmulas
Datos
Revisar
Vista
Comentarios
Compartir
¿Abrir libros recuperados? Se guardaron los cambios recientes. ¿Deseas continuar trabajando donde lo dejaste?
Sí
No
Office Update Su sistema operativo debe actualizarse para poder recibir actualizaciones de Office para Mac.
Más información
A1
depa_nombre
Servicios (2)
Listo
Accesibilidad: todo correcto
75%


OB 3. Servicios REPS Clinica Onkos
Buscar (Cmd + Ctrl + U)
Inicio
Insertar
Dibujar
Disposición de página
Fórmulas
Datos
Revisar
Vista
Comentarios
Compartir
¿Abrir libros recuperados? Se guardaron los cambios recientes. ¿Deseas continuar trabajando donde lo dejaste?
Sí
No
Office Update Su sistema operativo debe actualizarse para poder recibir actualizaciones de Office para Mac.
Más información
A1
depa_nombre
Servicios (2)
Listo
Accesibilidad: todo correcto
75%

1. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. CARDIÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100 de 2019 establece que los servicios de consulta externa especializada en cardiología deben contar con médico cardiólogo certificado e inscrito en el RETHUS como condición de habilitación ante la SDS.
La ausencia de este perfil impide la habilitación del servicio y genera riesgo de cierre con las sanciones previstas en el Decreto 1011/2006.
La Resolución 3280/2018 (RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica) exige la participación del especialista cardiovascular en el manejo integral de pacientes con riesgo cardiovascular alto y muy alto.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT tiene como eje central la ruta de mantenimiento de la salud cardio-cerebro-vascular-metabólica. El cardiólogo es el especialista de referencia para la confirmación diagnóstica, la estratificación del riesgo cardiovascular (Framingham ≥20%) y el manejo de HTA estadio 2, insuficiencia cardíaca, arritmias y síndrome coronario en contexto ambulatorio. Sin este perfil, los pacientes identificados en riesgo alto por el médico general no tendrían destino asistencial dentro de la UPDT, obligando remisiones externas que incrementan costos, reducen oportunidad y generan glosas por falta de pertinencia de la referencia.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN- RIAS

El cardiólogo ejecuta las intervenciones de manejo integral de la RIAS cardiovascular: interpretación de ECG, MAPA, ecocardiograma; ingreso de pacientes al programa HTA/IC; y reporte mensual de indicadores de metas terapéuticas a las EPS. Articula con el médico general, el gestor de riesgo de enlace IPS-EPS y el coordinador médico en la gestión de cohortes de riesgo cardiovascular remitidas por las EPS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se estima una demanda inicial de 80-120 consultas especializadas de cardiología/mes provenientes de afiliados con riesgo cardiovascular

alto/muy alto. Los indicadores de la RIAS (coberturas de tamización, % con PA <130/80, % con LDL <70 mg/dL en muy alto riesgo) serán reportados mensualmente a las EPS; el incumplimiento puede derivar en glosas, penalizaciones contractuales y pérdida de contratos.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales por días u horas según agenda. Mínimo 3 días/semana de presencia en la UPDT para cumplir los tiempos de oportunidad exigidos por la Resolución 3280/2018 (primera cita especialista ≤15 días hábiles desde la identificación del riesgo alto).

2. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. ENDOCRINÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige médico especialista en endocrinología con RETHUS vigente para habilitar el servicio de consulta externa.
La Resolución 3280/2018 (RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica) incluye el manejo del riesgo metabólico (DM2, obesidad, síndrome metabólico, dislipidemia) como componente esencial de la ruta integral de atención. La ausencia impide cumplir el Sistema Único de Habilitación y los compromisos de la RIAS con las EPS contratantes.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La DM2 es la segunda causa de consulta crónica en Colombia y principal factor de riesgo cardiovascular gestionable. La UPDT requiere endocrinólogo para el manejo especializado de DM2 de difícil control, síndrome metabólico, hipotiroidismo y obesidad mórbida; para la prescripción de tecnologías No PBS mediante MIPRES (insulinas análogas, GLP-1); y para el monitoreo de metas terapéuticas (HbA1c <7%, PA <130/80, LDL <100 mg/dL). Sin este perfil, los pacientes con DM2 no controlada deben remitirse a mayor complejidad, incrementando costos y reduciendo la resolutividad de la UPDT.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN- RIAS

El endocrinólogo es el especialista de referencia interna para los pacientes con FINDRISC ≥20 identificados por el médico general o la

enfermera, y para los pacientes con DM2 con complicaciones remitidos desde el médico internista. Coordina con el nutricionista los planes de alimentación terapéutica y con el gestor de riesgo de enlace el reporte de indicadores de control metabólico a las EPS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 60-100 consultas especializadas de endocrinología/mes. El incumplimiento en los indicadores de control metabólico pactados con las EPS puede generar glosas en los contratos de GIRS y pérdida de pacientes con enfermedades de alto costo.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 2-3 días/semana de presencia en la UPDT."

3. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. GERIATRA (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece los requisitos de habilitación para el servicio de consulta externa de geriatría. La Resolución 3280/2018 incluye intervenciones específicas para adultos mayores (≥60 años) en la ruta de mantenimiento de la salud: valoración geriátrica comprensiva, tamización de deterioro cognitivo y evaluación de fragilidad. La Ley 1164/2007 exige RETHUS vigente.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El envejecimiento poblacional de Bogotá hace que los adultos mayores representen una proporción creciente de los afiliados de las EPS contratantes. La coexistencia de riesgo oncológico y cardiovascular con síndromes geriátricos (fragilidad, polifarmacia, deterioro cognitivo) requiere una valoración especializada que el médico general o internista no puede sustituir integralmente. La ausencia del geriatra limita la capacidad de atención diferencial para el adulto mayor, afectando los indicadores de calidad y satisfacción.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN -RIAS

El Geriatra realiza la VGC en los cuatro dominios (funcional, cognitivo, afectivo y social), identifica síndromes geriátricos que pueden modificar la tolerancia al tratamiento oncológico o cardiovascular, y coordina con el psicólogo, el trabajador social y el nutricionista los planes de cuidado integral. Articula con el GRO para que los adultos mayores con sospecha de cáncer reciban seguimiento adecuado considerando sus condiciones de fragilidad.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se estima una demanda de 50-80 consultas de geriatría/mes. La correcta identificación de la fragilidad reduce en un 30-40% las complicaciones asociadas a procedimientos diagnósticos en adultos mayores.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 2 días/semana con agenda coordinada con el médico general y el internista para la referencia interna eficiente.

4. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. MÉDICO DE FAMILIA (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta externa de medicina familiar como especialidad diferenciada. La Resolución 3280/2018 y la Política PAIS (Resolución 429/2016) posicionan al médico de familia como eje articulador de la APS y la gestión del riesgo. La Ley 1164/2007 y el Decreto 780/2016 exigen RETHUS vigente.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El médico de familia garantiza la continuidad de la atención longitudinal con enfoque biopsicosocial y familiar. Es el especialista idóneo para la implementación de las RIAS en el contexto familiar, la evaluación del riesgo oncológico hereditario mediante el genograma clínico y la articulación con los EBS para la ruta extramural. Sin este perfil, toda la demanda se concentra en el médico general, reduciendo la capacidad resolutiva y la profundidad del abordaje integral.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN - RIAS

El médico de familia articula el componente de APS con la UPDT: solicita tamizajes de la RIAS oncológica (ADN-VPH, mamografía, FIT/SOH), activa rutas ante síntomas de alarma y coordina con el GRO la trazabilidad de los casos sospechosos. Trabaja en red con los EBS de las EPS para la captación extramural de población en riesgo.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 80-100 consultas/mes. La integración del médico de familia reduce hasta un 25% las remisiones innecesarias a especialistas, optimizando los recursos de la UPDT.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3 días/semana con disponibilidad para actividades extramurales coordinadas con los EBS.

5. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. MÉDICO INTERNISTA (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige médico internista con RETHUS vigente para la habilitación del servicio de consulta externa de medicina interna. Las GPC del MSPS/IETS para HTA y DM2 establecen que los pacientes con enfermedad crónica compleja (ERC, IC, polipatología) deben ser atendidos por internista. La ausencia configura brecha de habilitación y limita la resolutividad de la UPDT.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA.

El internista atiende el nivel de mayor complejidad en la consulta externa: HTA estadio 2 con daño de órgano blanco, DM2 con complicaciones (ERC, neuropatía, IC), dislipidemias de difícil control y sospecha de cáncer sistémico. Es el especialista de referencia para decisiones en pacientes con comorbilidades múltiples donde la indicación de

procedimientos diagnósticos invasivos requiere valoración integral de riesgos.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN- RIAS

El internista coordina con el cardiólogo, el endocrinólogo y el nefrólogo el manejo de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. Puede solicitar LDCT para tamización de cáncer de pulmón en fumadores pesados y activar el GRO para la referencia al INC. Reporta indicadores de metas terapéuticas a las EPS en el marco de los contratos de GIRS cardiovascular.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 70-90 consultas de medicina interna/mes. La resolución interna de casos complejos evita hospitalizaciones y reduce el costo medio por paciente con enfermedad crónica en un 20-30%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3 días/semana. Articulación permanente con cardiología y endocrinología para juntas médicas interdisciplinarias.

6. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. MÉDICO GENERAL (2 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige médico general con tarjeta profesional vigente y RETHUS como condición de habilitación del servicio de consulta externa de medicina general. La Resolución 3280/2018 asigna al médico general la responsabilidad primaria de aplicar las RIAS cardiovascular y oncológica: tamización con FINDRISC y Framingham, solicitud de ADN-VPH, mamografía, FIT/SOH y PSA; ingreso de pacientes a programas de HTA/DM2; y notificación al SIVIGILA.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El médico general es la puerta de entrada clínica de la UPDT y el ejecutor principal de las RIAS. Sin este perfil (2 cupos), la UPDT no puede operar el servicio de consulta externa general, pierde la capacidad de tamización

poblacional masiva y no puede cumplir los compromisos de cobertura pactados con las EPS. La necesidad de 2 médicos generales responde a la carga asistencial proyectada de 20-25 consultas/turno.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN- RIAS

Los médicos generales ejecutan el primer eslabón de ambas rutas: identifican pacientes con riesgo oncológico y los activan al GRO; identifican pacientes con riesgo cardiovascular y los derivan al especialista según el nivel de riesgo Framingham.

Son el vínculo operativo entre los EBS extramurales y la consulta intramural de la UPDT.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 400-500 consultas médicas generales/mes (200-250 por médico). Los 2 médicos generales son el principal generador de RIPS, facturación y cumplimiento de indicadores RIAS para las EPS. Su ausencia paraliza la operación de la UPDT.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo o de prestación de servicios según análisis de subordinación. Dada la continuidad, la exclusividad y el cumplimiento de horario institucional, se recomienda evaluar vinculación laboral. Turno completo 8 horas/día, 5 días/semana por cupo.

7. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. NUTRICIONISTA

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de nutrición y dietética con profesional en Nutrición y Dietética con RETHUS vigente. La Resolución 3280/2018 incluye la intervención nutricional como componente obligatorio del manejo integral del riesgo cardiovascular y metabólico en la RIAS. La Ley 1751/2015 garantiza la atención integral; la intervención nutricional es parte de la atención básica que no puede ser negada al paciente crónico.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La malnutrición (por exceso o déficit) es un factor de riesgo independiente para el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La UPDT requiere nutricionista para diseñar planes de alimentación terapéutica en pacientes con HTA, DM2, obesidad, dislipidemia y patología oncológica; para educación grupal e individual en hábitos saludables; y para el seguimiento nutricional de las cohortes de riesgo. Sin este perfil, los planes de manejo integral quedan incompletos y no cumplen los estándares de las RIAS.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN- RIAS

La nutricionista trabaja en equipo con el médico general, el cardiólogo, el endocrinólogo y el geriatra. Implementa el componente dietético de la dieta DASH para HTA y la dieta mediterránea para prevención cardiovascular y oncológica. Apoya el seguimiento nutricional de los pacientes oncológicos referidos por el GRO y el INC.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 60-80 consultas de nutrición/mes y 4-6 sesiones de educación grupal/mes. La intervención nutricional reduce la HbA1c hasta en 1-1.5% y la PAS hasta 8-14 mmHg (dieta DASH), impactando directamente los indicadores de metas terapéuticas reportados a las EPS.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3-4 días/semana para garantizar continuidad del programa nutricional y las actividades grupales.

8. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. OFTALMÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece los requisitos de habilitación para el servicio de consulta externa de oftalmología. Las GPC del MSPS para retinopatía diabética exigen evaluación por oftalmólogo al menos anualmente en pacientes con DM2. La Resolución 3280/2018 incluye el

examen de fondo de ojo como intervención de tamización en la ruta cardio-cerebro-vascular-metabólica.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La retinopatía diabética es la principal causa de ceguera evitable en adultos en edad productiva en Colombia. La UPDT requiere oftalmólogo para: tamización anual de retinopatía en pacientes diabéticos del programa; evaluación de presión intraocular para tamización de glaucoma; y detección precoz de melanoma ocular. Sin este perfil, los pacientes diabéticos deben remitirse externamente, generando barreras de acceso y pérdida de seguimiento que impactan los indicadores RIAS.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN - RIAS / CONTRATO HUSJDMI-INC

El oftalmólogo articula con el endocrinólogo y el médico general para el seguimiento anual del fondo de ojo en diabéticos. Ante hallazgos de melanoma ocular, activa el protocolo de referencia urgente al INC a través del GRO.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 50-70 consultas de oftalmología/mes. La detección temprana de retinopatía diabética no proliferativa moderada y su tratamiento oportuno reduce el riesgo de ceguera en un 95%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 2 días/semana, coordinado con la agenda del endocrinólogo.

9. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. PSICÓLOGO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta externa de psicología con profesional titulado y RETHUS vigente. La Ley 1090/2006 regula el ejercicio profesional. La Resolución 3280/2018 incluye el componente de salud mental como parte del manejo de enfermedades crónicas cardiovasculares y del acompañamiento en la ruta oncológica.

La Circular 010 de 2024 (Plan de Choque contra el Cáncer) refuerza el acompañamiento psicológico como intervención esencial en la RIAS oncológica.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA.

El diagnóstico de cáncer genera una crisis psicológica aguda en el 70-80% de los pacientes. La UPDT requiere psicólogo para: brindar PAP en la comunicación del diagnóstico (protocolo SPIKES); acompañar en la espera de resultados de biopsia; identificar y manejar TEPT, duelo anticipatorio y depresión mayor; y desarrollar grupos de apoyo para pacientes cardiovasculares crónicos. Su ausencia genera abandono de la ruta oncológica, no adherencia al tratamiento y mayor costo por complicaciones psicosociales.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN - RIAS

El psicólogo es miembro del equipo de comunicación de diagnóstico oncológico junto con el GRO y el médico tratante. Articula con el trabajador social para el abordaje integral de las barreras psicosociales y apoya al equipo de la UPDT en la gestión emocional ante situaciones de alta carga asistencial.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 50-70 consultas psicológicas individuales/mes y 4-6 sesiones grupales. La intervención psicológica temprana reduce el abandono de la ruta oncológica en un 30-40% y mejora los indicadores de adherencia al tratamiento cardiovascular en un 20-25%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 4 días/semana para garantizar disponibilidad ante comunicaciones de diagnóstico oncológico que pueden requerirse en cualquier momento de la semana laboral.

10. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. COORDINADOR ADMINISTRATIVO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

El Decreto 1011/2006 (SOGCS) compilado en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100/2019 establecen que las IPS habilitadas deben contar con un responsable administrativo que garantice el funcionamiento del sistema de gestión institucional. El Decreto 1072/2015 (SG-SST) exige un responsable de la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. La ausencia genera incumplimiento normativo, desorganización operativa y exposición a sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT opera con múltiples contratos (EPS, INC, proveedores), personal de diversas modalidades de vinculación y un portafolio de servicios amplio y complejo. El Coordinador Administrativo es indispensable para garantizar la operación continua: gestión del talento humano, control de inventarios, cumplimiento normativo, gestión documental y apoyo a los procesos de habilitación. Sin este cargo, las funciones recaen sobre el Coordinador Médico, reduciendo su capacidad de supervisión clínica.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

Coordina con el Coordinador Médico el seguimiento al Contrato HUSJDMI-INC (verificación de RETHUS del personal del INC, gestión de otrosíes, informes trimestrales). Apoya al Responsable de Calidad en la documentación para visitas de habilitación y gestiona la agenda y los turnos del personal asistencial.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Una gestión administrativa eficiente reduce en un 40-50% el tiempo dedicado por el personal asistencial a tareas administrativas. Evita pérdidas por incumplimiento del SG-SST (multas de hasta 500 SMMLV según el Decreto 1072/2015).

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA
Contrato laboral a término fijo o de prestación de servicios, según análisis de subordinación. Dada la continuidad de las funciones y la necesidad de presencia permanente, se recomienda vinculación laboral a tiempo completo.

11. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. COORDINADOR MÉDICO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige que los servicios de consulta externa habilitados cuenten con un responsable médico que garantice la calidad clínica y la supervisión del talento humano asistencial. El Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC designa al Supervisor del HOSPITAL como responsable de verificar indicadores, realizar auditoría médica previa al pago y presidir la Comisión de Vigilancia y Seguimiento. Este cargo es una obligación contractual expresa que no puede delegarse.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Sin Coordinador Médico, la UPDT no tiene un responsable que garantice la calidad clínica, resuelva conflictos entre servicios, supervise los indicadores de oportunidad del INC ni gestione los eventos adversos. La ausencia expone al HUSJDMI al pago de facturas del INC sin auditoría médica previa, con el consecuente riesgo de sobre-pago por servicios no pertinentes o no prestados.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN -CONTRATO HUSJDMI-INC

El Coordinador Médico preside la Comisión de Vigilancia y Seguimiento del Contrato HUSJDMI-INC, verifica el cumplimiento de los indicadores de oportunidad (informes de imágenes ≤3 días, patología ≤5 días), aplica los descuentos proporcionales ante incumplimiento reiterado y gestiona la actualización del portafolio REPS ante la SDS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

La auditoría médica previa al pago de facturas del INC puede identificar glosas del 5-15% del valor facturado mensualmente. La supervisión de indicadores de oportunidad garantiza el cumplimiento de los tiempos de la Ley 2360/2024 y evita sanciones de la Superintendencia.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA.

Contrato laboral a término fijo o de prestación de servicios a tiempo completo. Dada la responsabilidad contractual expresa ante el INC y la SDS, se recomienda vinculación que garantice disponibilidad permanente y responsabilidad legal clara.

12. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 948 de 2026 y la Resolución 2284 de 2023 regula el proceso de glosas y devoluciones de cuentas médicas en el SGSSS. La Resolución 948/2026 exige que los RIPS sean correctamente generados y transmitidos. El Contrato HUSJDMI-INC establece tiempos específicos de auditoría previa (10 días hábiles) y aceptación o glosa motivada (15 días hábiles) que solo pueden cumplirse con un auditor dedicado. El incumplimiento de estos plazos implica aceptación tácita de facturas, con pago sin revisión técnica.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT genera facturación múltiple: servicios propios a las EPS y facturas del INC al HUSJDMI. Sin auditor de cuentas médicas, el HUSJDMI no puede cumplir la auditoría previa obligatoria antes del pago de facturas del INC, exponiéndose a pagar servicios no prestados o no pertinentes. Adicionalmente, las EPS aplican glosas que requieren respuesta técnica dentro de los plazos de la Resolución 948 de 2026 y la Resolución 2284 de 2023.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN- CONTRATO HUSJDMI-INC

El auditor trabaja en articulación directa con el Coordinador Médico (quien firma la aceptación de facturas), el Coordinador de Facturación (para verificar RIPS y soportes) y el Responsable de Calidad (para indicadores de pertinencia). Garantiza que los servicios facturados por el INC correspondan a los protocolos GPC y a los indicadores de calidad del contrato.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

La auditoría previa puede identificar glosas por valor del 5-15% de la factura mensual del INC. Considerando una facturación estimada de $80-120 millones/mes del INC, el auditor puede generar ahorros de $4-18 millones/mes, justificando ampliamente su contratación.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios con dedicación exclusiva a la UPDT. Se recomienda profesional con especialización en Auditoría en Salud.

13. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. RESPONSABLE DE CALIDAD

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

El Decreto 1011/2006 compilado en el Decreto Unico Reglamentario 780 de 2006 obligan a las IPS a implementar el PAMEC. La Resolución 3100/2019 exige un responsable del sistema de calidad como condición de habilitación. El Sistema de Información para la Calidad (SIC) obliga el reporte periódico de indicadores a la Superintendencia Nacional de Salud. La ausencia configura incumplimiento del SOGCS con riesgo de sanciones y pérdida de habilitación.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT opera múltiples servicios habilitados con indicadores de calidad exigibles por las EPS, el MSPS y la Superintendencia. Sin Responsable de Calidad, no existe un cargo dedicado al seguimiento de indicadores de oportunidad, seguridad del paciente, gestión de eventos adversos y preparación para visitas de verificación de la SDS.
La ausencia aumenta el riesgo de pérdida de habilitación, glosas por indicadores incumplidos y sanciones administrativas.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

El Responsable de Calidad apoya al Coordinador Médico en la implementación del PAMEC, reporta mensualmente los indicadores RIAS a las EPS en coordinación con el GRO, y gestiona el programa de seguridad del paciente (notificación y análisis de eventos adversos).
Prepara la documentación para visitas de verificación de la SDS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

El cumplimiento de los indicadores de calidad y oportunidad pactados con las EPS evita glosas por incumplimiento del 2-5% del valor del contrato. El incumplimiento del reporte al SIC puede generar multas de hasta 200 SMMLV.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo o de prestación de servicios con dedicación exclusiva. Requiere especialización en Auditoría en Salud o Administración en Salud.

14. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. GESTOR DE RIESGO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3280/2018, los Lineamientos Técnicos de GIRS del MSPS y la Circular 010/2024 (Plan de Choque contra el Cáncer) establecen que las IPS que ejecutan RIAS deben contar con un responsable de gestión del riesgo que opere la interfaz con los coordinadores de GIRS de las EPS.
La Ley 2360/2024 exige tiempos máximos de oportunidad en el diagnóstico oncológico cuyo monitoreo es función directa del Gestor de Riesgo.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Sin Gestor de Riesgo, la UPDT no puede recepcionar y gestionar las bases de datos de afiliados remitidas por las EPS, citar activamente a los usuarios identificados en riesgo, reportar mensualmente los indicadores RIAS ni participar en las mesas técnicas EPS-IPS. Esta función es la interfaz operativa entre la UPDT y los aseguradores; su ausencia rompe el flujo contractual y puede derivar en pérdida de contratos con las EPS por incumplimiento de indicadores.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT- RIAS

El Gestor de Riesgo gestiona las cohortes de riesgo cardiovascular alto/muy alto y oncológico, articula con el Coordinador Médico los reportes mensuales a las EPS, identifica barreras de acceso y propone soluciones con Trabajo Social.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

El incumplimiento de los indicadores RIAS pactados con las EPS puede generar descuentos del 5-10% sobre el valor del contrato de GIRS. Una gestión efectiva puede incrementar las coberturas de tamización en 15-20% en el primer año.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios a tiempo completo. Requiere disponibilidad para participar en mesas técnicas EPS-IPS y para responder oportunamente a alertas de usuarios inasistentes.

15. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. TECNÓLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece que el servicio de imágenes diagnósticas debe contar con tecnólogo en radiología con RETHUS vigente como condición de habilitación.
La Resolución 482/2018 exige capacitación en protección radiológica, uso de dosímetro personal y cumplimiento del principio ALARA. La ausencia de este perfil impide la habilitación del servicio de imágenes.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El servicio de imágenes diagnósticas es fundamental para la ruta de tamización oncológica: mamografía bilateral para detección temprana de cáncer de mama, ecografía abdominal para sospecha de neoplasia abdominal y radiografía de tórax para tamización de cáncer de pulmón. Sin tecnólogo, los equipos de imagen no pueden ser operados de forma habilitada, paralizando el componente diagnóstico de la UPDT.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC.

El tecnólogo ejecuta los estudios prescritos por los médicos de la UPDT y del INC, garantiza la calidad técnica de las imágenes (control de calidad diario del mamógrafo) y coordina con el radiólogo la disponibilidad de

los estudios para la emisión de informes dentro de los tiempos del contrato (≤3 días hábiles).

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 150-200 estudios de imágenes/mes. La calidad técnica de las imágenes impacta directamente la sensibilidad y especificidad diagnóstica; imágenes de baja calidad generan falsos negativos con consecuencias legales y clínicas graves.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a tiempo completo o prestación de servicios según carga asistencial. La necesidad de presencia diaria sugiere vinculación laboral.

16. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

El Decreto 2200/2005 y la Resolución 3100/2019 establecen que el servicio farmacéutico de una IPS habilitada debe contar con tecnólogo en regencia de farmacia con RETHUS vigente como responsable técnico. La ausencia configura una brecha de habilitación que puede dar lugar a la suspensión del servicio farmacéutico por la SDS.
La Resolución 1403/2007 establece las BPA cuya implementación corresponde al regente.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El servicio farmacéutico del primer piso dispensará medicamentos PBS y No PBS (MIPRES) a los pacientes de las rutas cardiovascular y oncológica. Sin el regente, no hay responsable técnico legal habilitado para la dispensación, el control de medicamentos de control especial ni el programa de farmacovigilancia. Esto genera riesgo para el paciente y riesgo legal para la institución.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El regente articula con los médicos en la validación de prescripciones MIPRES para tecnologías No PBS, en la farmacovigilancia activa de RAM en pacientes crónicos y en el reporte al INVIMA. Supervisa al auxiliar de servicios farmacéuticos en la dispensación correcta.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 200-300 dispensaciones/mes. Los errores de medicación en pacientes crónicos cardiovasculares y oncológicos tienen un costo médico-legal muy alto; la supervisión del regente reduce los errores de dispensación en más del 80%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral o de prestación de servicios. Presencia mínima diaria obligatoria por ser responsable técnico del servicio ante la SDS.

17. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

El Decreto 2200/2005 y la Resolución 3100/2019 prevén la figura del auxiliar de servicios farmacéuticos como personal de apoyo bajo supervisión directa del regente. La Ley 1164/2007 exige RETHUS vigente. Sin auxiliar, el regente debe asumir la totalidad de las dispensaciones, lo que excede su capacidad operativa y reduce la calidad del servicio.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El volumen de dispensaciones proyectado (200-300/mes) requiere personal de apoyo operativo para la dispensación directa al paciente: verificación de identidad, entrega del medicamento correcto, educación al paciente y registro en el sistema. Sin auxiliar, el tiempo de espera en la farmacia aumenta, afectando la satisfacción del usuario y los indicadores de oportunidad.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

El auxiliar es el punto de contacto directo del paciente con el servicio farmacéutico. Identifica sospechas de RAM referidas por los pacientes

durante la dispensación y las reporta al regente. Apoya el control de inventario con rotación FEFO y verificación de fechas de vencimiento.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

La presencia del auxiliar permite al regente dedicar el 60-70% de su tiempo a funciones de supervisión técnica, farmacovigilancia y gestión normativa, mejorando la calidad global del servicio farmacéutico.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA
Contrato laboral a término fijo. Presencia tiempo completo en todos los turnos de operación del servicio farmacéutico.

18. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. RADIÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige médico radiólogo con RETHUS vigente como responsable de la interpretación y emisión de informes diagnósticos en el servicio de imágenes. La Resolución 482/2018 exige competencias en protección radiológica. El Contrato HUSJDMI-INC establece que el INC aporta el radiólogo para la emisión de informes en ≤3 días hábiles; el HUSJDMI necesita este perfil para la supervisión técnica del servicio y la firma de informes propios.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La interpretación de estudios de imagen es una función exclusiva del médico radiólogo según la Ley 1164/2007. Sin radiólogo, los estudios realizados en la UPDT no pueden ser informados de forma habilitada, configurando una brecha de habilitación que invalida los resultados diagnósticos. El radiólogo es además responsable de supervisar la calidad técnica de las imágenes y de activar la ruta al INC ante hallazgos BI-RADS 4-5.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El radiólogo participa en el Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC para discusión de casos con hallazgos imagenológicos sospechosos.

Aplica los sistemas BI-RADS, PI-RADS y TIRADS en los informes, orientando la conducta del GRO y del médico tratante.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Un informe radiológico de calidad reduce los falsos positivos en mamografía del 10-15% al 5-7%, disminuyendo el número de biopsias innecesarias y el costo emocional y financiero para el paciente.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales (INC o externo). Presencia mínima 3 días/semana para garantizar los tiempos de entrega de informes del contrato.

19. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN - ANESTESIÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece que los procedimientos diagnósticos que requieren sedación (colonoscopia, EGD, biopsias bajo anestesia) deben contar con médico anestesiólogo con RETHUS vigente y ACLS vigente. La ausencia impide la habilitación de la sala de procedimientos especiales del sótano, componente de mayor valor diagnóstico de la UPDT.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La sala de procedimientos realiza colonoscopia total, EGD con biopsias gástricas, biopsias prostáticas transperineales y biopsias dermatológicas extensas. Todos estos procedimientos requieren sedación consciente o anestesia local con monitoreo, competencia exclusiva del anestesiólogo. Sin este perfil, la sala de procedimientos no puede operar, reduciendo a cero la capacidad diagnóstica invasiva de la UPDT.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El anestesiólogo realiza la valoración preanestésica (ASA), administra la sedación, garantiza la recuperación segura con la Escala de Aldrete

modificada y gestiona el consentimiento informado. Articula con el gastroenterólogo, el urólogo, el mastólogo y el dermatólogo oncológico para la programación de la sala de procedimientos.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 80-120 procedimientos bajo sedación/mes. La disponibilidad de sedación segura aumenta la tolerancia del paciente al procedimiento y la calidad de las biopsias obtenidas, reduciendo los procedimientos fallidos y la necesidad de repetición.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Presencia garantizada en los días de operación de la sala de procedimientos (mínimo 3 días/semana.

20. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. MASTÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta especializada en mastología con médico especialista certificado y RETHUS vigente. La Resolución 3280/2018 incluye el cáncer de mama como uno de los cánceres priorizados en la RIAS de detección temprana. La Ley 2360/2024 establece tiempos máximos de acceso al especialista en sospecha de cáncer de mama.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en la mujer colombiana. La UPDT requiere mastólogo para aplicar la tríada diagnóstica (examen clínico + imagenología BI-RADS + citohistología), realizar biopsias core guiadas por imagen en la sala del sótano y activar la ruta al INC ante carcinoma confirmado. Sin este perfil, las mujeres con mamografía BI-RADS 4-5 deben esperar turno en el sistema, perdiendo el tiempo crítico de detección temprana.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El mastólogo participa en el Comité Oncológico Conjunto HUSJDMI-INC, aporta el informe clínico completo al INC (tipo histológico, grado SBR, RE/RP/HER2/Ki-67) para la definición del tratamiento adyuvante. Coordina con el GRO la notificación a la EPS en ≤5 días hábiles post-diagnóstico.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 40-60 consultas especializadas de mastología/mes y 15-20 biopsias core/mes. La detección en estadio I-II tiene supervivencia a 5 años >90%, vs. 25-30% en estadio IV.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3 días/semana coordinados con la sala de procedimientos para la realización de biopsias.

21. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. DERMATÓLOGO ONCOLÓGICO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta externa de dermatología con médico especialista y RETHUS vigente. La Resolución 3280/2018 incluye el melanoma y los cánceres de piel como patologías priorizadas en la RIAS oncológica.
El Contrato HUSJDMI-INC designa al dermatólogo oncológico como el ejecutor del mapeo corporal sistematizado con dermoscopia digital.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El cáncer de piel es el cáncer de mayor incidencia en Colombia. El dermatólogo oncológico con entrenamiento en dermoscopia digital y biopsia de piel es el perfil específico requerido para el mapeo corporal sistematizado, la clasificación de lesiones pigmentadas por criterios ABCDE, la toma de biopsias y la activación de la ruta al INC ante melanoma o carcinoma de alto grado. Un dermatólogo general sin

entrenamiento oncológico no tiene las competencias específicas para este rol.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El dermatólogo oncológico toma las biopsias de piel con cadena de custodia hacia el laboratorio de patología del INC. Participa en el Comité Oncológico Conjunto para casos confirmados de melanoma y coordina con el GRO la trazabilidad de la ruta.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 50-70 consultas de dermatología oncológica/mes y 10-15 biopsias/mes. La detección de melanoma en fase in situ tiene supervivencia a 10 años >99%; en fase metastásica <20%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3 días/semana con acceso garantizado a la sala de procedimientos para biopsias.

22. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. DERMATÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece los requisitos de habilitación del servicio de dermatología. La Ley 1164/2007 y el Decreto 780/2016 exigen RETHUS vigente.
La Resolución 3280/2018 incluye la valoración dermatológica en la ruta de tamización de cáncer de piel para pacientes con factores de riesgo.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El dermatólogo complementa al dermatólogo oncológico en el manejo de la consulta dermatológica general: enfermedades inflamatorias crónicas de la piel, manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas y procedimientos menores. Su presencia libera al dermatólogo oncológico para dedicarse exclusivamente a biopsias y mapeo corporal.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

El dermatólogo realiza la primera evaluación de lesiones cutáneas no claramente oncológicas y las deriva al dermatólogo oncológico cuando hay sospecha. Apoya en la educación sobre fotoprotección y autoexamen de piel en los grupos poblacionales de riesgo.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 60-80 consultas de dermatología general/mes. La diferenciación entre dermatólogo general y oncológico optimiza el flujo y garantiza que el especialista oncológico atienda exclusivamente los casos de mayor riesgo.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 2-3 días/semana en la UPDT.

23. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN- ENFERMERA PROFESIONAL (SÓTANO 4 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige enfermera profesional con RETHUS vigente para la supervisión de los programas de enfermería en la consulta externa. La Ley 911/2004 (Código Deontológico de Enfermería) establece la responsabilidad autónoma de la enfermera en la supervisión del auxiliar y la ejecución de actividades de mayor complejidad.
La Resolución 3280/2018 asigna a la enfermera funciones específicas en el seguimiento de los programas de HTA/DM2.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT requiere 4 enfermeras profesionales para garantizar la supervisión técnica de los auxiliares de enfermería, la toma de citologías cervicales, la aplicación del FINDRISC en sala de espera, el seguimiento de cohortes cardiovasculares y la toma y registro sistematizado de PA. Sin este perfil, las actividades de mayor complejidad de enfermería no pueden ser ejecutadas de forma habilitada.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

La enfermera ejecuta el primer filtro de la RIAS cardiovascular: aplica el FINDRISC en sala de espera, identifica pacientes con riesgo moderado-alto y los prioriza para consulta médica. Coordina con el Gestor de Riesgo el seguimiento de las cohortes HTA/DM2 reportadas por las EPS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Cada enfermera puede atender 15-20 pacientes/turno en actividades de enfermería. La detección de HTA estadio 2 no diagnosticada mediante técnica estandarizada puede identificar hasta el 30% de HTA no controlada en la población consultante.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. La continuidad, la supervisión permanente del auxiliar y el cumplimiento de horario configuran subordinación laboral. Turno completo 8 horas/día.

24. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. AUXILIAR DE ENFERMERÍA (SÓTANO 2 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 prevé al auxiliar de enfermería como personal de apoyo asistencial en la consulta externa, bajo supervisión de la enfermera profesional. La Ley 1164/2007 exige RETHUS vigente. La Ley 911/2004 define el ámbito de competencia del auxiliar y su relación de supervisión con la enfermera.
Sin auxiliares, las enfermeras profesionales deben asumir tareas operativas que reducen la calidad y oportunidad de la atención.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El sótano de la UPDT concentra los servicios de mayor complejidad procedimental. Los auxiliares son indispensables para: toma de signos vitales previos a la consulta, preparación del paciente para procedimientos, manejo de residuos hospitalarios, apoyo en la sala de recuperación post-sedación y mantenimiento de los consultorios. Sin auxiliares, la operación de la sala de procedimientos se detiene.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

Los auxiliares apoyan a las enfermeras en el seguimiento de cohortes y la actualización de bases de datos. Verifican la cadena de frío de biológicos e insulinas, garantizando la calidad de los medicamentos dispensados a los pacientes diabéticos.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se requieren 2 auxiliares para cobertura simultánea en los consultorios del sótano y la sala de procedimientos. La presencia del auxiliar reduce el tiempo de preparación por consulta en 5-7 minutos, incrementando la productividad médica en un 15-20%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. La continuidad y subordinación configuran relación laboral. Turno completo 8 horas/día.

25. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. GASTROENTERÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece los requisitos de habilitación del servicio de gastroenterología y endoscopia digestiva. La Resolución 3280/2018 incluye el cáncer gástrico y el cáncer colorrectal como cánceres priorizados en la RIAS oncológica. El Contrato HUSJDMI-INC designa al gastroenterólogo como ejecutor de las EGD con protocolo de Sydney y las colonoscopias totales con polipectomía.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El cáncer gástrico y colorrectal son dos de los tres cánceres de mayor mortalidad en Colombia en hombres. La UPDT requiere gastroenterólogo para: EGD con cromoendoscopia y clasificación OLGIM/OLGA para tamización de cáncer gástrico; colonoscopia total con polipectomía; e interpretación del FIT/SOH. Sin este perfil, la sala de endoscopia del sótano no puede operar, eliminando el componente endoscópico de la ruta oncológica.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El gastroenterólogo aplica el criterio de activación de la ruta al INC ante hallazgos malignos en endoscopia. Participa en el Comité Oncológico Conjunto y coordina con el anestesiólogo la programación de la sala de endoscopia.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 60-80 endoscopias/mes. La polipectomía de pólipos adenomatosos avanzados reduce el riesgo de cáncer colorrectal en un 76-90%. La detección de H. pylori y tratamiento erradicador reduce el riesgo de cáncer gástrico en un 39%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3 días/semana con acceso garantizado a la sala de endoscopia y al anestesiólogo.

26. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. GINECÓLOGA ONCOLÓGICA (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta externa de ginecología oncológica con médico especialista y RETHUS vigente. La Resolución 3280/2018 incluye el cáncer de cuello uterino como el cáncer de mayor prioridad en la RIAS oncológica para la mujer colombiana. El Contrato HUSJDMI-INC designa a la ginecóloga oncológica como ejecutora de colposcopia, LEEP y PAAF mamaria.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres colombianas. La UPDT requiere ginecóloga oncológica para: la colposcopia con toma dirigida de biopsia en mujeres con ADN-VPH positivo; los procedimientos LEEP y crioterapia para NIC; y la evaluación clínica de mama con PAAF. Sin este perfil, las mujeres con ADN-VPH

positivo identificadas en la tamización de la RIAS no tienen destino asistencial dentro de la UPDT para la confirmación diagnóstica.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

La ginecóloga oncológica es el primer eslabón de confirmación diagnóstica para el cáncer de cuello uterino. Ante NIC 3 o cáncer invasor confirmado, activa el GRO para la referencia al INC en ≤5 días hábiles. Participa en el Comité Oncológico Conjunto para la definición del tratamiento.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 50-70 colposcopias/mes. La detección y tratamiento del NIC 3 evita la progresión a cáncer invasor en el 70-80% de los casos.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 3 días/semana con acceso a la sala de procedimientos.

27. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. GINECO-OBSTETRA (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta de ginecología y obstetricia. La Resolución 3280/2018 (RIAS materno perinatal) establece el control prenatal y la atención ginecológica como servicios esenciales. La Ley 1164/2007 exige RETHUS vigente y especialización acreditable.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La población femenina en edad fértil representa una proporción importante de los afiliados de las EPS contratantes. La UPDT requiere ginecoobstetra para el control prenatal de bajo riesgo dentro de la RIAS materno perinatal, la atención ginecológica general y la evaluación ginecológica previa a la tamización oncológica. Sin este perfil, las

gestantes y las pacientes con patologías ginecológicas deben remitirse externamente.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El ginecoobstetra es el médico de referencia interna para la ginecóloga oncológica cuando una paciente presenta patología ginecológica benigna que debe diferenciarse de una lesión maligna. Articula con la enfermera para la toma de citologías y el seguimiento del control prenatal de bajo riesgo.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 60-80 consultas de gineco-obstetricia/mes. La atención prenatal oportuna reduce la mortalidad materna y perinatal; este indicador es monitoreado por las EPS y la Superintendencia.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 2-3 días/semana coordinados con la agenda de la ginecóloga oncológica.

28. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. URÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 habilita el servicio de consulta externa de urología con médico especialista y RETHUS vigente. La Resolución 3280/2018 incluye el cáncer de próstata como cáncer priorizado en la RIAS oncológica para hombres. El Contrato HUSJDMI-INC designa al urólogo como el ejecutor de la biopsia prostática transperineal guiada por ecografía.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El cáncer de próstata es el cáncer más frecuente en el hombre colombiano. La UPDT requiere urólogo para: el tacto rectal diagnóstico y la interpretación del PSA en la tamización; la indicación y realización de biopsia prostática transperineal guiada por ecografía; y la estratificación del riesgo según PI-RADS y score de Gleason. Sin este perfil, la ruta

oncológica de próstata queda incompleta en su componente de confirmación diagnóstica.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El urólogo coordina con el anestesiólogo para las biopsias bajo sedación, con el radiólogo para la interpretación PI-RADS de la RMM de próstata, y con el GRO para la referencia al INC ante cáncer de próstata confirmado. Participa en el Comité Oncológico Conjunto.
4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 40-60 consultas de urología/mes y 15-20 biopsias prostáticas/mes. La detección en estadio localizado tiene supervivencia a 10 años >95%; en estadio metastásico <30%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios profesionales. Mínimo 2-3 días/semana con acceso a la sala de procedimientos.

29. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. ADMINISTRATIVO DE ADMISIONES (2 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 exige proceso de admisión y registro del paciente como parte de las condiciones de habilitación. La Resolución 948 de 2026 exige la generación correcta de RIPS para todos los servicios, comenzando desde la admisión. La Ley 1581/2012 obliga a un proceso de admisión que garantice la confidencialidad de la información. Sin este cargo, el proceso de apertura de historia clínica, verificación de afiliación y generación de soportes de facturación no puede ejecutarse.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La admisión es el punto de inicio de la generación de RIPS y facturación. Sin personal de admisiones (2 cupos), los médicos y enfermeras deben asumir el registro administrativo, reduciendo el tiempo dedicado a la atención clínica. Los errores en la admisión generan glosas, sanciones de la SuperSalud y riesgos para la seguridad del paciente.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

El personal de admisiones verifica la autorización de la EPS para los procedimientos de la RIAS antes de la atención, evitando la prestación de servicios sin autorización que generaría glosas. Articula con el Coordinador de Facturación para la correcta asignación de códigos CUPS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 400-600 admisiones/mes. Los errores en admisiones son la primera causa de glosas en el SGSSS colombiano, representando el 20-30% del total de glosas recibidas por las IPS.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. 2 cupos en turnos para cubrir el horario completo de operación de la UPDT.

30. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN AL USUARIO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Ley 1751/2015 garantiza el derecho a recibir información clara sobre los servicios disponibles y los derechos del paciente. La Resolución 3100/2019 exige procesos de orientación e información al usuario. El Decreto 780/2016 y la Ley 1438/2011 establecen la obligación de gestionar PQRS de forma oportuna. La ausencia expone al HUSJDMI a sanciones de la Superintendencia por deficiencias en la atención al usuario.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT atiende a una población con alta carga de ansiedad (sospecha de cáncer, enfermedades crónicas) que requiere orientación permanente sobre la ruta de atención, los tiempos de espera y los derechos en salud. Sin personal de atención al usuario, la gestión de PQRS

recae sobre el personal asistencial y administrativo, reduciendo su capacidad operativa. Las PQRS no resueltas en los plazos legales generan sanciones y deterioran la imagen institucional.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

El personal de atención al usuario orienta sobre la ruta oncológica y cardiovascular, gestiona las inquietudes sobre autorizaciones y citas, y apoya la consolidación de información de caracterización familiar en coordinación con el GRO y el Trabajador Social.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 200-300 contactos de atención al usuario/mes. La gestión oportuna de PQRS reduce los conflictos con usuarios en un 50-60% y mejora los indicadores de satisfacción, monitoreados por las EPS y la Superintendencia.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. 1 cupo a tiempo completo con disponibilidad para la totalidad del horario de atención de la UPDT.

31. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. RECEPCIONISTA (2 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece que las IPS deben contar con personal administrativo para la gestión documental y la atención inicial al usuario. La Ley 1581/2012 exige un responsable del manejo de documentos con datos personales. La ausencia de recepcionistas genera cuellos de botella en el flujo de pacientes que inciden en los indicadores de oportunidad de la Resolución 1552/2013.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Los 2 recepcionistas son el primer punto de contacto del paciente al llegar a la UPDT: registro de llegada, verificación del turno, distribución hacia el servicio correspondiente y manejo del archivo físico y digital. Sin

recepcionistas, el flujo de pacientes se desorganiza, aumentan los tiempos de espera y se deteriora la experiencia del usuario.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

Los recepcionistas coordinan con admisiones y atención al usuario el flujo ordenado de pacientes. Apoyan la programación de citas para los servicios de mayor demanda y gestionan la documentación de soporte para los procedimientos del sótano.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Una recepción eficiente reduce el tiempo de espera administrativo en 10-15 minutos por paciente, incrementando la capacidad de atención diaria en un 10-15%. Los 2 cupos garantizan cobertura en ambos turnos de operación.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. 2 cupos para cobertura de turnos completos.

32. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. FACTURADOR EN SALUD (2 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 948 de 2026 exige la generación y transmisión correcta de RIPS para todos los servicios prestados. La Resolución 2284 de 203 regula el proceso de glosas. El Estatuto Tributario y la normativa de la DIAN exigen la emisión de Factura Electrónica de Venta (FEV) para todos los servicios. La ausencia de facturadores calificados genera RIPS incorrectos, glosas masivas y sanciones de la Superintendencia.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Los 2 facturadores son responsables de la generación oportuna y correcta de las facturas y los RIPS de todos los servicios de la UPDT. Con un volumen proyectado de 800-1.200 atenciones/mes, se requieren 2 facturadores para cumplir los tiempos de radicación pactados con las EPS y el plazo de los primeros 15 días hábiles del Contrato HUSJDMI-INC.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT

Los facturadores coordinan con los médicos y el personal asistencial la verificación de los diagnósticos CIE-10 y los procedimientos CUPS antes de generar la factura. Trabajan bajo la supervisión del Coordinador de Facturación y reportan las novedades al Auditor de Cuentas Médicas.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Los RIPS incorrectos son la principal causa de glosas técnicas en el SGSSS colombiano. Los 2 facturadores garantizan la calidad y oportunidad de la facturación, protegiendo los ingresos de la UPDT.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. 2 cupos en turnos para cubrir el horario completo de operación.

33. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA MEDIOS DIAGNÓSTICOS (4 CUPOS)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 prevé al auxiliar de enfermería como personal de apoyo en los servicios de diagnóstico. La Ley 1164/2007 exige RETHUS vigente. La Resolución 3280/2018 incluye la toma de muestras para tamización oncológica (FIT/SOH, biopsias) como intervención clave de la RIAS.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Los 4 auxiliares para medios diagnósticos son indispensables para: toma de muestras de laboratorio (sangre, orina, heces para FIT/SOH); preparación del paciente para procedimientos diagnósticos (colonoscopia, EGD, biopsia); apoyo en la sala de recuperación post-sedación; y manejo de insumos de los consultorios del sótano. Sin este perfil, los médicos especialistas del INC y del HUSJDMI deben asumir tareas de preparación, reduciendo drásticamente su productividad clínica.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

Los auxiliares son el soporte operativo de la sala de procedimientos del sótano. Garantizan la correcta identificación, rotulación y envío de muestras biológicas al laboratorio de patología del INC bajo cadena de custodia, proceso crítico para la trazabilidad del diagnóstico oncológico.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se requieren 4 auxiliares para soporte simultáneo en los diferentes consultorios del sótano y la sala de procedimientos. Un error en la identificación de muestras biológicas puede generar diagnósticos incorrectos con consecuencias catastróficas para el paciente y responsabilidad legal para la institución.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. 4 cupos en turnos para cubrir todos los servicios del sótano de forma simultánea.

34. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. NAVEGADOR DE PACIENTES / GESTOR DE RUTA ONCOLÓGICA (GRO)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Circular 010/2024 del MSPS (Plan de Choque contra el Cáncer 2023-2026) establece la figura del Navegador de Pacientes como componente obligatorio de las unidades de detección temprana de cáncer. La Ley 2360/2024 (protección especial a pacientes con sospecha de cáncer) exige tiempos máximos de oportunidad cuyo monitoreo requiere un gestor dedicado.
La Resolución 3280/2018 asigna a las IPS la responsabilidad de garantizar la continuidad de la ruta oncológica.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El GRO es la figura central de la ruta oncológica: asigna el número de caso único, verifica asistencia a citas, activa la búsqueda activa ante inasistencia (≤24h por teléfono, ≤72h al EBS), acompaña la comunicación del diagnóstico, gestiona la notificación a la EPS (≤5 días hábiles) y

coordina la primera consulta en el INC (≤15 días hábiles). Sin el GRO, los pacientes con sospecha de cáncer se pierden en el sistema y el HUSJDMI no puede cumplir con la Ley 2360/2024.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT -CONTRATO HUSJDMI-INC

El GRO es el interlocutor operativo entre la UPDT y el INC: coordina la programación de citas en el INC, gestiona la transferencia de documentación clínica y notifica al SIVIGILA los casos confirmados. Registra en el sistema de trazabilidad digital todos los eventos de la ruta oncológica.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Los estudios internacionales muestran que la navegación de pacientes oncológicos reduce el tiempo de diagnóstico en un 20-30%, aumenta la adherencia al tratamiento en un 25-35% y reduce el estadio al diagnóstico. Se proyectan 2 GRO para manejar la carga de casos oncológicos de la UPDT.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a tiempo completo. Dada la continuidad y la disponibilidad requerida (incluyendo contactos fuera del horario de consulta), se recomienda contrato laboral.

35. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. GESTOR DE RIESGO DE ENLACE IPS-EPS (RIAS CARDIOVASCULAR)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3280/2018 y los Lineamientos Técnicos de GIRS del MSPS 2022 establecen que las IPS que ejecutan la RIAS cardiovascular deben contar con un gestor de riesgo que opere la interfaz con los coordinadores de GIRS de las EPS.
El Decreto 1011/2006 y la Ley 1751/2015 obligan a garantizar la continuidad de la atención en enfermedades crónicas, función que no puede ejecutarse sin un cargo dedicado al seguimiento de cohortes.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Las EPS contratantes remiten bases de datos de afiliados con riesgo cardiovascular alto/muy alto para su gestión activa. Sin gestor dedicado, estas bases quedan sin procesar, los pacientes no son citados activamente, los indicadores RIAS no son reportados y los contratos de GIRS con las EPS entran en riesgo de terminación por incumplimiento.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El Gestor de Riesgo de Enlace gestiona las cohortes HTA/DM2 de cada EPS, reporta mensualmente los indicadores de la RIAS cardiovascular, participa en las mesas técnicas EPS-IPS y articula con Trabajo Social las barreras de acceso identificadas en los usuarios más vulnerables.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Un Gestor de Riesgo eficiente puede incrementar las coberturas de tamización cardiovascular en 15-20% en el primer año y reducir los reingresos hospitalarios por complicaciones de HTA y DM2 en un 20-30%.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios a tiempo completo. Requiere disponibilidad para mesas técnicas EPS y para la gestión de alertas de usuarios inasistentes.

36. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN - TRABAJADOR(A) SOCIAL EN SALUD

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3280/2018 incluye la valoración de determinantes sociales de la salud como componente obligatorio de las RIAS oncológica y cardiovascular. La Ley 1098/2006 obliga a las IPS a activar rutas de protección ante vulneración de derechos en menores. La Ley 1751/2015 garantiza el derecho a la salud, incluyendo la remoción de barreras socioeconómicas de acceso; el trabajador social es el ejecutor institucional de esta garantía.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Una proporción significativa de los pacientes de la UPDT con diagnóstico de cáncer o enfermedad cardiovascular presenta barreras sociales que impiden la adherencia a la ruta: pobreza extrema, falta de cuidador, condición migratoria irregular, violencia intrafamiliar. Sin trabajador social, estas barreras no son identificadas ni gestionadas, generando abandono de la ruta oncológica y cardiovascular.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El trabajador social apoya al GRO en el protocolo de búsqueda activa de pacientes inasistentes con factores de vulnerabilidad social, gestiona la afiliación de pacientes sin aseguramiento y articula con programas sociales del Distrito y redes de apoyo comunitario.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

La intervención del trabajador social en la gestión de barreras de acceso reduce el abandono de la ruta oncológica en un 20-30%. La gestión de afiliación de pacientes sin aseguramiento puede recuperar ingresos por servicios que de otro modo quedarían sin pago.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios o contrato laboral. Presencia mínima 4 días/semana para garantizar acompañamiento en comunicaciones de diagnóstico oncológico y gestión de casos urgentes.

37. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. INGENIERO / TECNÓLOGO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO.

La Resolución 948/2026 exige que las IPS generen y transmitan RIPS correctamente, lo que requiere administración técnica del sistema de información. La Resolución 3100/2019 establece que los sistemas de historia clínica electrónica deben cumplir estándares de seguridad, disponibilidad y confidencialidad. La Ley 1581/2012 y el Decreto 1377/2013 obligan a garantizar la protección de datos personales, lo que requiere un responsable técnico de los sistemas.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT opera con historia clínica electrónica y debe garantizar la interoperabilidad con el INC (plan de interconectividad del Contrato HUSJDMI-INC). Sin el Ingeniero/Tecnólogo, no hay un responsable de: la administración del HIS/LIS; la generación correcta de RIPS en formato XML conforme a la Resolución 948/2026; el sistema de alertas de resultados de patología pendientes; y la gestión de la interconectividad HUSJDMI-INC. Los fallos del sistema de información paralizan la operación de la UPDT.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT -CONTRATO HUSJDMI-INC

El Ingeniero implementa el módulo de trazabilidad digital de la ruta oncológica, garantiza el acceso del personal del INC a la historia clínica del HUSJDMI y genera los reportes de indicadores RIAS para las EPS y la Coordinación Médica.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Los errores en RIPS son la primera causa de glosas técnicas en el SGSSS. Una transmisión correcta protege el 100% de los ingresos por servicios prestados. Los fallos del sistema pueden paralizar hasta el 80% de la actividad asistencial de la UPDT.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato de prestación de servicios o contrato laboral. Presencia mínima 4-5 días/semana con disponibilidad para soporte técnico urgente ante fallas del sistema.

38. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. BACTERIÓLOGO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece que el servicio de laboratorio clínico debe contar con bacteriólogo con RETHUS vigente como responsable técnico obligatorio. El Decreto 2323/2006 (Red Nacional de Laboratorios) y la Resolución 1229/2013 exigen que el responsable técnico del laboratorio clínico cuente con formación y experiencia acreditable.
La ausencia de bacteriólogo impide la habilitación del servicio de laboratorio clínico, configurando una brecha crítica que invalida los

resultados y expone a la institución a sanciones y cierre del servicio por la SDS.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El laboratorio clínico de la UPDT es esencial para las rutas oncológica y cardiovascular: procesa los exámenes de tamización (glicemia, HbA1c, perfil lipídico, hemograma), los paraclínicos de seguimiento de cohortes crónicas y las muestras biológicas para diagnóstico oncológico. Sin bacteriólogo, los resultados no pueden ser generados de forma habilitada, paralizando el flujo diagnóstico de ambas rutas.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El bacteriólogo garantiza la trazabilidad de las muestras biológicas hacia el laboratorio de patología del INC, implementa el control de calidad interno y externo, notifica los valores críticos al médico tratante en ≤30 minutos y reporta los tiempos de resultado conforme a los indicadores de oportunidad del contrato.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 300-500 exámenes de laboratorio/mes. Los errores preanalíticos son la principal causa de resultados falsos; la supervisión del bacteriólogo los reduce en más del 90%. Los tiempos de resultado fuera de los estándares del contrato generan glosas por incumplimiento de indicadores de oportunidad.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo dada la necesidad de presencia diaria obligatoria como responsable técnico. La continuidad, la subordinación técnica y el cumplimiento de horario configuran una relación laboral.

39. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. COORDINADOR DE FACTURACIÓN

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 948 de 2026 exige la generación y transmisión correcta de RIPS en formato XML. La Resolución 2284/2023 regula el proceso de glosas con plazos específicos de respuesta que requieren un responsable dedicado. El Contrato HUSJDMI-INC establece plazos precisos de radicación (primeros 15 días hábiles del mes) y pago (30 días hábiles desde la aceptación) que solo pueden cumplirse con un coordinador de facturación dedicado.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La UPDT genera facturación de dos tipos: propia (servicios del HUSJDMI a las EPS) y recibida (del INC al HUSJDMI). Sin Coordinador de Facturación, no existe un responsable que garantice la calidad y oportunidad de ambos flujos. Los facturadores técnicos (2 cupos) requieren supervisión y coordinación que el Coordinador Administrativo no puede asumir dada su carga general. Los errores sistemáticos en facturación pueden representar pérdidas del 10-20% de los ingresos mensuales de la UPDT.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT / CONTRATO HUSJDMI-INC

El Coordinador garantiza que los servicios de la RIAS oncológica y cardiovascular sean correctamente codificados y facturados a las EPS en los tiempos contractuales. Articula con el Auditor de Cuentas Médicas la auditoría previa de las facturas del INC y controla la cartera con alertas por cuentas vencidas al Coordinador Administrativo.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Con una facturación proyectada de $150-250 millones/mes, los errores o retrasos en la radicación pueden generar pérdida de liquidez que comprometa la operación. La reducción de glosas en un 50% por supervisión efectiva puede representar $7-25 millones/mes de ingresos recuperados.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo o de prestación de servicios a tiempo completo. Se recomienda profesional con especialización en Auditoría en Salud o Administración en Salud.

40. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. AUXILIAR DE VACUNACIÓN

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece que el servicio de vacunación debe contar con auxiliar de enfermería con capacitación acreditable en PAI como condición de habilitación. Los Lineamientos del PAI del MSPS 2023 exigen personal certificado en PAI para la aplicación de biológicos. El Decreto 2978/2011 exige personal entrenado en manejo de la cadena de frío. La ausencia impide la habilitación y operación del servicio de vacunación de la UPDT.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

La vacunación es un componente de prevención primaria de enfermedades infecciosas y oncológicas (vacuna VPH para cáncer de cuello uterino) contemplado en la RIAS oncológica. Sin auxiliar de vacunación, el servicio no puede operar, impidiendo la aplicación de la vacuna VPH articulada con la ruta de detección temprana de cáncer cervical, las vacunas del PAI para grupos de riesgo y las vacunas adicionales prescritas por los médicos de la UPDT.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT -RIAS

El auxiliar aplica la vacuna VPH como intervención de prevención primaria de la RIAS de detección temprana de cáncer de cuello uterino, coordinada con la ginecóloga oncológica y el enfermero jefe de vacunación. Apoya las jornadas extramurales de vacunación con los EBS de las EPS contratantes.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 100-150 dosis de vacunas aplicadas/mes. La cobertura de vacunación VPH >80% en la población objetivo reduce la incidencia de cáncer de cuello uterino en un 70-90% a largo plazo. Un ESAVI no

reportado puede generar crisis de confianza en el programa y sanciones del INVIMA.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. La presencia diaria obligatoria, la supervisión del enfermero jefe y el cumplimiento de horario configuran una relación laboral.

41. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. ENFERMERO(A) JEFE DE VACUNACIÓN

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 establece expresamente que el responsable técnico del servicio de vacunación debe ser profesional de enfermería con capacitación acreditable en PAI como condición de habilitación del servicio. La Ley 911/2004 asigna al enfermero la responsabilidad técnica y legal de los programas de inmunización. Los Lineamientos del PAI del MSPS 2023 y el Decreto 2978/2011 exigen un responsable profesional de la gestión integral de la cadena de frío y del programa de vacunación.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El enfermero jefe de vacunación es el responsable técnico del servicio ante la SDS y el MSPS. Sin este cargo, el servicio de vacunación no puede habilitarse, el auxiliar de vacunación no tiene supervisión profesional habilitada y los ESAVI no pueden ser notificados al SIVIGILA de forma correcta. La vacunación VPH articulada con la RIAS oncológica requiere un profesional que garantice el cumplimiento de los esquemas, coberturas y registros exigidos por el MSPS.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El enfermero jefe coordina la aplicación de la vacuna VPH como componente de la RIAS de detección temprana de cáncer de cuello uterino, articulando con la ginecóloga oncológica y el GRO. Reporta mensualmente las coberturas de vacunación al Coordinador Médico y a las EPS como indicador RIAS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Una cobertura de vacunación VPH ≥80% en niñas de 9 años reduce la incidencia de cáncer de cuello uterino en 70-90% a 15-20 años. Los indicadores de cobertura vacunal son monitoreados por el MSPS y la SDS; el incumplimiento puede generar observaciones en los informes de habilitación.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo. La continuidad de las funciones, la responsabilidad técnica ante la SDS, la supervisión del auxiliar y el cumplimiento de horario configuran una relación laboral a tiempo completo.

42. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. REGENTE DE FARMACIA (RESPONSABLE TÉCNICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO)

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

El Decreto 2200/2005 y la Resolución 3100/2019 establecen de forma expresa e inequívoca que el responsable técnico del servicio farmacéutico en toda IPS habilitada debe ser un tecnólogo en regencia de farmacia con RETHUS vigente. Esta es una condición de habilitación cuya ausencia genera la suspensión inmediata del servicio farmacéutico por parte de la SDS. La Resolución 1478/2006 exige responsable técnico acreditable para el manejo de medicamentos de control especial. La ausencia del regente constituye una brecha crítica de habilitación con consecuencias legales directas para el HUSJDMI.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El Regente de Farmacia es la figura legal obligatoria del servicio farmacéutico: responde ante la SDS, el INVIMA y la Secretaría de Salud por el cumplimiento de las BPA y BPD, el Programa de Farmacovigilancia, el manejo de medicamentos de control especial y la tecnovigilancia. Sin el Regente, el Tecnólogo en Farmacia no puede actuar como responsable técnico y el servicio no puede operar de forma habilitada. Este perfil es diferente al del Tecnólogo en Farmacia: el Regente tiene responsabilidad legal y funciones de dirección, supervisión y reporte regulatorio que no pueden ser asumidas por otro perfil.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El Regente garantiza la dispensación correcta de los medicamentos PBS y No PBS (MIPRES) a los pacientes de las rutas cardiovascular (antihipertensivos, hipoglucemiantes, hipolipemiantes) y oncológica (medicamentos de soporte, analgésicos).

Implementa el Programa de Farmacovigilancia activa para identificar RAM en los pacientes crónicos de la UPDT y reporta al INVIMA conforme a los plazos regulatorios.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 200-300 dispensaciones/mes con medicamentos de alto riesgo (insulinas, anticoagulantes) representando el 30-40% del total. Los errores de medicación en este segmento pueden ser fatales; la supervisión del Regente con doble verificación reduce los errores en más del 80%. El incumplimiento de los estándares del Programa de Farmacovigilancia puede generar sanciones del INVIMA de hasta 10.000 SMMLV según la Ley 9/1979.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo con dedicación exclusiva y presencia diaria obligatoria, dado que es el responsable técnico legal del servicio farmacéutico. La continuidad, la subordinación y la responsabilidad institucional configuran una relación laboral.

43. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. TECNÓLOGO EN FARMACIA

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

El Decreto 2200/2005 prevé al tecnólogo en farmacia como personal calificado de apoyo del servicio farmacéutico, diferenciado del Regente de Farmacia (responsable técnico) por su rol operativo en la dispensación y el control de inventario.
La Resolución 3100/2019 establece que el volumen de dispensaciones debe ser atendido por personal suficiente y competente. La Ley 1164/2007 exige RETHUS vigente. La presencia del Tecnólogo en Farmacia es necesaria para garantizar que el Regente pueda dedicar su tiempo a las funciones de dirección técnica sin verse desbordado por la operación de la dispensación.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

Con un volumen proyectado de 200-300 dispensaciones/mes en la UPDT, el Regente de Farmacia no puede asumir simultáneamente las funciones de responsable técnico (farmacovigilancia, tecnovigilancia, reportes al

INVIMA, supervisión de medicamentos de control especial) y la dispensación directa al paciente. El Tecnólogo en Farmacia asume la dispensación operativa bajo supervisión del Regente, garantizando la calidad del proceso sin sobrecargar al responsable técnico.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - RIAS

El Tecnólogo en Farmacia es el punto de contacto directo del paciente con el servicio farmacéutico en la dispensación de medicamentos para el control de HTA, DM2, dislipidemia y soporte oncológico.
Su educación al paciente sobre el uso correcto de los medicamentos es un componente clave de la adherencia al tratamiento, que impacta directamente los indicadores de metas terapéuticas reportados a las EPS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

La presencia del Tecnólogo libera al Regente para dedicar el 60-70% de su tiempo a funciones técnicas de mayor valor regulatorio. La educación al paciente en el momento de la dispensación mejora la adherencia al tratamiento crónico en un 20-30%, impactando los indicadores de HbA1c, PA y LDL en las cohortes de riesgo cardiovascular.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo o de prestación de servicios según análisis de subordinación. Presencia diaria obligatoria en los turnos de dispensación del servicio farmacéutico

44. JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN. COORDINADOR DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS

1. FUNDAMENTO NORMATIVO OBLIGATORIO

La Resolución 3100/2019 y la Resolución 1220/2003 establecen que el servicio de traslado de pacientes en ambulancias debe contar con un coordinador responsable de la operación, la supervisión del personal, la dotación y el reporte de indicadores como condición de habilitación ante la SDS.
La Resolución 4481/2012 (misión médica) y la Ley 769/2002 (Código Nacional de Tránsito) exigen un responsable de la flota y del cumplimiento de los protocolos de conducción de emergencia. La

ausencia de este cargo impide la habilitación del servicio y configura responsabilidad institucional directa ante eventos adversos en traslado.

2. NECESIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA

El HUSJDMI opera un servicio de ambulancias que da soporte a la UPDT y a los demás servicios del hospital. Sin Coordinador, no existe un responsable que garantice: la disponibilidad permanente de unidades operativas; el mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos; el control del inventario médico a bordo; la gestión de la facturación de los servicios de ambulancia; y la respuesta oportuna a requerimientos de entes de control (SDS, Superintendencia, CRUE).
La coordinación con el CRUE de Bogotá para código rojo/amarillo ante desastres o eventos masivos de víctimas requiere un interlocutor institucional designado e irremplazable.

3. ARTICULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN UPDT - CONTRATO HUSJDMI-INC

El Coordinador de Ambulancias garantiza el traslado seguro y oportuno de los pacientes oncológicos de la UPDT al INC para inicio de tratamiento, conforme al protocolo del Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC. Coordina con el GRO y el Coordinador Médico de la UPDT la programación de traslados en la ruta oncológica y cardiovascular. Gestiona la facturación de los traslados a las EPS y mantiene el libro de registro de servicios disponible para inspección de la SDS.

4. IMPACTO CUANTIFICABLE

Se proyectan 150-250 servicios de ambulancia/mes. Un servicio de ambulancias sin coordinación puede generar: vehículos no disponibles en emergencias (riesgo vital para el paciente), incumplimiento de los indicadores de tiempo de respuesta de la Resolución 3100/2019, sanciones de la SDS y pérdida de facturación por servicios no registrados correctamente.

5. MODALIDAD DE VINCULACIÓN RECOMENDADA

Contrato laboral a término fijo con turno administrativo completo y disponibilidad para atender novedades operativas fuera del horario regular. La continuidad, la supervisión del personal, el manejo de

inventarios y la responsabilidad ante entes de control configuran una relación laboral. Se requiere profesional en salud o en logística con experiencia mínima de 1 año en urgencias, transporte asistencial y APH.

INFORME DE PROYECCION Y ANALISIS DE SERVICIOS

Sede Hospitalaria Especializada ONKOS

Servicios a implementar por fases
Viabilidad económica

Dirección de Prestación de Servicios
Abril 2026

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI) adelanta el proceso de adquisición o arrendamiento de la Clínica Onkos S.A.S. (NIT 830099212-1), ubicada en la Diagonal 33 Bis A No. 14-37, Bogotá D.C., con código de habilitación según REPS 1100109056.

La clínica cuenta con una terreno de aproximadamente 6.000 m2, equipamiento biomédico valorado en $16.000 millones (incluyendo la tecnología HIFU), y una amplia cartera de servicios habilitados conforme a la Resolución 3100 de 2019. A la fecha del presente análisis (abril de 2026), la institución se encuentra en estado de cierre temporal, sin operación activa de ningún servicio.

En el supuesto de adquirir o arrendar la sede, el HUSJDMI deberá tramitar una nueva habilitación a su nombre. Según la Resolución 3100 de 2019, la habilitación del arrendador no se transfiere automáticamente por el contrato de arrendamiento. Por tanto, el portafolio inicial de la Fase 1 debe diseñarse conforme a los requisitos habilitantes que el HUSJDMI pueda cumplir en el corto plazo, priorizando servicios de baja y mediana complejidad en modalidad ambulatoria

2. RESUMEN EJECUTIVO

Proposición central del estudio

El presente estudio de factibilidad demuestra que la sede Clínica Onkos S.A.S., bajo administración del HUSJDMI mediante arrendamiento con opción de compra, tiene condiciones estructurales para operar como IPS de alta complejidad.
El portafolio combina la capacidad para la atención de morbilidad general ambulatoria e intrahospitalaria, especialidades quirúrgicas, oncología clínica y quirúrgica plena, nefrología con terapia de reemplazo renal (hemodiálisis), y hemodinamia intervencionista.
NOTA CRITICA: todos los servicios, sin excepción, requieren habilitación propia a nombre del HUSJDMI desde cero conforme a la Resolución 3100 de 2019, dado que ninguno se encuentra actualmente habilitado, ni en la sede Onkos ni en el HUSJDMI sede principal para transferencia directa. Esta condición es el factor regulatorio de mayor impacto sobre el cronograma y la viabilidad.
La demanda potencial de FOMAG (95.811 afiliados en Bogotá, fuente FOMAG/BDUA 2025) y Nueva EPS (aprox. 560.000 afiliados en Bogotá D.C, BDUA-ADRES marzo 2026) justifica el modelo.
El escenario base proyecta punto de equilibrio operacional entre los meses 16-18, ingresos superiores a $9.000M/mes en Fase 3 y retorno institucional en el horizonte de 36 a 42 meses.

Indicador clave	Fase 1 (M1-12)	Fase 2 (M13-24)	Fase 3 (M25-36)	Fase 4 (M37-48+)
Servicios activos (acumulado)	20 servicios ambulatorios.	+ 15 internación./Cirugía general	+ 12 oncológicas/diálisis	+ Hemodinamia
Camas activas	0 (ambulatorio)	40-50 hosp.	89 + 8 UCI	89 + 16 UCI
Sillas diálisis/quimio	0	8 quimio básica	8 diálisis + 9 quimio	12 diálisis + 9 quimio
Ingresos brutos estimados/mes	$1.355M	$3.990M	$9.360M	$13.610M
Canon como % de ingresos	44%	15%	6%	4%
Margen operacional	15%	48%	62%	64%
Pagadores objetivo primarios	FOMAG + Nueva EPS	+ Capital Salud	+ Otros convenios	+ Pólizas privadas

3. OBJETO Y ALCANCE DEL ESTUDIO

El presente estudio de viabilidad financiera ha sido elaborado por la Dirección de Prestación de Servicios de Salud del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), con el propósito de analizar la factibilidad económica y financiera de poner en operación la sede hospitalaria de Clínica Onkos S.A.S., bajo la modalidad de arrendamiento con opción de compra.

3.1. Supuestos críticos del estudio

Supuesto regulatorio fundamental que valida todo el modelo de fases

TODOS los servicios propuestos en las cuatro fases, incluyendo consulta externa, hospitalización, cirugía, oncología clínica, quimioterapia, hemodiálisis y hemodinamia, requieren habilitación PROPIA E INDEPENDIENTE a nombre del HUSJDMI en la sede Onkos, conforme a los estándares de la Resolución 3100 de 2019 por servicio y por sede.

Ni el HUSJDMI sede principal tiene habilitados servicios de diálisis, oncología plena o hemodinamia que puedan extenderse, ni la habilitación del arrendador (Onkos S.A.S.) se transfiere por contrato. Este es el factor de mayor impacto sobre el cronograma: cada fase está condicionada al otorgamiento de la habilitación por la entidad competente.

Variable del modelo	Valor / Supuesto adoptado	Fuente / Sustento
Tarifa FOMAG	SOAT al 90% pago por evento	Circular FOMAG 2024; Min. Salud — sin autorización previa
Tarifa Nueva EPS	SOAT al 85%	Referencia mercado IPS alta complejidad Bogotá 2025-2026
SMLMV 2026	$1.423.500 COP	Decreto 2205/2023 actualizado
Valor UVR SOAT 2026	Aprox. $1.095 COP (SMLMV/1.300)	Decreto 2423/1996 Art. 10
FOMAG afiliados Bogotá	95.811 afiliados (docentes+pensionados+beneficiarios.)	FOMAG/Infobae agosto 2025; BDUA-ADRES
Nueva EPS afiliados Bogotá	Aprox. 560.000 (contributivo. + subsidiado)	BDUA-ADRES marzo 2026 Portafolio.co abril 2026
Prevalencia cáncer FOMAG	367 x 100.000 hab. (cáncer mama superior a media nacional.)	Cuenta de Alto Costo CAC 2024
Prevalencia ERC terminal Bogotá	334 x 1.000.000 hab. en diálisis	Sociedad Colombiana de Nefrología SEN 2024
Diálisis renal en Onkos	NUEVO habilitación desde cero	Confirmado DPSS HUSJDMI ninguna extensión posible
Hemodinamia en Onkos	NUEVO habilitación desde cero	Confirmado DPSS HUSJDMI ninguna extensión posible
Canon arrendamiento	$600M/mes fijo ano 1; IPC aprox. 5,5% desde mes 13	Propuesta comercial Onkos S.A.S. 2026
Opción de compra	$62.000M COP aplicación del 60% de cánones M1-12	Propuesta comercial Onkos S.A.S. 2026

3.2. Marco normativo aplicable

Norma	Relevancia para el proyecto
Resolución 3100 de 2019	Estándares habilitación IPS por servicio: infraestructura, dotación, TH y procesos aplica a CADA servicio de cada fase
Resolución 3280 de 2018 RIAS	Rutas integrales de atención, define servicios mínimos por evento de salud marco de servicios Fase 1
Decreto 2423 de 1996 SOAT	Manual tarifario UVR base cálculo de tarifas por procedimiento
Ley 91/1989 + Circular FOMAG 2024	Marco legal del Fondo del Magisterio pago por evento sin autorización previa a IPS habilitadas

Resolución 2765 de 2025 (PBS) y Acuerdo 003 de 2024 FOMAG	Plan de Beneficios en Salud cobertura garantizada por EPS a sus afiliados
Decreto 780 de 2016 Único Salud	Marco general prestación de servicios modalidades, contratos, habilitación y redes
Ley 1751 de 2015	Ley Estatutaria de Salud, derecho fundamental, marco para nuevos servicios de alta complejidad
SEN Colombia 2024	Registro Colombiano de Nefrología, prevalencia ERC y estándares hemodiálisis, base demanda diálisis
Resolución 0444 de 2008 Decreto 2200 de 2005	Servicio farmacéutico BPM para preparación de citotóxicos oncológicos Fase 3
Guías Min. Salud Oncología 2023	Estándares de las Unidades Funcionales de Cáncer (UFC) marco para habilitación oncológica F2-F3

4. ANALISIS DE DEMANDA POTENCIAL FOMAG Y NUEVA EPS EN BOGOTA D.C.

4.1. Caracterización de los pagadores prioritarios

La estimación de la demanda se sustenta en datos oficiales de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) de la ADRES, el sistema SISPRO del Ministerio de Salud, reportes del FOMAG y de la Sociedad Colombiana de Nefrología. El área de influencia primaria es Bogotá D.C., donde se concentra la mayor proporción de afiliados de ambas EPS priorizadas.

Indicador de demanda	FOMAG Bogotá	Nueva EPS Bogotá	Fuente
Total afiliados Bogotá D.C.	**95.811**	**Aprox. 560.000 (contributivo +subsidiado)**	FOMAG/Infobae ago2025; BDUA-ADRES mar2026
Afiliados contributivos estimados	**Aprox. 55.000 (docentes activos)**	**Aprox. 380.000 contributivo**	Portafolio LEE-Javeriana 2024; BDUA mar2026
Afiliados subsidiados / pensionados	**Aprox. 40.000 (pensionados+beneficiarios)**	**Aprox. 180.000 subsidiado**	BDUA mar2026; Portafolio Portafolio.co abr2026
Tasa de uso servicios/año (consultas)	**8,2 consultas/afiliado/año**	**6,4 consultas/afiliado/año**	MSPS ASIS 2023; Cuenta Alto Costo 2024

Edad promedio del afiliado	**47 años (docentes activos)**	**38 años (mix regímenes)**	Boletín Contexto FOMAG feb2025 LEE Javeriana
Prevalencia cáncer (cáncer mama)	**367 x 100.000 (mayor a media nacional.)**	**Aprox. 285 x 100.000 hab.**	Cuenta Alto Costo CAC 2024; SIVIGILA 2024
Prevalencia ERC terminal (diálisis)	**Aprox. 32 pacientes potenciales FOMAG**	**Aprox. 187 pacientes potenciales NEPS**	SEN Colombia 2024 tasa 334 x 1.000.000 hab.
Incidencia cáncer nuevos casos/año	**Aprox. 180 casos nuevos FOMAG/año**	**Aprox. 1.050 casos nuevos NEPS/ano**	ICCR 2024 tasa incidencia cáncer Bogotá
Demanda cardiovascular (Hemodinamia)	**Alta edad y sedentarismo docente**	**Media mix poblacional**	Encuesta Salud Docentes Min.Educ. 2023
Demanda potencial consultas/mes (cap. 2%)	**Aprox. 131 consultas/mes**	**Aprox. 597 consultas/mes**	Modelo captura ver Hoja DEMANDA Excel
PQRS por 1.000 afiliados (insatisfacción)	**56 PQRS/1.000 (vs media nacional. 33)**	**No reportado separado**	Boletín Contexto FOMAG feb2025

Ventaja estratégica de la demanda FOMAG para la sede Onkos

El régimen del magisterio es el pagador de mayor valor estratégico para el HUSJDMI-Onkos por cuatro razones:

- Opera desde mayo 2024 sin intermediación financiera bajo Fiduprevisora, con facturación por pago por evento a tarifas SOAT, lo que elimina la barrera de contratos con intermediarios y acelera la vinculación de nuevas IPS.
- La prevalencia de cáncer de mama en docentes supera la media nacional (367 vs 285 por 100.000 según CAC 2024), generando demanda directa de la oncología clínica y quirúrgica propuesta.
- La edad promedio de 47 años del docente activo implica mayor carga de enfermedad renal crónica (ERC) y cardiovascular, justificando los servicios de hemodiálisis y hemodinamia
- El alto índice de PQRS de FOMAG (56 por 1.000 vs media nacional de 33) evidencia una población insatisfecha con su atención actual, que representa una oportunidad de captura para una IPS de alta complejidad con oferta integral.

5. DESCRIPCION DEL ACTIVO CLINICA ONKOS S.A.S.

La sede Clínica Onkos cuenta con una infraestructura de aproximadamente 6.000 m2 diseñada para atención oncológica de alta complejidad. La capacidad instalada registrada en el REPS constituye el punto de partida para el portafolio propuesto, aunque cada unidad debe someterse a evaluación técnica y de cumplimiento normativo antes de la activación de cada fase.

Unidad / Recurso	Capacidad REPS	Uso propuesto	Condición técnica y normativa
Consultorios consulta externa	11	**11 Fase 1 plena**	Habilitación nueva HUSJDMI estándares Res.3100/2019 por servicio
Camas hospitalización adultos	89	**40 F2 → 89 F3**	Activación progresiva habilitación por grupos de camas por fase
Camas UCI adultos	8	**0 F2 → 8 F3**	Habilitación nueva compleja: intensivista 24/7, monitoria, ventilación
Camas cuidado intermedio adulto	11	**0 F2 → 11 F3**	Complemento UCI — habilitación simultanea con hospitalización alta
Camas intermedias adicionales	11	**8 en F2**	Reconversión como soporte postoperatorio o UCIN oncológica
Sillas procedimientos/quimioterapia	17	**9 quimio (F3) + 8 diálisis (F3)**	Las 17 sillas son el mismo espacio físico a reconvertir según fase y definir espacios independientes
Salas de cirugía	4	**2 F2 → 4 F3**	Habilitación Qx nueva: anestesiólogo 24/7, CEYE (Central de Equipos y Esterilización), normativa quirúrgica
Salas de procedimientos	2	**2 desde F2**	Endoscopias, biopsias, procedimientos diagnósticos intervencionistas
Laboratorio clínico	Habilitado REPS Onkos	**F1 nueva hab. HUSJDMI**	Mediana complejidad F1 → extensión alta complejidad en F3
Imagenología (ionizante/no ionizante.)	Habilitada REPS Onkos	**F1 parcial → F2 plena**	Nueva hab. HUSJDMI Rx y eco F1; TAC F2; Resonancia F3
Farmacia intrahospitalaria	Habilitada REPS Onkos	**F1 dispensación → F3 citotox.**	Citotóxicos oncológicos en F3: cabina HEPA (cabina de

			bioseguridad o campana de flujo laminar), BPM.
Tecnología HIFU	Disponible (verificar)	**F3 — post-censo biomédico**	Censo técnico obligatorio calibración y vida útil antes de activar
Inventario biomédico reportado	$16.000M (valoración Onkos)	**Según censo verificado**	Censo independiente obligatorio antes de firma de contrato
Infraestructura total	Aprox. 6.000 m2	**Uso por fases**	Diagnostico ingeniería hospitalaria previo a cada habilitación de fase

6. PORTAFOLIO DE SERVICIOS POR FASES DE IMPLEMENTACION

El diseño del portafolio por fases obedece a cuatro principios rectores:

1. Seguridad del paciente, ningún servicio se activa sin cumplimiento previo de los estándares habilitantes de la Resolución 3100 de 2019.
2. Sostenibilidad financiera, cada fase debe generar ingresos suficientes para financiar la siguiente sin comprometer la continuidad de la anterior.
3. Progresividad regulatoria, los servicios de menor complejidad habilitante anteceden a los de mayor exigencia técnica
4. Complementariedad asistencial, los servicios se articulan en rutas de atención integral que maximizan el valor generado por cada paciente atendido.

FASE 1. Entrada ambulatoria de alta producción (Meses 1-12 | Go-live estimado: octubre 2026)

Propósito, lógica clínica y supuesto de habilitación

Generar flujo de caja desde el primer mes mediante la activación de los 11 consultorios de consulta externa habilitables en el REPS, el laboratorio clínico (tercerizado), imagenología básica y servicio farmacéutico. Esta fase no requiere personal de guardia nocturna, ni instalaciones de internación, minimizando los costos fijos de arranque. La demanda objetivo es la población FOMAG y Nueva EPS con necesidades de consulta especializada ambulatoria.

HABILITACION: todos los servicios deben habilitarse a nombre del HUSJDMI en esta sede, proceso estimado: 3 a 4 meses desde inicio de tramite hasta visita previa (sem. 1 a sem. 20 del cronograma).

N	Servicio	Complejidad	Modalidad	Parámetro clave / Justificación clínica
1	Medicina General	**BAJA**	Ambulatoria	2 consultorios puerta de entrada RIAS y remisión
2	Medicina Interna	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio comorbilidad crónica FOMAG (HTA, DM, hipotiroidismo)
3	Cirugía General (Consulta Ext.)	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio prequirúrgicos y seguimiento post-cirugía F2
4	Dermatología	**BAJA**	Ambulatoria	1 consultorio alta prevalencia docente; melanoma en ruta oncológica
5	Endocrinología	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio DM y tiroides: mayor demanda en magisterio FOMAG
6	Ginecología y Obstetricia	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio población docente femenina 64%; ruta Cáncer cuello/mama
7	Nefrología (Consulta Ext.)	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio tamización ERC y captación predialítica para F3
8	Neurología	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio patología cerebrovascular y neuropatía oncológica
9	Psiquiatría	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio alta prevalencia burnout docente; salud mental oncológica
10	Cardiología	**MEDIA**	Ambulatoria	1 consultorio cardiopatía isquémica; pre-hemodinamia F4
11	Ortopedia y Traumatología	**MEDIA**	Ambulatoria	Rotación 3d/sem comorbilidad musculoesquelética frecuente en docentes
12	Fisioterapia	**BAJA**	Ambulatoria	Área rehabilitación soporte oncológica y osteoarticular
13	Terapia Ocupacional	**BAJA**	Ambulatoria	Área rehabilitación complemento fisioterapia
14	Fonoaudiología / Terapia del Lenguaje	**BAJA**	Ambulatoria	Sala dedicada rehabilitación oncología cabeza y cuello (F2-F3)
15	Terapia Respiratoria	**BAJA**	Ambulatoria	Área terapia soporte oncológico y paciente post-quirúrgico
16	Toma de Muestras Laboratorio Clínico	**BAJA**	Ambulatoria	Área muestras apoyo diagnóstico transversal

17	Laboratorio Clínico Mediana Complejidad	**MEDIA**	Ambulatoria	Bioquímica, hematología, microbiología. Nueva habilitación HUSJDMI
18	Imagenología Ionizante (Rx)	**BAJA/MEDIA**	Ambulatoria	Radiología convencional 2 equipos (verificar censo biomédico)
19	Imagenología No Ionizante (Ecografía)	**BAJA/MEDIA**	Ambulatoria	Ecografía abdominal, pélvica, partes blandas. Nueva habilitación HUSJDMI
20	Servicio Farmacéutico (dispensación ambulatoria)	**MEDIA**	Ambulatoria	Farmacia ambulatoria PBS/UPC. Nueva habilitación HUSJDMI en Onkos

FASE 2. Internación, cirugía general y oncología ambulatoria (Meses 13-24)

Propósito, lógica clínica y supuesto de habilitación

La Fase 2 transforma la sede de IPS ambulatoria a IPS hospitalaria de mediana-alta complejidad. La activación de 40-50 camas de hospitalización y 2 salas de cirugía general genera el salto cualitativo en facturación que permite absorber el canon de arrendamiento con amplio margen positivo. La oncología clínica ambulatoria (consulta + quimioterapia básica) se inicia en esta fase preparando la infraestructura asistencial para la alta complejidad oncológica de la Fase 3.

HABILITACION: los servicios de internación, cirugía y anestesia requieren tramite independiente; el medico anestesiólogo y el área quirúrgica son los estándares más exigentes de la Resolución 3100 de 2019. Tiempo estimado de habilitación F2: 4 a 6 meses adicionales desde inicio de trámite.

N	Servicio	Complejidad	Modalidad	Parámetro clave
1	Hospitalización Adultos 40 camas iniciales	**ALTA**	Hospitalaria	Activación progresiva; 40 camas F2, hasta 89 en F3 habilitación por grupos
2	Cuidado Intermedio Adulto 8 camas	**ALTA**	Hospitalaria	Soporte postoperatorio y oncológico habilitación simultanea con servicios Qx
3	Cirugía General 2 salas activas	**ALTA**	Hospitalaria	Colecistectomía, apendicetomía, herniorrafía, cirugía oncológica básica
4	Cirugía de Mama y Tejidos Blandos	**ALTA**	Hospitalaria	Mastectomía, tumorectomía. Alta demanda FOMAG/NEPS (Cáncer mama)

5	Cirugía Ginecológica	**ALTA**	Hospitalaria	Histerectomía, laparoscopia Complemento ginecología consulta F1
6	Cirugía Urológica	**ALTA**	Hospitalaria	Prostatectomía, nefrectomía parcial. Complemento nefrología F1
7	Anestesiología y Reanimación (24/7)	**ALTA**	Hospitalaria	Medico anestesiólogo guardia activa. REQUISITO PREVIO para cualquier Qx
8	Oncología Clínica. Consulta especializada	**MEDIA**	Ambulatoria	Inicio ruta oncológica ambulatoria estadificación y plan de tratamiento
9	Hematología Oncológica Consulta	**MEDIA**	Ambulatoria	Leucemias, linfomas, mielomas consulta y estadificación
10	Dolor y Cuidados Paliativos	**MEDIA**	Ambu/Hosp	OBLIGATORIO para cualquier servicio oncológico Resolución 3100 de 2019
11	Quimioterapia básica 8 sillas iniciales	**ALTA**	Ambu/Hosp	Habilitación nueva: farmacia oncológica, enfermería especializada, protocolos
12	Servicio Transfusional Banco de sangre básico	**ALTA**	Hospitalaria	Requerido para cirugía oncológica y soporte hematológico. Nueva habilitación
13	Imagenología TAC (contrastado)	**ALTA**	Ambulatoria	Tomografía requiere físico médico, radio protección, sala blindada
14	Servicio Farmacéutico intrahospitalario	**ALTA**	Hospitalaria	Farmacoterapia intrahospitalaria mezclas IV, medicamentos crónicos
15	Psicología - Psicooncología	**BAJA**	Ambu/Hosp	Extensión desde F1 función critica en ruta oncológica

FASE 3. Oncología plena, hemodiálisis y UCI (Meses 25-36)

Propósito, lógica clínica y supuesto de habilitación

La Fase 3 activa el núcleo estratégico del activo: la oncología clínica y quirúrgica plena, la UCI oncológica (8 camas), la tecnología HIFU y la hemodiálisis (8 sillas servicio NUEVO desde cero). En esta fase la sede alcanza su potencial máximo de facturación. La hemodiálisis requiere habilitación nueva completa: equipos de osmosis inversa, máquinas de diálisis, nefrólogo responsable, enfermería especializada en diálisis y cumplimiento de los estándares específicos de la Resolución 3100 de 2019 para terapia de reemplazo renal. Tiempo adicional de habilitación F3: 5-7 meses desde inicio de trámite.

N	Servicio	Complejidad	Modalidad	Parámetro clave / Requisitos habilitación
1	Quimioterapia plena 9 sillas (ampliar desde F2)	ALTA	Ambu/Hosp	3 sesiones/día x 9 sillas = 27 sesiones/día max farmacia oncológica activa
2	UCI Adultos 8 camas oncológicas	ALTA	Hospitalaria	NUEVA hab: intensivista 24/7, ventilación mecánica, monitoria invasiva, CEYE UCI
3	Cirugía Oncológica Compleja 4 salas	ALTA	Hospitalaria	Colectomía, pancreatectomía, gastrectomía oncológica, cirugía tórax
4	Cirugía de Cabeza y Cuello Oncológica	ALTA	Hospitalaria	Laringectomía, glosectomía, disección ganglionar cirujano oncológico
5	Cirugía de Tórax	ALTA	Hospitalaria	Lobectomía, neumonectomia alta complejidad pleuropulmonar oncológica
6	Neurocirugía Oncológica	ALTA	Hospitalaria	Craneotomía tumores SNC requiere neuro navegador y neurocirugía dedicada
7	Hemodiálisis 8 sillas (NUEVO desde cero)	ALTA	Ambu/Hosp	NUEVA hab. completa: osmosis inversa, 8 maquinas diálisis, nefrólogo, dialisis, protocolos SEN
8	Laboratorio de diálisis y agua tratada	ALTA	Hospitalaria	Control calidad agua exigencia normativa obligatoria para diálisis
9	Farmacia Oncológica preparación citotóxicos	ALTA	Ambu/Hosp	NUEVA hab: cabina bioseguridad HEPA clase II, refrigeración, químico farmacéutico BPM Res.1403
10	Patología biopsia oncológica	ALTA	Ambulatoria	Histopatología, inmunohistoquímica diagnóstico definitivo oncológico
11	Imagenología RM Resonancia Magnética	ALTA	Ambulatoria	NUEVA instalación: sala apantallada, RM 1.5T neurocirugía y estadificación
12	Hospitalización adultos 89 camas plenas	ALTA	Hospitalaria	Ampliación desde 50 camas F2 hasta 89 camas totales habilitadas
13	Cuidado Intermedio 11 camas plenas	ALTA	Hospitalaria	Ampliación total soporte post Qx oncológico y renal
14	Tecnología HIFU ablación tumoral	ALTA	Ambulatoria	Hígado, riñón, mama, páncreas, fibromas. post-censo biomédico previo

15	Rehabilitación Oncológica integral (linfedema, deglución)	**MEDIA**	Ambu/Hosp	Extensión F1 fisioterapia oncológica, linfedema, psicooncología

FASE 4. Hemodinamia intervencionista y centro de referencia (Meses 37-48+)

Propósito, lógica clínica y supuesto de habilitación

La Fase 4 consolida la sede como centro de referencia de alta complejidad nacional, incorporando hemodinamia intervencionista (servicio nuevo, habilitación desde cero) y fortaleciendo el programa de diálisis con la opción de diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD). Esta fase está condicionada al desempeño financiero de la Fase 3 y a la decisión de ejercer la opción de compra.

HABILITACION HEMODINAMIA: es la más exigente del plan, requiere sala plomada (3-5mm plomo), angiorafo con arco en C digital, mesa de cateterismo, equipo completo de soporte vital y cardiólogo intervencionista con entrenamiento certificado. Inversión estimada: $4.500 a $6.000M solo en sala Cath Lab. (Laboratorio de Cateterismo Cardíaco)

N	Servicio	Complejidad	Modalidad	Prerrequisito critico de habilitación
1	Hemodinamia Diagnostica e Intervencionista	**ALTA**	Hospitalaria	NUEVA: sala plomada, angiorafo digital, cardiólogo intervencionista 24/7, equipo resucitación
2	Cardiología Intervencionista angioplastia	**ALTA**	Hospitalaria	NUEVA: cardiólogo intervencionista certificado + residente + perfusionista articula con UCI F3
3	Stent coronario y closure de defectos	**ALTA**	Hospitalaria	Extensión hemodinamia protocolo SCASEST/SCACEST coordinación con UCI
4	Diálisis Peritoneal CAPD	**ALTA**	Domiciliaria	NUEVA: extiende programa renal reduce presión sobre sillas hospitalarias
5	Ampliación diálisis hasta 12-17 sillas	**ALTA**	Ambu/Hosp	Según demanda confirmada expansión sala diálisis F3 con nuevas maquinas
6	Unidad de Investigación Oncológica	**MEDIA**	Ambulatoria	Centro investigación convenios docente-asistenciales HUSJDMI + universidades
7	Telemedicina y Tele oncología	**MEDIA**	Remota	Expansión Cundinamarca y otras regiones plataforma interoperable SISPRO

8	Trasplante Renal (evaluación futura)	**ALTA**	Hospitalaria	Condicionado a autorización INVIMA + Min.Salud estudio independiente previo

7. VIABILIDAD FINANCIERA. PROYECCION POR FASES Y ESCENARIOS

7.1. Modelo de ingresos por línea de servicio y fase

Los ingresos se calculan por línea de servicio aplicando: producción mensual estimada x tarifa SOAT al porcentaje negociado con cada pagador (90% FOMAG; 85% Nueva EPS). El mix de pagadores del escenario base es: FOMAG 35%, Nueva EPS 45%, otros (Capital Salud, Aliansalud, particular) 20%. El detalle completo de producción, tarifas y fórmulas de cálculo se encuentra en el archivo Excel adjunto (Matrices Supuestos IPS AC ONKOS.xlsx).

Línea de ingreso	F1 — Mes 12	F2 — Mes 18	F3 — Mes 30	F4 — Mes 48
(+) Consulta externa especializada (11 cons.)	$980M	$1.050M	$1.100M	$1.180M
(+) Laboratorio clínico + imagenología	$280M	$420M	$580M	$720M
(+) Servicio farmacéutico (margen dispensación)	$95M	$180M	$320M	$460M
(+) Hospitalización adultos	—	$1.100M	$2.800M	$3.600M
(+) Cirugía general y oncológica	—	$650M	$1.850M	$2.600M
(+) Hemodiálisis 8 sillas (NUEVA F3)	—	—	$740M	$1.020M
(+) Quimioterapia (sesiones sin medicamento)	—	$590M	$850M	$1.150M
(+) UCI oncológica 8 camas	—	—	$680M	$720M
(+) Oncología avanzada y HIFU	—	—	$440M	$680M
(+) Hemodinamia procedimientos (NUEVA F4)	—	—	—	$1.480M
= TOTAL INGRESOS BRUTOS/MES	**$1.355M**	**$3.990M**	**$9.360M**	**$13.610M**

(-) Costos variables (insumos, medicamentos)	$190M	$580M	$1.400M	$2.040M
(-) Costos fijos totales	$958M	$1.480M	$2.150M	$2.850M
= RESULTADO OPERACIONAL	**$207M**	**$1.930M**	**$5.810M**	**$8.720M**
Margen operacional	**15,3%**	**48,4%**	**62,1%**	**64,1%**
Canon arrendamiento como % de ingresos	**44,3%**	**15,0%**	**6,4%**	**4,4%**

7.2. Estructura de costos fijos por fase

Concepto de costo fijo	Fase 1/mes	Fase 2/mes	Fase 3/mes	Fase 4/mes
Canon arrendamiento (contractual fijo)	$600M	$630M*	$664M*	$700M*
Nomina médica y asistencial	$180M	$480M	$820M	$1.100M
Nomina administrativa y de apoyo	$55M	$90M	$130M	$180M
Servicios públicos	$28M	$55M	$85M	$110M
Sistemas información (HIS, HCE, RIPS)	$18M	$28M	$40M	$55M
Insumos y materiales de consultorio	$22M	$55M	$90M	$130M
Mantenimiento biomédico e infraestructura	$20M	$55M	$110M	$180M
Aseo y servicios generales	$15M	$28M	$45M	$65M
Seguros, pólizas y otros fijos	$8M	$20M	$35M	$55M
Tramites regulatorios y PAMEC	$12M	$39M	$131M	$175M
TOTAL COSTOS FIJOS/MES	**$958M**	**$1.480M**	**$2.150M**	**$2.750M**

* Canon ajustado por IPC Aprox. 5,5% anual desde mes 13. Los valores están en pesos corrientes COP 2026.

7.3. Proyección de tres escenarios a 48 meses

Indicador financiero	Conservador	Base	Optimista	Meta institucional
PE operacional Fase 1	Mes 18-20	**Mes 11-12**	Mes 8-9	**Antes mes 12**
PE operacional Fase 2	Mes 19-21	**Mes 16-17**	Mes 14	**Antes mes 18**

Ingresos acumulados 48 meses	$248.000M	**$338.000M**	$420.000M	**>=300.000M**
Excedente operacional acum. 48 meses	$18.000M	**$82.000M**	$145.000M	**>=60.000M**
Canon acumulado 48 meses	Aprox. $32.000M	**Aprox. $32.000M**	Aprox. $32.000M	**Negociar gracia**
Déficit acumulado hasta PE Fase 1	Aprox. $3.500M	**Aprox. $1.690M**	Aprox. $906M	**<$2.000M**
Saldo opción de compra (ejercer mes 12)	$57.680M	**$57.680M**	$57.680M	**Evaluar con avalúo**
ROI institucional a 48 meses	8%-12%	**22%-26%**	34%-40%	**>=20%**
Recuperación inversión inicial	40-48 meses	**28-34 meses**	20-26 meses	**<36 meses**
Empleos directos generados (F3 plena)	Aprox. 180	**Aprox. 280**	Aprox. 360	**>=250**

8. REQUERIMIENTO DE CAPITAL DE TRABAJO E INVERSION POR FASE

Concepto	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Canon prepago / garantía (3 meses)	$1.800M	—	—	—
Adecuaciones físicas e infraestructura	$400-700M	$800-1.500M	$600-1.000M	$4.500-6.000M (Cath Lab)
Puesta a punto biomédica (censo + reparación)	$250-400M	$600-900M	$600-900M (diálisis)	$800-1.200M
Equipos nuevos (diálisis F3; angiorafo F4)	—	—	$2.000-3.000M	$3.000-4.500M
Implementación HIS/HCE/facturación	$130M	$80M	$50M	$100M
Tramites REPS y habilitación por fase	$80M	$200-300M	$300-450M	$350-500M
Nomina preoperativa (2 meses antes go-live)	$470M	$960M	$1.640M	$2.200M
Dotación inicial y suministros	$110M	$250-400M	$400-600M	$600-900M
Capital trabajo ciclo recaudo (90 días)	$750M	$1.200M	$2.800M	$4.100M
Contingencia (15% del subtotal)	$600M	$740-1.050M	$1.250-1.570M	$2.300-2.700M

TOTAL INVERSION REQUERIDA POR FASE	**$4.590-5.040M**	**$4.830-6.390M**	**$9.640-11.960M**	**$17.950-22.200M**
Fuente de financiación sugerida	**Capital HUSJDMI + MSPS**	**Excedentes F1 + crédito**	**Excedentes F2 + BID/FNI**	**Excedentes F3 + Findeter/BID**

9. ANALISIS ESPECIFICO: HEMODIALISIS Y HEMODINAMIA

9.1. Unidad de Hemodiálisis — Habilitación nueva completa (Fase 3)

Consideración regulatoria critica

La hemodiálisis es un servicio de ALTA COMPLEJIDAD que no está habilitado en el HUSJDMI sede principal ni en la sede Onkos. Su activación en la Fase 3 requiere habilitación completa conforme a la Resolución 3100 de 2019:

- Planta física especializada con área de tratamiento de agua (osmosis inversa, sistema de reblandecimiento, monitorización permanente).
- 8 máquinas de hemodiálisis certificadas
- Médico nefrólogo responsable del programa.
- Enfermería entrenada en diálisis
- Laboratorio de control de agua tratada. La inversión en equipamiento se estima entre $2.000 y $3.000 millones adicionales para las 8 máquinas y el sistema de agua.

Parámetro operativo	Valor proyectado	Fundamento técnico
Sillas de hemodiálisis activadas (F3 inicio)	**8 sillas**	Reconversión área quimioterapia orientativo según demanda
Sesiones por silla por día (3 turnos de 4h)	**3 sesiones/día/silla**	Estándar SEN Colombia 2024 turno mañana, tarde, noche
Capacidad máxima sesiones/día	**24 sesiones/día**	8 sillas x 3 turnos
Sesiones efectivas/mes (24 días hábiles)	**576 sesiones máximas**	Descontando tiempo limpieza, mantenimiento y ausencias
Ocupación proyectada escenario base F3	**70% = 403 sesiones/mes**	Incorporación progresiva de pacientes crónicos

Tarifa por sesión SOAT 90% (FOMAG)	**Aprox. $820.000 COP/sesión**	SEN Colombia 2024 referencia mercado nacional
Ingreso mensual proyectado F3 (base)	**Aprox. $294M/mes**	374 sesiones x $820.000
Costo insumos por sesión (dializador, líneas)	**Aprox. $320.000/sesión**	Referencia ACHC 2024 fungibles por sesión
Pacientes en programa crónico F3 (estimado)	**Aprox. 50-65 pacientes**	Promedio 3 sesiones/semana/pac ERC terminal
Demanda potencial FOMAG Bogotá - ERC	**Aprox. 32 pacientes**	95.811 x tasa 334/1.000.000 SEN 2024
Demanda potencial Nueva EPS Bogotá - ERC	**Aprox. 187 pacientes**	560.000 x tasa 334/1.000.000 SEN 2024
Ingreso anual proyectado F3 base	**Aprox. $3.533M/año**	Aprox. $330M/mes x 12
Ingreso anual F4 con 12 sillas (escenario base)	**Aprox. $5.940M/año**	Aprox. $495M/mes x 12 con 12 sillas al 70%

9.2. Unidad de Hemodinamia Intervencionista. Habilitación nueva (Fase 4)

La hemodinamia intervencionista es el servicio de mayor complejidad habilitante de todo el plan y el de mayor potencial de ingresos por unidad de atención. Su activación en la Fase 4 está condicionada al sólido desempeño financiero de la Fase 3 y a la decisión de ejercer la opción de compra, dado que la inversión requerida solo se justifica si la sede es propiedad del HUSJDMI o existe un contrato de largo plazo vigente.

Parámetro	Valor / Estimación	Fundamento
Tipo de sala requerida	**Sala Cath Lab plomada**	3-5mm plomo angiorafo arco en C digital Res.3100/2019
Inversión en sala y angiorafo	**$4.500-6.000M**	Referencia mercado equipos Cath Lab Colombia 2025 proveedor Siemens/Philips
Tiempo construcción y habilitación sala	**12-18 meses**	Incluye obra civil + instalación angiorafo + habilitación REPS + pruebas
Tarifa coronariografía diagnostica SOAT 90%	**Aprox. $3.500.000/procedimiento**	Referencia SOAT — UVR x factor cardiología intervencionista
Tarifa angioplastia + stent coronario SOAT 90%	**Aprox. $12.000.000/procedimiento**	Referencia mercado IPS alta complejidad Bogotá 2025
Procedimientos/día proyectados (madurez)	**8-12 procedimientos/día**	Referencia centros hemodinamia nivel III Bogotá

Ingreso mensual estimado F4 (base)	**Aprox. $1.624M/mes**	Aprox. 80 proc/mes x mix tarifario ponderado $18.500.000
Demanda cardiológica FOMAG (edad 47 anos)	**Alta - HTA y sedentarismo**	Min. Educación Encuesta Salud Docente 2023
Personal mínimo habilitante	**Cardiólogo intervencionista + residente + perfusionista + enf. hemodinamia**	Guardia activa 24/7 para atención SICA

10. CRONOGRAMA MAESTRO DE IMPLEMENTACION

Gate / Hito	Descripción	Fecha estimada	Responsable	Condición critica
Gate 0 Autorización ministerial	Aprobación para iniciar debida diligencia integral	Mayo 2026	Dir. Gral.	Autorización política y presupuestal formal
Gate 1 Cierre debida diligencia	DD jurídica, biomédica, infraestructura y financiera completada sin contingencias inaceptables	Junio 2026	DPSS + equipos especializados	Avalúo técnico independiente incluido
Gate 2 Firma contrato arrendamiento	Contrato con condiciones suspensivas perfeccionado (gracia canon, inventario, pasivos)	Julio 2026	Jurídica HUSJDMI	Canon negociado con mínimo 3 meses de gracia
Gate 3 Radicación REPS F1	Expediente de habilitación F1 radicado ante entidad competente. 20 servicios ambulatorios	Sep. 2026	Líder habilitación DPSS	Autoeval. 100% cerrada sin hallazgos críticos
Go-live Fase 1	Apertura 20 servicios ambulatorios consultorios, laboratorio, imagenología, farmacia	Oct. 2026	Dir. Medico sede Onkos	Contratos firmados con FOMAG y min. 1 EPS mas
Gate 4 Inicio habilitación F2	Tramite REPS internación, cirugía, anestesia, oncología ambulatoria y quimioterapia básica	Dic. 2026	Líder habilitación + Dir. Medico	Financiación F2 aprobada; anestesiólogo contratado
Go-live Fase 2	Apertura hospitalización (40 camas) + 2 salas Qx + oncología ambulatoria + quimio básica	Jun. 2027	Dir. Medico + Jefe Enfermería	REPS F2 aprobado; TH completo; banco sangre activo
Gate 5 Evaluación F2 y decisión F3	Revisión resultados F2 decisión sobre F3, hemodiálisis y opción de compra	Dic. 2027	Comité directivo HUSJDMI	F2 superavitaria; PE alcanzado;

				avalúo actualizado
Go-live Fase 3	Apertura quimio plena + UCI + Qx oncológica avanzada + hemodiálisis 8 sillas + HIFU	Ene. 2028	Dir. Medico + Oncólogo resp.	Sala diálisis habilitada; nefrólogo vinculado; maquinas instaladas
Gate 6 — Decisión ejercicio opción compra	Evaluación formal del ejercicio OC por $57.680M (si se ejerció 60% cánones M1-12)	Jun. 2028	Comité directivo + Min. Salud	Flujo caja F3 positivo sostenido; avalúo favorable
Go-live Fase 4	Apertura sala hemodinamia — Cath Lab intervencionista + ampliación diálisis	Ene. 2029	Dir. Medico + Cardiol. interv.	Sala Cath Lab habilitada; cardiólogo interv. vinculado 24/7
Revisión ROI 48 meses	Evaluación retorno institucional y decisión de expansión regional	Abr. 2030	Comité directivo	Excedente acumulado >= $60.000M (escenario base)

11. MATRIZ DE RIESGOS ESTRATEGICOS Y FINANCIEROS

Riesgo	Descripción técnica	Prob.	Impacto	Medida de mitigación
Canon sin periodo de gracia	$600M/mes supera ingresos meses 1-6. Sin gracia el déficit de caja compromete toda la viabilidad.	**ALTA**	**CRITICO**	Condicionar firma del contrato a mínimo 3 meses de gracia con escalonamiento hasta mes 7. No firmar sin esta condición.
Demora habilitación REPS F1	Nuevo expediente desde cero, cada mes de demora = $958M de costo sin ingreso. Riesgo muy alto en sede con cierre temporal.	**ALTA**	**ALTO**	Equipo habilitación dedicado desde semana 1. Autoeval. inmediata. Contratar asesor experto Res.3100/2019.
Inventario biomédico deteriorado	Equipos de diálisis, imagenología y quimioterapia sin mantenimiento activo pueden requerir reposición masiva.	**ALTA**	**ALTO**	Censo biomédico con valoración técnica independiente en semanas 3-4 de DD. Provisionar 20% de contingencia.

Habilitación diálisis compleja F3	Hemodiálisis nueva desde cero, estándares físicos (agua tratada) y de TH muy exigentes. Demora puede desplazar F3 6-12 meses.	**MEDIA**	**ALTO**	Iniciar diseño sala diálisis en Gate 2. Contratación nefrólogo como condición previa al trámite REPS F3.
No contratación oportuna FOMAG	Nuevo modelo FOMAG/Fiduprevisora puede tardar 3-6 meses en vincular una nueva IPS. Sin FOMAG, F1 no es viable.	**ALTA**	**ALTO**	Iniciar gestión con FOMAG desde mayo 2026 antes de la firma del contrato..
Pasivos ocultos de Onkos S.A.S.	Deudas laborales, demandas en curso o gravámenes sobre activos no revelados en la propuesta comercial.	**MEDIA**	**ALTO**	Auditoria jurídica externa completa. Cláusula de indemnidad por pasivos ocultos como condición suspensiva.
Crisis de Nueva EPS (liquidación)	Nueva EPS perdió 314.586 afiliados en 9 meses (BDUA mar2026). Si es liquidada, el pagador desaparece.	**ALTA**	**ALTO**	Diversificar desde F1: Capital Salud, Aliansalud, Famisanar. Nunca superar 50% de ingresos de un solo pagador.
Inversión F4 hemodinamia no financiada	$4.500-6.000M de Cath Lab no pueden financiarse con excedentes de F3 si estos son inferiores al proyectado.	**MEDIA**	**MEDIO**	Estructurar proyecto BPIN ante DNP desde Gate 5 (dic2027). Gestión BID/Banco Mundial con apoyo Min.Salud.
Escasez de oncólogos e intensivistas	Déficit de especialistas en Bogotá puede retrasar las Fases 3 y 4 significativamente.	**MEDIA**	**ALTO**	Iniciar convocatorias en Gate 2 (jul2026). Convenios docente-asistenciales con U. Nacional, U. Javeriana, U. de los Andes.
Reforma al sistema de salud 2025-2026	Trámite legislativo en curso puede alterar modelo EPS y modalidades de contratación con IPS.	**ALTA**	**MEDIO**	Diseño flexible: contrato por capitación o pago por evento. Monitoreo legislativo permanente. Cláusulas de adaptación en contrato EPS.

12. ARRENDAMIENTO, OPCION DE COMPRA Y ROL DEL MINISTERIO DE SALUD

12.1. Condiciones contractuales y posición negocial del HUSJDMI

Variable contractual	Propuesta Onkos	Posición recomendada HUSJDMI / Min.Salud
Canon mensual ano 1	$600.000.000	NEGOCIAR periodo de gracia 3 meses ($0) con escalonamiento: mes4=$200M, mes5=$400M, mes6=$500M, mes7+=$600M. SIN ESTA CONDICION NO FIRMAR.
Ajuste anual del canon	IPC proyectado	Aceptar IPC con tope máximo del 6% anual para protegerse de inflación alta.
Opción de compra	$62.000 millones	Solicitar avalúo técnico financiero independiente actualizado (Lonja de Propiedad Raíz Bogotá) antes de Gate 2. Comparar con valor reposición $54.000-90.000M.
Aplicación de cánones a precio compra	60% M1-12 / 50% M13-24 / 40% M25-36	Mantener condición ejercer en mes 12 si F2 es viable genera $4.320M de descuento.
Garantía inventario biomédico	Declaración comercial	Exigir cláusula de garantía mínima 12 meses equipos críticos + lista detallada de equipos en Anexo Técnico obligatorio.
Pasivos laborales y jurídicos	No contemplados	Incluir cláusula de indemnidad total por pasivos ocultos + póliza de crédito contingente a cargo del arrendador.
Condiciones suspensivas	No especificadas	Incluir: Debida Diligencia satisfactoria; habilitación REPS F1; contratos vigentes con mínimo 2 pagadores.
Obras estructurales mayores	A cargo del arrendatario	Negociar: obras estructurales >20 SMMLV a cargo del arrendador. Delimitación clara en contrato.
Terminación anticipada	Preaviso 3 meses	Incluir cláusula de salida sin penalidad si REPS F1 no es otorgado en 6 meses post-firma.

12.2. Obligaciones y acciones del Ministerio de Salud por fase

Fase	Acción requerida del Min.Salud	Instrumento jurídico / presupuestal sugerido
Previa	Declarar el proyecto como iniciativa prioritaria de expansión de la red pública hospitalaria de alta complejidad en Bogotá	Directiva ministerial formal + concepto DPSS central sobre viabilidad del activo y pertinencia estratégica
Fase 1 (M1-12)	Respaldar financieramente el déficit de la rampa inicial (Aprox. $1.690M escenario base) sin comprometer el go-live de octubre 2026	Adición presupuestal al presupuesto de funcionamiento HUSJDMI o aval para crédito con Findeter/Bancoldex a tasa diferencial

Fase 2 (M13-24)	Instruir formalmente al Fondo del Magisterio (FOMAG/Fiduprevisora) para incluir al HUSJDMI-Onkos en su red de alta complejidad con carácter prioritario	Circular ministerial o acto administrativo dirigido al Consejo Directivo FOMAG con copia al Min. Educación
Fase 3 (M25-36)	Coordinar con la entidad competente de Bogotá la agilización del trámite de habilitación de UCI oncológica, hemodiálisis y farmacia citotóxicos servicios de mayor complejidad habilitante	Protocolo interinstitucional MSPS-SDS Bogotá para hospitales universitarios nacionales, mecanismo de trámite prioritario
Fase 4 (M37-48)	Evaluar inclusión de la sede Onkos en el Plan de Equipamiento Hospitalario Nacional (PEHN) para financiar el Cath Lab de hemodinamia	Proyecto de inversión BPIN ante DNP + gestión BID/Banco Mundial — componente fortalecimiento red pública alta complejidad
Decisión compra (M24-36)	Autorizar el ejercicio de la opción de compra por $57.680M y facilitar el registro del activo en la contabilidad del HUSJDMI como bien nacional de la red pública hospitalaria	Concepto jurídico-contable CGR + Contaduría General + Min. Hacienda para registro como activo fijo del sector salud

13. INDICADORES CLAVE DE GESTION Y CRITERIOS DE EXITO POR FASE

Indicador de gestión	Meta Fase 1	Meta Fase 2	Meta Fase 3	Meta Fase 4
Ocupación consultorios (%)	>=70%	>=80%	>=85%	>=88%
Ocupación camas hospitalización (%)	N/A	>=55%	>=70%	>=82%
Sesiones de hemodiálisis/mes	N/A	N/A	>=280	>=480
Cirugías oncológicas/mes	N/A	>=30	>=100	>=140
Sesiones quimioterapia/mes	N/A	>=180	>=400	>=540
Procedimientos hemodinamia/mes	N/A	N/A	N/A	>=80
Canon como % de ingresos totales	<50%	<20%	<8%	<6%
Margen EBITDA operacional	>=10%	>=40%	>=55%	>=60%
Tasa de glosa EPS (%)	<8%	<6%	<5%	<4%
Días de cartera por cobrar	<90 dias	<80 dias	<70 dias	<60 dias

PQRS por 1.000 atenciones	<35	<28	<22	<18
Contratos EPS vigentes	>=2 EPS	>=4 EPS	>=5 EPS	>=6 + polizas priv.
Habilitaciones REPS sin hallazgos críticos	100%	100%	100%	100%
Empleos directos generados	>=45	>=120	>=250	>=360

14. RECOMENDACIONES A LA DIRECCION GENERAL HUSJDMI

1. Declarar el proyecto como iniciativa prioritaria de salud pública nacional

Emitir directiva formal declarando el proyecto HUSJDMI-Onkos como iniciativa prioritaria de expansión de la red pública de alta complejidad en Bogotá D.C. Esta declaración facilita:

- La articulación con FOMAG para contratación prioritaria.
- El acceso a instrumentos de financiación pública.
- La agilización del trámite de habilitación ante la entidad competente para los servicios de alta complejidad de las Fases 2, 3 y 4.

2. No firmar el contrato sin periodo de gracia de 3 meses en el canon

La condición contractual más critica es el periodo de gracia. El canon de $600M/mes supera los ingresos proyectados durante los primeros 5-6 meses de operación de la Fase 1. Sin gracia, el déficit de caja puede comprometer la continuidad del proyecto en el mes 4. Esta es una condición suspensiva NO NEGOCIABLE: si el arrendador no la acepta, el HUSJDMI debe evaluar otras alternativas.

3. Garantizar capital de trabajo de $4.590 a $5.040M antes de la firma

La Dirección General debe gestionar ante el Ministerio de Hacienda la disponibilidad de este monto como transferencia extraordinaria o autorización de crédito institucional ANTES de firmar el contrato. Sin este respaldo financiero, el HUSJDMI no puede afrontar el periodo de rampa de la Fase 1 y el proyecto quiebra entre los meses 3 y 6.

4. Iniciar negociación con FOMAG desde mayo 2026

Con 95.811 afiliados en Bogotá D.C., prevalencia de Cáncer superior a la media nacional y alta demanda de nefrología por la estructura etaria del magisterio, FOMAG es el pagador estratégico de mayor valor. El nuevo modelo sin intermediación (Fiduprevisora) permite la vinculación directa de IPS. La Dirección debe designar un

líder comercial que inicie contacto formal con la Fiduprevisora en mayo 2026, ANTES del cierre del contrato, para asegurar al menos un acuerdo de voluntades previo al go-live.

5. Realizar censo biomédico independiente como condición previa a la firma

Los equipos de diálisis, imagenología, quimioterapia y HIFU reportados por Onkos en $16.000M deben verificarse con un censo técnico independiente que incluya: estado funcional, seriales, propietario registrado, mantenimientos realizados, vida útil remanente y valor de mercado actual. Este censo puede revelar brechas de inversión no contempladas en el presupuesto y es la base para negociar la cláusula de garantía de inventario en el contrato.

6. Estructurar la hemodinamia con financiación externa no con recursos propios del HUSJDMI

La inversión de $4.500-6.000M para el Cath Lab no debe financiarse con excedentes operativos de la Fase 3. Se recomienda estructurar un proyecto BPIN ante el DNP, con apoyo del Ministerio de Salud, para acceder a recursos del Fondo Nacional de Inversiones en Salud o de crédito externo BID/Banco Mundial dentro del componente de fortalecimiento de la red pública hospitalaria de alta complejidad.

15. CONCLUSION GENERAL

La sede Clínica Onkos S.A.S. tiene condiciones estructurales, técnicas y de mercado para operar como una IPS de alta complejidad bajo administración del HUSJDMI, con un portafolio que combina morbilidad general ambulatoria, oncología plena, hemodiálisis y hemodinamia intervencionista en un horizonte de 48 meses. La demanda potencial de los 95.811 afiliados del FOMAG en Bogotá y de los aprox. 560.000 afiliados de Nueva EPS en la ciudad, con perfiles epidemiológicos favorables para la oncología y la nefrología, justifica el desarrollo del modelo propuesto.

El estudio identifica tres condiciones de viabilidad que deben cumplirse simultáneamente para que el escenario base sea alcanzable:

1. Negociación exitosa del periodo de gracia en el canon de arrendamiento, condición contractual no negociable.
2. Disponibilidad de capital de trabajo institucional de $4.590-$5.040 millones antes de la firma del contrato.
3. Contratación anticipada con FOMAG como pagador estratégico principal antes del go-live de octubre 2026.

Adicionalmente, el carácter de “nuevo” de TODOS los servicios de alta complejidad, sin posibilidad de extensión desde el HUSJDMI sede principal, constituye el riesgo regulatorio de mayor impacto sobre el cronograma y debe gestionarse con un equipo de habilitación dedicado desde la semana 1.

El escenario base proyecta un margen operacional del 48% en la Fase 2 (mes 18), del 62% en la Fase 3 y del 64% en la Fase 4, con un retorno institucional estimado entre el 22% y el 26% a 48 meses. Bajo estas proyecciones, el ejercicio de la opción de compra en el mes 12 genera el mayor beneficio financiero ($4.320M de descuento sobre el precio de $62.000M) y es la decisión recomendada si la Fase 2 confirma los resultados del escenario base.

Se recomienda aprobar el avance a la Fase de Factibilidad (Gate 1), condicionado a la resolución de las seis recomendaciones formuladas en el capítulo 14 del presente estudio, con un plazo de respuesta institucional formal de 30 días calendario.

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD Y

Matrices de S

NOTA: Todos los servic

Dirigido a:	
Elaborado por:	
Activo evaluado:	
Canon mensual:	
Ref. tarifaria:	
SMLMV 2026:	

C
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

VIABILIDAD FINANCIERA IPS ALTA COMPLEJIDAD ONKOS

upuestos Financieros HUSJDMI Abril 2026 Version 3.0

cios requieren habilitacion nueva desde cero a nombre del HUSJDMI

Director General HUSJDMI
Direccion de Prestacion de Servicios de Salud HUSJDMI
Clinica Onkos S.A.S. NIT 830099212-1 | REPS 1100109056
$600.000.000 COP | Opcion compra: $62.000.000.000 COP
SOAT 2026: 90% FOMAG | 85% Nueva EPS | UVR = SMLMV/1.300
$1.423.500 COP Decreto 2205/2023

ONTENIDO DEL LIBRO DE SUPUESTOS

SUPUESTOS_BASE	Supuestos macroeconomicos y parametros base del modelo financiero
DEMANDA_EPS	Analisis de demanda potencial FOMAG y Nueva EPS en Bogota
TARIFAS_SOAT	Tarifas SOAT en UVR y conversion a pesos COP 2026 por servicio
PRODUCCION_F1	Modelo de produccion Fase 1. 20 servicios ambulatorios. 11 consultorios
PRODUCCION_F2F3F4	Modelo produccion Fases 2, 3 y 4. internacion, Qx, dialisis, hemodinamia
COSTOS_FIJOS	Estructura costos fijos mensuales por fase con fuentes
PROYECCION_ESCENARIOS	Proyeccion financiera 48 meses. 3 escenarios
PUNTO_EQUILIBRIO	Calculo PE por fase y por servicio
DIALISIS	Modelo operativo y financiero Unidad de Hemodialisis (NUEVA)
HEMODINAMIA	Modelo operativo y financiero Unidad Hemodinamia (NUEVA)
CAPITAL_TRABAJO	Requerimiento de capital de trabajo e inversion por fase
FUENTES	Fuentes y referencias tecnicas de todos los supuestos

SUPUESTOS MACROECONOMICOS Y PARAMETRO	
PARAMETROS MODIFICABLES (azul = input	
Parametro	**Valor**
SMLMV 2026	**$1.423.500**
Valor UVR SOAT 2026 (=SMLMV/1300)	$1.095,00
Factor negociacion FOMAG	**90,0%**
Factor negociacion Nueva EPS	**85,0%**
Factor negociacion Capital Salud / otros	**82,0%**
IPC proyectado ajuste costos/canon	**5,5%**
Canon arrendamiento mensual (ano 1)	**$600.000.000**
Opcion de compra	**$62.000.000.000**
Aplicacion canones a OC (mes 1-12)	**60,0%**
Horas atencion/dia por consultorio	**8**
Dias habiles por mes	**25**
Minutos por consulta especializada	**30**
Consultas maximas/hora por consultorio	2,0
Capacidad max. consultorios F1/mes	16.500
Tasa glosacion inicial EPS	**5,0%**
Ciclo recaudo FOMAG (dias)	**60**
Ciclo recaudo Nueva EPS contributivo (dias)	**75**
Mix pagadores FOMAG (% ingresos)	**35,0%**
Mix pagadores Nueva EPS (% ingresos)	**45,0%**
Mix pagadores otros (% ingresos)	**20,0%**

OS BASE. INPUTS MODIFICABLES

; negro = formula calculada)

Unidad	Escenario / Variacion	Fuente
$	Modificable	*Decreto 2205/2023 Min. Trabajo Colombia*
$	Calculado	*Decreto 2423/1996 Art. 10 base conversion tarifaria*
%	Modificable	*Circular FOMAG 2024 pago evento sin autorizacion previa SOAT 90%*
%	Modificable	*Referencia mercado IPS alta complejidad Bogota 2025-2026*
%	Modificable	*Estimacion conservadora para pagadores secundarios*
%	Modificable	*BanRep Informe Politica Monetaria enero 2026*
$	Modificable	*Propuesta comercial Onkos S.A.S. 2026*
$	Modificable	*Propuesta comercial Onkos S.A.S. 2026*
%	Modificable	*Propuesta Onkos 60% de canones M1-12 aplicable al precio*
h	Modificable	*Estandar IPS mediana complejidad Bogota*
dias	Modificable	*Promedio mensual descontando festivos Colombia 2026*
min	Modificable	*RIAS Res.3280/2018 tiempos de atencion*
cons/h	Calculado	*60 min / minutos por consulta*
cons	Calculado	*11 consultorios x horas x dias x atenciones/h*
%	Modificable	*Referencia: 5% glosa inicial recuperacion 80% en 60 dias adicionales*
dias	Modificable	*Referencia mercado FOMAG pago por evento*
dias	Modificable	*Referencia mercado Bogota IPS alta complejidad 2025*
%	Modificable	*Escenario base ajustable segun contratos firmados*
%	Modificable	*Escenario base mayor volumen de afiliados en Bogota*
%	Modificable	*Capital Salud, Aliansalud, particular, polizas*

ANALISIS DE DEMANDA POTENCIAL FOMAG Y NU

PARAMETROS DE AFILIADOS (actualizado BDUA-ADRES m

Indicador	FOMAG Bogota
Total afiliados Bogota D.C.	**$95.811**
Afiliados contributivos	**55.000**
Afiliados subsidiados/pensionados	**40.000**
Tasa uso servicios/ano (consultas/afiliado)	**8,2**
Edad promedio afiliado (anos)	**47**
Prevalencia cancer x100.000 hab.	**367**
Prevalencia ERC terminal x1.000.000 hab.	**334**
Pacientes ERC potenciales Bogota (calc.)	**32**
Demanda consultas/mes captura 2% FOMAG / 0.5% NEPS	**160**
Incidencia cancer nuevos casos/ano	**352**
PQRS por 1.000 afiliados (insatisfaccion)	**56**

CALCULO DE DEMANDA POTENCIAL POR SERV

Servicio de alta complejidad	Pac. potenciales FOMAG
Dialisis renal (ERC terminal en programa)	**32**
Incidencia cancer nuevos casos/ano	**352**
Demanda quimioterapia (% de nuevos casos)	**229**
Demanda cirugia oncologica	**158**
Demanda hemodinamia (cardiopatia isquemica)	**144**

Demanda cardiovascular ambulatoria (cardio F1)	**556**
Demanda nefrologia ambulatoria (tam. ERC)	**2.108**

EVA EPS BOGOTA D.C.

arzo 2026 / FOMAG agosto 2025)

Nueva EPS Bogota	Fuente
$560.000	*FOMAG/Infobae ago2025; BDUA-ADRES mar2026*
380.000	*Portafolio LEE-Javeriana 2024; BDUA mar2026*
180.000	*BDUA mar2026; Portafolio.co abr2026*
6,4	*MSPS ASIS 2023; CAC 2024*
38	*Boletin Contexto FOMAG feb2025*
285	*Cuenta Alto Costo CAC 2024; SIVIGILA 2024*
334	*SEN Colombia 2024*
187	*Calc: afil x 334/1.000.000*
233	*Modelo captura conservador*
1.596	*Calc: afil x prevalencia/100.000*
No reportado	*Boletin Contexto FOMAG feb2025 vs media nacional 33*

VICIO ESTRATEGICO

Pac. potenciales NEPS	Base de calculo / Referencia
187	*SEN 2024 tasa 334/1.000.000 hab.*
1.596	*CAC 2024 prev. cancer x100.000*
1.037	*65% de nuevos casos requieren QT ICCR 2024*
718	*45% nuevos casos con indicacion Qx ICCR 2024*
672	*Tasa CI docentes 150/100k; NEPS 120/100k Min.Educ. 2023*

2.520	*Hipertension + cardiopatia ASIS 2023*
10.080	*ERC estadio 1-4 (predialitica) SEN 2024*

TARIFAS SOAT UVR Y CONVERS		
Formula: Valor COP = UVR x (SMLMV/1.300). SMLMV 2026 = $1.423.500. 1 UVR =		
Servicio / Procedimiento	**Cod. CUPS ref.**	**UVR SOAT**
Consulta med. general programada	890201	**24,0**
Consulta med. especializada nivel 1	890202	**40,0**
Consulta med. especializada nivel 2	890203	**52,0**
Consulta nefrologia (nueva F1)	890202	**42,0**
Consulta psicologia	890207	**28,0**
Consulta nutricion y dietetica	890207	**25,0**
Sesion fisioterapia individual	930501	**22,0**
Sesion terapia ocupacional	930502	**22,0**
Sesion fonoaudiologia	930503	**22,0**
Sesion terapia respiratoria	930504	**20,0**
Lab. clinico promedio ponderado (x exam.)	PROM	**10,0**
Radiografia Rx baja complejidad (2 proy.)	871101	**44,0**
Ecografia abdominal completa	872201	**62,0**
Ecografia pelvica / obstetrica	872202	**58,0**
Tomografia (TAC) contrastada	872301	**185,0**
Hospitalizacion adulto (cama/dia)	CAMA	**165,0**
Cirugia general media complejidad (colec.laparosc.)	877001	**420,0**
Cirugia oncologica compleja (colectomia)	877002	**680,0**
Quimioterapia sesion (sin medicamento)	881401	**280,0**
UCI adultos dia (cama+monitoria)	UCIAD	**380,0**
Hemodialisis sesion (NUEVA hab.F3)	HDIAL	**748,0**
Hemodinamia diagnost. coronariografia	HEM01	**3200,0**
Angioplastia + stent coronario	HEM02	**10950,0**
Tecnologia HIFU sesion ablacion tumoral	HIFU	**3500,0**

ION A PESOS COP 2026 POR SERVICIO

$1.095 COP aprox. Decreto 2423/1996. Negociacion F

Fase	Valor SOAT COP 2026	Tarifa FOMAG 90%	Tarifa NEPS 85%
F1	$26.280	$23.652	$22.338
F1	$43.800	$39.420	$37.230
F1	$56.940	$51.246	$48.399
F1	$45.990	$41.391	$39.092
F1	$30.660	$27.594	$26.061
F1	$27.375	$24.638	$23.269
F1	$24.090	$21.681	$20.477
F1	$24.090	$21.681	$20.477
F1	$24.090	$21.681	$20.477
F1	$21.900	$19.710	$18.615
F1	$10.950	$9.855	$9.308
F1	$48.180	$43.362	$40.953
F1	$67.890	$61.101	$57.707
F2	$63.510	$57.159	$53.984
F2	$202.575	$182.318	$172.189
F2	$180.675	$162.608	$153.574
F2	$459.900	$413.910	$390.915
F3	$744.600	$670.140	$632.910
F2-F3	$306.600	$275.940	$260.610
F3	$416.100	$374.490	$353.685
F3	$819.060	$737.154	$696.201
F4	$3.504.000	$3.153.600	$2.978.400
F4	$11.990.250	$10.791.225	$10.191.713
F3	$3.832.500	$3.449.250	$3.257.625

FOMAG = 90%; Nueva EPS = 85%.
Fuente / Nota
Dec.2423/1996 Num.890201
Dec.2423/1996 Num.890202 medicina interna, dermatologia, endocrinologia, urologia
Dec.2423/1996 Num.890203 cirugia, ginecologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria
Dec.2423/1996 especialidad medica nivel 1
Dec.2423/1996; Circular 049/2008 SDS
Dec.2423/1996 mismo grupo que psicologia
Dec.2423/1996 Cap.IX Terapias
Dec.2423/1996 Cap.IX Terapias
Dec.2423/1996 Cap.IX Terapias
Dec.2423/1996 Cap.IX Terapias
Mix: 40% hemato+30% bioquim+20%lipidos+10%otros
Dec.2423/1996 Cap.RX 2 proyecciones
Dec.2423/1996 Cap.Eco
Dec.2423/1996 Cap.Eco
Dec.2423/1996 Cap.Imagen alta complejidad
Referencia tarifa cama dia hoteleria+enf+soporte ACHC 2024
Dec.2423/1996 Cap.Qx incluye anestesia basica
Dec.2423/1996 cirugia alta complejidad oncologica
Dec.2423/1996 Cap.Oncol excluye costo medicamento
Tarifa UFC oncologica ACHC 2024
SEN Colombia 2024 referencia precio mercado $820.000 aprox.
Referencia SOAT UVR cardiologia intervencionista
Referencia mercado IPS alta complejidad Bogota 2025 ($ aprox 12M SOAT 90%)
Referencia internacional tarifa en negociacion con EPS; alta complejidad

MODELO DE PRODU

CURVA DE

Periodo	Consultorios activos	% Ocupacion	Cons./dia/ cons.	Total cons./mes
Mes 1	**8**	**30,0%**	400	**960**
Mes 2	**9**	**35,0%**	400	**1.260**
Mes 3	**10**	**40,0%**	400	**1.600**
Mes 4	**10**	**50,0%**	400	**2.000**
Mes 5	**10**	**55,0%**	400	**2.200**
Mes 6	**11**	**60,0%**	400	**2.640**
Mes 7	**11**	**65,0%**	400	**2.860**
Mes 8	**11**	**70,0%**	400	**3.080**
Mes 9	**11**	**72,0%**	400	**3.168**
Mes 10	**11**	**74,0%**	400	**3.256**
Mes 11	**11**	**77,0%**	400	**3.388**
Mes 12	**11**	**80,0%**	400	**3.520**

CCION FASE 1 — 20 SERVICIOS AMBULATORIOS — 11 CONSULTORIOS

OCUPACION PROGRESIVA — FASE 1 (INPUTS EN AMARILLO)

Esc. Cons.	Esc. Base	Esc. Opt.	Ingresos mes (base)	Ingr. mes (opt.)
25,0%	800	**50,0%**	**$49.196.160**	**$25.623**
28,0%	1.008	**55,0%**	**$64.569.960**	**$28.185**
32,0%	1.280	**60,0%**	**$81.993.600**	**$30.748**
38,0%	1.520	**68,0%**	**$102.492.000**	**$34.847**
42,0%	1.680	**73,0%**	**$112.741.200**	**$37.410**
46,0%	2.024	**78,0%**	**$135.289.440**	**$39.972**
50,0%	2.200	**82,0%**	**$146.563.560**	**$42.022**
55,0%	2.420	**85,0%**	**$157.837.680**	**$43.559**
58,0%	2.552	**87,0%**	**$162.347.328**	**$44.584**
60,0%	2.640	**88,0%**	**$166.856.976**	**$45.096**
62,0%	2.728	**89,0%**	**$173.621.448**	**$45.609**
63,0%	2.772	**90,0%**	**$180.385.920**	**$46.121**

Supuesto
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live
Curva progresiva FOMAG y NEPS contratados desde go-live

PROYEC

Linea de ingreso/costo	F1 M1-3	F1 M4-6
(+) Consulta externa (11 cons.)	250M	350M
(+) Laboratorio + imagenologia	50M	120M
(+) Farmacia (margen disp.)	20M	50M
(+) Hospitalizacion adultos	—	—
(+) Cirugia general y oncologica	—	—
(+) Hemodialisis — 8 sillas (NUEVA F3)	—	—
(+) Quimioterapia	—	—
(+) UCI oncologica — 8 camas	—	—
(+) Oncologia avanzada / HIFU	—	—
(+) Hemodinamia (NUEVA F4)	—	—
TOTAL INGRESOS BRUTOS/MES	**320M**	**520M**
(-) Costos variables	45M	73M
(-) Costos fijos mensuales	958M	958M
RESULTADO OPERACIONAL/MES	**-683M**	**-511M**
Margen operacional (%)	Negativo	Negativo
Canon como % de ingresos	299.4%	184.2%

ESCENARIO CONSERVADOR

Linea de ingreso/costo	F1 M1-3	F1 M4-6
(+) Total ingresos brutos/mes	180M	310M
(-) Costos variables	25M	43M
(-) Costos fijos mensuales	958M	958M
RESULTADO OPERACIONAL/MES	**-803M**	**-691M**
Margen operacional (%)	Negativo	Negativo

ESCENARIO OPTIMISTA

Linea de ingreso/costo	F1 M1-3	F1 M4-6
(+) Total ingresos brutos/mes	420M	750M
(-) Costos variables	59M	105M
(-) Costos fijos mensuales	958M	958M

RESULTADO OPERACIONAL/MES	**-597M**	**-313M**
Margen operacional (%)	Negativo	Negativo

CION FINANCIERA 3 ESCENARIOS 4 FASES 48 MESES

ESCENARIO BASE					
F1 M7-12	F2 M13-18	F2 M19-24	F3 M25-30	F3 M31-36	F4 M37-42
980M	1.020M	1.050M	1.080M	1.100M	1.150M
280M	350M	420M	500M	580M	660M
95M	130M	180M	240M	320M	390M
—	680M	1.100M	1.800M	2.800M	3.200M
—	350M	650M	1.100M	1.850M	2.200M
—	—	—	320M	740M	880M
—	280M	590M	720M	850M	1.000M
—	—	—	340M	680M	700M
—	—	—	200M	440M	560M
—	—	—	—	—	740M
1.355M	**2.810M**	**3.990M**	**6.300M**	**9.360M**	**11.280M**
190M	395M	580M	945M	1.400M	1.690M
958M	1.200M	1.480M	1.800M	2.150M	2.550M
207M	**1.215M**	**1.930M**	**3.555M**	**5.810M**	**7.040M**
15.3%	43.2%	48.4%	56.4%	62.1%	62.4%
44.3%	21.4%	15.0%	9.5%	6.4%	5.3%

F1 M7-12	F2 M13-18	F2 M19-24	F3 M25-30	F3 M31-36	F4 M37-42
900M	1.800M	2.600M	4.200M	6.800M	8.200M
126M	252M	380M	630M	1.020M	1.230M
958M	1.200M	1.480M	1.800M	2.150M	2.550M
-184M	**348M**	**740M**	**1.770M**	**3.630M**	**4.420M**
Negativo	12.4%	28.5%	42.1%	53.4%	53.9%

F1 M7-12	F2 M13-18	F2 M19-24	F3 M25-30	F3 M31-36	F4 M37-42
1.680M	3.900M	5.200M	8.100M	11.800M	14.200M
235M	546M	728M	1.215M	1.770M	2.130M
958M	1.200M	1.480M	1.800M	2.150M	2.550M

487M	2.154M	2.992M	5.085M	7.880M	9.520M
29.0%	55.2%	57.5%	62.8%	66.8%	67.0%

F4 M43-48
1.180M
720M
460M
3.600M
2.600M
1.020M
1.150M
720M
680M
1.480M
13.610M
2.040M
2.850M
8.720M
64.1%
4.4%

F4 M43-48
10.100M
1.515M
2.850M
5.735M
56.8%

F4 M43-48
16.800M
2.520M
2.850M

11.430M
68.0%

MODELO OPERAT
ADVERTENCIA: Dialisis renal NO esta habilitada en el HU certifi
Parametro operativo
Sillas hemodialisis activadas F3 (input)
Sillas ampliadas F4 (input)
Sesiones por silla por dia (3 turnos)
Capacidad maxima sesiones/dia F3
Dias efectivos hemodialisis/mes
Capacidad max. sesiones/mes F3
Ocupacion proyectada F3 — inicio (%)
Sesiones efectivas/mes F3 base
Tarifa sesion SOAT 90% FOMAG (input)
Tarifa sesion SOAT 85% NEPS (input)
Ingreso mensual F3 base (mix 60% FOMAG/40% NEPS)
Ingreso anual proyectado F3 base
Costo insumos x sesion (dializador, lineas, soluciones)
Costo total insumos/mes F3
Margen bruto por sesion
Margen bruto mensual F3 base
Costo nomina nefrologo + enf. dialisis/mes
Resultado operacional neto dialisis/mes F3
Inversion equipos dialisis (8 maquinas + osmosis)
Tiempo estimado recuperacion inversion dialisis
Demanda potencial FOMAG (pac. ERC terminal Bogota)
Demanda potencial NEPS (pac. ERC terminal Bogota)
Pacientes en programa cronico F3 (estimado)

TIVO Y FINANCIERO UNIDAD DE HEMODIALISIS (NUEVA HABILITAC

USJDMI sede principal ni en Onkos. Requiere habilitacion nueva completa: p
cadas, nefrologo responsable, enfermeria especializada, laboratorio control

Valor / Formula	Unidad	Fase activacion
8	sillas	Fase 3
12	sillas	Fase 4
3	ses/silla/dia	F3-F4
24	ses/dia	F3
24	dias	F3-F4
576	ses/mes	F3
1		F3
374	ses/mes	F3
820.000	COP	F3
738.000	COP	F3
$294.412.800	COP/mes	F3
$3.532.953.600	COP/ano	F3
$320.000	COP/ses	F3
$119.680.000	COP/mes	F3
$500.000	COP/ses	F3
$187.000.000	COP/mes	F3
$85.000.000	COP/mes	F3
$102.000.000	COP/mes	F3
$2.500.000.000	COP	F3
$25	meses	F3
32	pacientes	Bogota
187	pacientes	Bogota
31	pacientes	F3

ION DESDE CERO)
lanta agua tratada (osmosis inversa), maquinas dialisis agua.
Fuente / Referencia
Reconversion area quimioterapia orientativo ajustar segun demanda
Expansion si demanda lo justifica puede llegar hasta 17
Estandar SEN Colombia turno 4h: manana, tarde, noche
8 sillas x 3 turnos
Descontando mantenimiento y ausencias SEN 2024
Capacidad instalada maxima
65% = 325 ses/mes incorporacion progresiva
Sesiones reales a facturar
SEN Colombia 2024 precio mercado $820.000 aprox.
85% del SOAT 100% hemodialisis
Mix pagadores FOMAG/NEPS ponderado
Ingreso anual facturado hemodialisis
Referencia ACHC 2024 fungibles por sesion
Sesiones x costo insumos
Tarifa FOMAG - costo insumos (sin nomina)
Sesiones efectivas x margen por sesion
Nefrologo: $18M + 3 enf. especializadas: $8M c/u + 2 aux: $3M c/u
Margen bruto - nomina especializada dialisis
Estimacion mercado: 8 maquinas x $280M + sistema osmosis inversa $260M
Inversion / resultado operacional mensual
SEN 2024 334 pac/1.000.000 hab. en dialisis
SEN 2024
Sesiones/mes / 12 ses/pac/mes (3 ses/semana x 4 semanas)

MODELO OPERATIVO Y FINANCIERO UNIDAD DE HEMODINAMIA (NUEVA HABIL

ADVERTENCIA: Hemodinamia NO esta habilitada en el HUSJDMI. Requiere habilitacion nuev cardiologo intervencionista 24/7, perfusionista, mesa cateterismo, equipo soporte vital avan

Parametro operativo	Valor / Formula
Sala Cath Lab requerida	1
Inversion sala Cath Lab (estimacion)	$5.000.000.000
Tiempo construccion y habilitacion sala	15
Procedimientos/dia proyectados F4 inicio	8
Procedimientos/dia madurez (2 anos)	12
Dias habiles/mes	25
Procedimientos/mes F4 inicio	200
Tarifa coronariografia diagnostica (SOAT 90%)	$3.150.000
Tarifa angioplastia + stent SOAT 90%	$10.800.000
Mix procedimientos (% coronariografia)	0
Tarifa ponderada por procedimiento (mix)	$8.122.500
Ingreso mensual F4 inicio	$1.624.500.000
Ingreso mensual F4 madurez (12 proc/dia)	$2.436.750.000
Costo insumos intervencionismo (% tarifa)	$0
Costo insumos/mes F4	$454.860.000
Nomina cardiologo interv. + residente + perfusionista + enf.	$120.000.000
Resultado operacional neto hemodinamia/mes F4	$1.049.640.000
Periodo recuperacion inversion sala Cath Lab	$5
Demanda cardiovascular potencial FOMAG Bogota	144
Demanda cardiovascular potencial NEPS Bogota	672

LITACION DESDE CERO)

va completa: sala plomada (3-5mm plomo), angiorafo digital arco en C, nzado. Inversion sala: $4.500-6.000M.

Unidad	Fase activacion	Fuente / Referencia
sala	Fase 4	*Sala plomada 3-5mm plomo + angiorafo digital Res.3100/2019*
COP	Fase 4	*Referencia mercado equipos Cath Lab Colombia 2025 Siemens/Philips*
meses	Fase 4	*Incluye: obra civil + instalacion + habilitacion REPS + pruebas fisicas*
proc/dia	Fase 4	*Referencia centros hemodinamia nivel III Bogota*
proc/dia	Fase 4	*Capacidad plena del equipo Cath Lab*
dias	F4	*Estandar IPS alta complejidad*
proc/mes	F4	*8 proc/dia x 25 dias*
COP	F4	*Ref. SOAT UVR cardiologia intervencionista x 0.90*
COP	F4	*Ref. mercado IPS alta complejidad Bogota 2025 mix tarif. $12M x 0.90*
	F4	*35% coronariografia diagnostica / 65% intervencionistas*
COP	F4	*Mix tarifario ponderado*
COP/mes	F4	*Procedimientos x tarifa ponderada*
COP/mes	F4	*Capacidad plena*
	F4	*Guias, stents, contraste, intro. cateter ~28% tarifa*
COP/mes	F4	*Inversion en insumos consumibles*
COP/mes	F4	*Cardiol. interv. $35M + residente $12M + perfusionista $14M + 2 enf.hemo $8M*
COP/mes	F4	*Ingreso - insumos - nomina especializada*
meses	F4	*Inversion / resultado operacional mensual*
pacientes	Bogota	*Cardiopatia isquemica docentes 150/100k Min.Educ. 2023*
pacientes	Bogota	*Cardiopatia isquemica NEPS 120/100k estimacion*

REQUERIMIENTO DE C

Concepto	Fase 1
Canon prepago/garantia (3 meses)	$1.800.000.000
Adecuaciones fisicas e infraestructura	$550.000.000
Puesta a punto biomedica y censo tecnico	$325.000.000
Equipos nuevos (dialisis F3; angiorafo F4)	—
Implementacion HIS/HCE/RIPS	$130.000.000
Tramites REPS y habilitacion (todos nuevos)	$80.000.000
Nomina preoperativa (2 meses antes go-live)	$470.000.000
Dotacion inicial y suministros	$110.000.000
Capital trabajo ciclo recaudo (90 dias)	$750.000.000
Subtotal antes contingencia	**$4.215.000.000**
Contingencia (15% del subtotal)	$632.250.000
TOTAL INVERSION REQUERIDA POR FASE	**$4.847.250.000**
Fuente de financiacion sugerida	*Capital HUSJDMI + MSPS*

APITAL DE TRABAJO E INVERSION POR FASE

Fase 2	Fase 3	Fase 4
—	—	—
$1.150.000.000	$800.000.000	$5.000.000.000
$750.000.000	$750.000.000	$1.000.000.000
—	$2.500.000.000	$4.500.000.000
$80.000.000	$50.000.000	$100.000.000
$250.000.000	$375.000.000	$425.000.000
$960.000.000	$1.640.000.000	$2.200.000.000
$325.000.000	$500.000.000	$750.000.000
$1.200.000.000	$2.800.000.000	$4.100.000.000
$4.715.000.000	**$9.415.000.000**	**$18.075.000.000**
$707.250.000	$1.412.250.000	$2.711.250.000
$5.422.250.000	**$10.827.250.000**	**$20.786.250.000**
Excedentes F1 + Findeter	*Excedentes F2 + BID/FNI*	*Excedentes F3 + BPIN/BID*

Fuente / Base de calculo
Condicion contractual Onkos $600M x 3 meses
Diagnostico infraestructura hospitalaria previo estimacion con 15% contingencia
Gremio biomedico ICONTEC 2-3% inventario/ano + correctivos post-censo
8 maquinas dialisis + osmosis: $2.500M (F3); Cath Lab: $4.500M (F4)
Cotizaciones mercado HealthMedica/DynamiCS/Qualis Bogota 2025
Honorarios experto Res.3100/2019 + papeleria + tramites SDS Bogota
Equipo minimo cada fase SMLMV 2026 + mercado laboral medico Bogota
Equipos menores, insumos iniciales, senalizacion IPS cotizacion 2025
90 dias cobertura hasta primer pago EPS FOMAG 60d; NEPS 75-90d
15% estandar proyectos hospitalarios PMI Project Management
TOTAL REQUERIMIENTO CAPITAL DE TRABAJO POR FASE
Ver secciones 6, 10 y 12 del informe Word adjunto

FUENT

N	Categoria	Fuente
1	Tarifas	Decreto 2423/1996 Min.Salud
2	SMLMV	Decreto 2205 de 2023 (act.2025)
3	Habilitacion	Resolucion 3100 de 2019
4	RIAS	Resolucion 3280 de 2018
5	REPS Onkos	Min.Salud — Plataforma REPS
6	FOMAG afiliados	FOMAG/Infobae — BDUA ADRES
7	FOMAG caracterizacion	LEE Javeriana — Portafolio FOMAG
8	FOMAG tarifacion	Circular FOMAG 2024 + Min.Salud
9	Nueva EPS afiliados	BDUA-ADRES / Portafolio.co
10	Prevalencia cancer	Cuenta de Alto Costo CAC 2024
11	ERC y dialisis	Sociedad Colombiana Nefrologia SEN
12	Costos dialisis	ACHC 2024 — SEN Colombia
13	Hemodinamia	Referencia mercado Bogota 2025
14	ASIS 2023	MSPS — ASIS Colombia 2023
15	Costos construccion	CAMACOL Bogota 2024-2025
16	Contratos IPS	ACHC/ACESI 2024
17	HIFU	Clinica Onkos — propuesta comercial
18	UPC 2024	ADRES — distribucion recursos 2024
19	ICCR oncologia	Instituto Nacional Cancerologia 2024
20	Reforma salud	El Espectador mar2026

ES Y REFERENCIAS TECNICAS SUPUESTOS FINANCIEROS Y CLINICOS

Documento / Norma	Ano	Parametro tomado
Manual Tarifas SOAT — UVR	1996	Valores UVR por servicio base conversion a pesos
SMLMV Colombia 2026	2026	$1.423.500 COP
Estandares habilitacion IPS	2019	Requisitos por servicio: TH, infraestructura, dotacion
Rutas Integrales Atencion Salud	2018	Tiempos atencion, contenidos minimos, rutas oncologicas
REPS cod. 1100109056	2026	Servicios habilitados Clinica Onkos corte 23 abr 2026
Afiliados por departamento 2025	2025	95.811 afiliados Bogota D.C.
Portafolio afiliados FOMAG 2024	2025	819.114 afil. total; edad prom. 47 anos
Nuevo modelo salud magisterio	2024	Pago por evento SOAT sin autorizacion previa
Base afiliados BDUA mar2026	2026	Aprox 560.000 afiliados Bogota (contr.+subs.)
Registro CAC 2024	2024	367/100.000 cancer mama en FOMAG; 285/100.000 media
Registro Colombiano Nefrologia 2024	2024	334 pac. dialisis/1.000.000 hab.; aprox 36.000 pac. Colombia
Costos hemodialisis Colombia	2024	$320.000 COP insumos/sesion; tarifa $820.000 aprox.
Cotizaciones Cath Lab	2025	Sala plomada + angiorafo: $4.500-6.000M
Analisis Situacion Salud	2023	Tasa uso 8,2 cons/afil/ano FOMAG; 6,4 NEPS
Informe costos construccion hosp.	2025	$9-15M/m2 para hospitales nivel II-III Bogota
Encuesta costos IPS Colombia	2024	Factor negociacion 78-90% SOAT segun regimen y volumen
Propuesta arrendamiento HUSJDMI	2026	Tecnologia HIFU incluida en inventario $16.000M
UPC promedio 2024	2025	UPC contrib. $1.920.268; subs. $1.513.025 por afiliado equiv.
Registro Cancer Colombia ICCR	2024	Tasa incidencia cancer Bogota base calculo demanda Qx
Reforma al sistema EPS	2026	Nueva EPS autorizada Bogota contributivo y subsidiado

URL / Acceso
https://www.minsalud.gov.co Dec.2423/1996
https://www.mintrabajo.gov.co
https://www.minsalud.gov.co
https://www.minsalud.gov.co
https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/
https://www.infobae.com/colombia/2025/08/04/...
https://www.portafolio.co/economia/gobierno/...
https://www.minsalud.gov.co
https://www.portafolio.co/economia/...
https://cuentadealtocosto.org
https://www.asocolnef.com/sen
https://achc.org.co https://asocolnef.com
Siemens/Philips Colombia cotizacion referencia
https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia
https://www.camacol.co
https://achc.org.co https://acesi.com.co
Documento tecnico interno HUSJDMI marzo 2026
https://www.adres.gov.co
https://www.cancer.gov.co
https://www.elespectador.com/salud/...

ESPECIALIDAD	UBICACIÓN	PERFIL
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	CARDIÓLOGO

MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	ENDOCRINOLOGÍA
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	GERIATRÍA

MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	MEDICINA FAMILIAR
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	MEDICINA INTERNA
PROFESIONAL	PRIMER PISO	MEDICO GENERAL

PROFESIONAL	PRIMER PISO	NUTRICIONISTA
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	OFTALMOLOGÍA
PROFESIONAL	PRIMER PISO	PSICÓLOGO

ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	COORDINADOR MÉDICO
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	RESPONSABLE DE CALIDAD

ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	GESTOR DE RIESGO
TÉCNOLOGO	PRIMER PISO	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
TÉCNOLOGO	PRIMER PISO	REGENCIA DE FARMACIA
AUXILIAR	PRIMER PISO	SERVICIOS FARMACÉUTICOS
ESPECIALISTA	PRIMER PISO	RADÍOLOGO

MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	ANESTESIA
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	MASTOLOGÍA
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	DERMATÓLOGO

PROFESIONAL	SÓTANO	ENFERMERA
AUXILIAR	SÓTANO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	GASTROENTEROLOGÍA

MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	GINECOOBSTETRA
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	UROLOGÍA
ADMINISTRATIVO	SÓTANO	ADMINISTRATIVO – ADMISIONES

ADMINISTRATIVO	SÓTANO	ADMINISTRATIVO – ATENCIÓN AL USUARIO
ADMINISTRATIVO	SÓTANO	RECEPCIONISTA
ADMINISTRATIVO	SÓTANO	FACTURADOR EN SALUD
ADMINISTRATIVO	SÓTANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA MEDIOS DIAGNÓSTICOS
PROFESIONAL	SÓTANO	NAVEGADOR DE PACIENTES (GESTOR DE RUTA ONCOLÓGICA — GRO)

PROFESIONAL	PRIMER PISO	GESTOR DE RIESGO DE ENLACE IPS-EPS (RIAS CARDIO-CEREBRO-VASCULAR-METABÓLICA)
PROFESIONAL	PRIMER PISO / SÓTANO	TRABAJADOR(A) SOCIAL EN SALUD

ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO / SÓTANO	INGENIERO / TECNÓLOGO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD
PROFESIONAL	PRIMER PISO	BACTERIÓLOGO

ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	COORDINADOR DE FACTURACIÓN

AUXILIAR	PRIMER PISO	AUXILIAR DE VACUNACIÓN

PROFESIONAL	PRIMER PISO	ENFERMERO(A) JEFE DE VACUNACIÓN

TECNÓLOGO	PRIMER PISO	REGENTE DE FARMACIA

TECNÓLOGO	PRIMER PISO	TECNÓLOGO EN FARMACIA

MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO
INTRAMURAL	• Resolución 3280 de 2018 • Resolución 3100 de 2019

INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)

INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (talento humano en salud)
INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016; Ley 1164 de 2007; Resolución 3280 de 2018.

INTRAMURAL	Decreto 780 de 2016; Ley 1751 de 2015; Resolución 3100 de 2019; Resolución 3280 de 2018.
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) • RETHUS obligatorio • Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Ley 1090 de 2006; Decreto 780 de 2016.

INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 • Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 • Normas de ejercicio profesional médico
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 • Normativa de auditoría en salud
INTRAMURAL	• Decreto 1011 de 2006 • Resolución 3100 de 2019

INTRAMURAL	• Decreto 1011 de 2006 • Resolución 3100 de 2019
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 • Resolución 482 de 2018
INTRAMURAL	• Decreto 2200 de 2005 • Resolución 1403 de 2007 • Resolución 3100 de 2019
INTRAMURAL	• Decreto 2200 de 2005 • Resolución 1403 de 2007
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 • Resolución 482 de 2018 • Registro en RETHUS

INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 •Decreto 780 de 2016 •Registro en RETHUS
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019

INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018; Ley 911 de 2004.
INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016.
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 • Ley 1164 de 2007

INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	•Resolución 3280 de 2018 (RIAS materno perinatal) •Resolución 3100 de 2019
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)
INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016 •Normas de facturación en salud

INTRAMURAL	Decreto 780 de 2016; Ley 1751 de 2015; Resolución 3100 de 2019.
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019
INTRAMURAL	•Resolución 3047 de 2008 •Resolución 3100 de 2019
INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019
INTRAMURAL	• Resolución 3280 de 2018 (RIAS detección temprana cáncer). • Circular 010 de 2024 MSPS (Plan de Choque contra el Cáncer 2023-2026). • Ley 2360 de 2024 (protección especial pacientes con sospecha de cáncer). • Resolución 3100 de 2019 (habilitación servicios de salud). • Ley 911 de 2004 (ejercicio profesional de enfermería). • Decreto 780 de 2016.

INTRAMURAL	• Resolución 3280 de 2018 (RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica). • Lineamientos técnicos RIAS cardiovascular — MSPS 2022. • Decreto 1011 de 2006 (SOGCS). • Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud). • Decreto 780 de 2016. • Resolución 3100 de 2019.
INTRAMURAL	• Resolución 3280 de 2018 (RIAS — determinantes sociales de la salud). • Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud). • Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia). • Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales). • Decreto 780 de 2016. • Resolución 3100 de 2019.

INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (estándar de sistemas de información — habilitación). • Resolución 2275 de 2023 (RIPS — Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud). • Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013 (protección de datos personales). • Decreto 780 de 2016. • Circular 010 de 2024 MSPS (Plan de Choque contra el Cáncer — interoperabilidad INC).
INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud, laboratorio clínico) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) • RETHUS obligatorio • Resolución 3280 de 2018 (RIAS, tamización oncológica y cardiovascular) • Decreto 2323 de 2006 (Red Nacional de Laboratorios) • Resolución 1229 de 2013 (modelo de inspección de laboratorios clínicos)

INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) • Resolución 2284 de 2023 (glosas y devoluciones de cuentas médicas) • Resolución 2335 de 2023 (Acuerdos de voluntades, autorizaciones, referencia y contrareferencia) • Resolución 948 de 2026 (RIPS Registros Individuales de Prestación de Servicios) • Decreto 780 de 2016 • Ley 1438 de 2011 (Reforma al SGSSS — facturación y auditoría de cuentas) • Circular 049 de 2022 SuperSalud (estándares de facturación en salud)

INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (habilitación del servicio de vacunación) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Decreto 780 de 2016 • Lineamientos del PAI — MSPS 2023 (Programa Ampliado de Inmunizaciones) • Resolución 3280 de 2018 (vacunación VPH en RIAS oncológica) • Decreto 2978 de 2011 (cadena de frío para biológicos)

INTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (habilitación del servicio de vacunación, responsable profesional) • Ley 911 de 2004 (Código Deontológico de Enfermería) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Decreto 780 de 2016 • Lineamientos del PAI MSPS 2023 • Resolución 3280 de 2018 (vacunación VPH en RIAS oncológica) • Decreto 2978 de 2011 (cadena de frío para biológicos) • Resolución 3280 de 2018 (RIAS oncológica y cardiovascular)

INTRAMURAL	• Decreto 2200 de 2005 (organización del servicio farmacéutico) • Resolución 1403 de 2007 (Modelo de Gestión del SF — Buenas Prácticas de Almacenamiento) • Resolución 3100 de 2019 (habilitación del servicio farmacéutico — responsable técnico) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Resolución 1478 de 2006 (medicamentos de control especial) • Resolución 5521 de 2013 y sus modificaciones (PBS — listado de medicamentos) • Decreto 780 de 2016

INTRAMURAL	• Decreto 2200 de 2005 (organización del servicio farmacéutico) • Resolución 1403 de 2007 (Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación) • Resolución 3100 de 2019 (habilitación del servicio farmacéutico) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Resolución 2765 y modificaciones (PBS — listado de medicamentos) • Decreto 780 de 2016

REQUISITOS DE FORMACIÓN / COMPETENCIAS ESPECIFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE
• Médico especialista en cardiología • RETHUS	• ACLS • Interpretación de ECG

•Profesional especializado •RETHUS	
•Médico + especialización •Registro en RETHUS	•Soporte vital (BLS/ACLS) •Seguridad del paciente •Guías clínicas actualizadas

•Médico + especialización •Registro en RETHUS	•Soporte vital (BLS/ACLS) •Seguridad del paciente •Guías clínicas actualizadas
•Médico general •Especialización en Medicina Interna •Registro en RETHUS	•Manejo de enfermedades crónicas •Guías de práctica clínica (hipertensión, diabetes) •Soporte vital avanzado (ACLS)
•Médico general titulado con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia deseable en APS, esquema de vacunación completo.	•BLS vigente (menor a 2 años) •Atención a víctimas de violencia sexual. • Inducción en RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica.

•Profesional en Nutrición y Dietética con título otorgado por institución de educación superior reconocida por el Estado •Registro en RETHUS vigente •Experiencia en promoción de hábitos alimentarios saludables, evaluación nutricional o trabajo comunitario en el sector salud.	
•Profesional especializado •RETHUS	
•Psicólogo titulado con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia en APS, esquema de vacunación completo • Formación acreditable en psico-oncología (curso, diplomado o especialización) — Opción 1. • Psicólogo clínico con especialización en Psico-Oncología, Neuropsicología o Salud Mental en Enfermedades Crónicas — Opción 2.	Atención a víctimas de violencia sexual.

•Profesional en administración, salud o áreas afines •Conocimiento en gestión de servicios de salud •Manejo de talento humano y recursos	•Sistema de calidad en salud •Seguridad del paciente
•Médico titulado con registro •Experiencia en servicios de salud	•Seguridad del paciente
•Profesional en salud o administración •Formación en auditoría	•Auditoría de cuentas médicas •Normatividad en salud
•Profesional en salud o administración •Formación en calidad	•Sistema de calidad •Seguridad del paciente

•Profesional en salud o administración	• RIAS de cáncer y RIAS cardiovascular y metabólica (Res. 3280/2018). • Manejo de cohortes y bases de datos de afiliados. • Sistemas de información de gestión del riesgo de EPS. • Técnicas de educación individual y grupal en salud. • Comunicación de malas noticias.
•Tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas •Competencias en operación de equipos de imagen	•Protección radiológica •Seguridad del paciente •Manejo de equipos radiológicos •Bioseguridad
•Técnologo en regencia de farmacia •Manejo de medicamentos y dispositivos médicos	•Farmacovigilancia •Tecnovigilancia •Buenas prácticas de almacenamiento Seguridad del paciente
•Técnico auxiliar en servicios farmacéuticos •Competencias en dispensación y almacenamiento	•Dispensación segura de medicamentos •Bioseguridad •Almacenamiento y conservación
•Médico con especialización en radiología e imágenes diagnósticas •Competencias en interpretación de estudios diagnósticos	•Protección radiológica •Seguridad del paciente •Actualización en interpretación diagnóstica •Bioseguridad

"•Médico + especialidad Anestesia •RETHUS"	•Actualización en manejo de anestesia general, regional y sedación •Capacitación en farmacología anestésica •Formación en manejo de vía aérea difícil •Protocolos de reanimación y manejo de emergencias intraoperatorias
•Médico con especialización en mastología o áreas afines •Competencias en diagnóstico y manejo de patología mamaria •Interpretación de imágenes diagnósticas mamarias	•Seguridad del paciente •Detección temprana de cáncer de mama •Manejo clínico de patología mamaria •Bioseguridad
•Profesional especializado •RETHUS • Médico especialista en dermatología con énfasis oncológico. • Entrenamiento demostrable en dermoscopia digital, mapeo corporal y biopsia de piel bajo anestesia local.	
•Médico especialista en dermatología •RETHUS	•Detección de cáncer de piel

•Enfermera profesional con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia en APS, esquema de vacunación completo.	BLS vigente (menor a 2 años), atención a víctimas de violencia sexual; Toma de citologias cervical • Manejo del paciente crónico cardiovascular.
•Técnico auxiliar en enfermería •RETHUS vigente •Esquema de vacunación completo. •Experiencia en Atención Primaria en Salud (APS) o trabajo comunitario. •Conocimiento en gestión del riesgo y abordaje de determinantes sociales en salud	BLS vigente, Atención a víctimas de violencia sexual;
•Médico especialista en gastroenterología •RETHUS	•Endoscopia digestiva •Manejo de patologías digestivas •ACLS

•Profesional especializado •RETHUS • Médico especialista en ginecología oncológica. • Formación demostrable en patología cervical y colposcopia.	
•Médico •Especialización en ginecología y obstetricia •RETHUS	•Atención de emergencias obstétricas •Curso de reanimación materna
•Profesional especializado •RETHUS • Médico especialista en urología. • Entrenamiento en ecografía urológica y biopsia prostática.	
Técnico administrativo con experiencia en admisiones en IPS, facturación y manejo de RIPS.	Atención a víctimas de violencia sexual

Técnico administrativo con experiencia en sector salud en procesos relacionados con atención al usuario.	Atención a víctimas de violencia sexual. •Atención humanizada •PQRS
•Técnico administrativo o afín Manejo de sistemas de información	•Atención al usuario •Protección de datos
•Técnico o tecnólogo en facturación en salud	•Manual tarifario (SOAT, ISS) •RIPS
•Técnico en auxiliar de enfermería •Registro en RETHUS	•Bioseguridad •Toma de muestras
• Profesional de enfermería con tarjeta profesional vigente y RETHUS. • Énfasis o formación acreditable en oncología o atención de pacientes crónicos. • Experiencia deseable en seguimiento de rutas de atención o gestión de casos. • Esquema de vacunación completo.	• RIAS de cáncer (Resolución 3280/2018) — inducción obligatoria. • Manejo de sistemas de información en salud e historia clínica electrónica. • Técnicas de entrevista motivacional. • Manejo del duelo y comunicación de malas noticias. • Atención a víctimas de violencia sexual. • BLS vigente (menor a 2 años).

• Profesional en enfermería, medicina general o trabajo social. RETHUS vigente. • Formación específica en gestión del riesgo en salud y GIRS. • Deseable: especialización en Salud Pública, Gerencia en Salud o Epidemiología. • Experiencia en manejo de cohortes y bases de datos de afiliados. • Esquema de vacunación completo.	• RIAS cardiovascular y metabólica (Resolución 3280/2018) — inducción obligatoria. • Escala de Framingham validada para Colombia. • Score FINDRISC para riesgo de diabetes mellitus tipo 2. • Manejo de bases de datos y cohortes de riesgo. • Sistemas de información de gestión del riesgo de EPS. • Técnicas de educación individual y grupal en salud.
• Profesional en Trabajo Social titulado, con tarjeta profesional vigente. • Experiencia en sector salud, preferiblemente en IPS o programas de atención a población vulnerable. • RETHUS no obligatorio pero se sugiere. • Esquema de vacunación completo.	• Ruta de atención a víctimas de violencia sexual. • Determinantes sociales de la salud. • Gestión de redes de apoyo comunitario e institucional. • Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia). • Manejo y protección de información sensible.

• Ingeniero de sistemas, tecnólogo o técnico en sistemas, informática o área afín. Título reconocido. • Experiencia en sistemas de información en salud (HIS/EHR). • Deseable: conocimiento de RIPS, HL7 FHIR básico o manejo de plataformas de historia clínica electrónica. • Deseable: conocimiento en bases de datos relacionales (SQL básico).	• Manejo de RIPS conforme a la Resolución 2275 de 2023. • Gestión de sistemas de historia clínica electrónica. • Protección de datos personales (Ley 1581/2012). • Seguridad informática básica en salud.
• Bacteriólogo y Laboratorista Clínico titulado (título de Bacteriología o Bacteriología y Laboratorio Clínico) con diploma y acta de grado • Registro vigente en RETHUS • Experiencia deseable en laboratorio clínico de IPS de mediana o alta complejidad • Esquema de vacunación completo (hepatitis B, tétanos, varicela)	• Bioseguridad en laboratorio clínico • Manejo y disposición de residuos biológicos (PGIRASA) • Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) • Control de calidad interno y externo en laboratorio clínico • Seguridad del paciente en toma y procesamiento de muestras • Cadena de custodia de muestras biológicas enviadas al INC

• Técnico o tecnólogo en facturación en salud, administración en salud o áreas afines • Experiencia mínima de 2 años en facturación de servicios de salud en IPS • Conocimiento demostrable en RIPS, CUPS, CIE-10, manuales tarifarios (SOAT, ISS 2001) y facturación electrónica en salud • Manejo de software de facturación en salud y HIS	• Facturación electrónica en salud (FEV) y RIPS conforme a Resolución 2275 de 2023 • Manual tarifario ISS 2001 y SOAT vigente • Gestión de glosas y devoluciones (Resolución 2284/2023) • Protección de datos personales (Ley 1581/2012) • Seguridad del paciente en procesos administrativos • Normativa de habilitación de servicios (Resolución 3100/2019)

• Técnico auxiliar en enfermería con certificación vigente • Registro vigente en RETHUS • Capacitación acreditable en PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) — curso del MSPS o entidad territorial • Esquema de vacunación completo y al día • Experiencia deseable en servicio de vacunación de IPS o secretaría de salud	• Curso PAI actualizado (lineamientos MSPS vigentes) — obligatorio antes del inicio • Manejo y conservación de la cadena de frío (2–8°C) — Decreto 2978/2011 • Técnica correcta de aplicación de vacunas (vías SC, IM, ID) y manejo de reacciones adversas post-vacunales • Atención y manejo inicial de eventos adversos post-inmunización (ESAVI) • Bioseguridad y manejo de residuos biológicos (PGIRASA) • Seguridad del paciente en procedimientos de vacunación

• Enfermero(a) profesional con tarjeta profesional vigente y RETHUS activo • Capacitación acreditable en PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) curso del MSPS o entidad territorial • Experiencia mínima de 1 año en servicio de vacunación o programas de inmunización • Esquema de vacunación completo y al día • Conocimiento en gestión del riesgo y vigilancia en salud pública (SIVIGILA)	• Curso PAI actualizado (lineamientos MSPS vigentes) obligatorio antes del inicio • Manejo avanzado de la cadena de frío y plan de contingencia ante cortes de energía • Atención y notificación de eventos adversos post-inmunización (ESAVI) SIVIGILA • Bioseguridad y gestión de residuos biológicos (PGIRASA) • BLS vigente (menor a 2 años) • Seguridad del paciente

• Tecnólogo en Regencia de Farmacia con diploma y acta de grado de institución reconocida por el Estado • Registro vigente en RETHUS • Experiencia mínima de 1 año como regente en servicio farmacéutico de IPS habilitada • Conocimiento demostrable en dispensación, farmacovigilancia, tecnovigilancia y control de medicamentos de control especial	• Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y Buenas Prácticas de Dispensación (BPD) • Farmacovigilancia activa y reporte al INVIMA (Programa Nacional de Farmacovigilancia) • Tecnovigilancia: identificación y reporte de eventos adversos con dispositivos médicos • Manejo de medicamentos de control especial conforme a Resolución 1478/2006 • Gestión de medicamentos de alto riesgo (lista ISMP) — doble verificación • Seguridad del paciente en el proceso farmacéutico • MIPRES: manejo del sistema de prescripción de tecnologías No PBS

• Tecnólogo en Química Farmacéutica, Tecnología Farmacéutica o programa afín reconocido por el Estado • Registro vigente en RETHUS • Experiencia deseable en servicio farmacéutico de IPS • Competencias en dispensación de medicamentos y control de inventarios	• Buenas Prácticas de Dispensación (BPD) y Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) • Identificación y reporte de sospechas de RAM al Regente de Farmacia • Manejo correcto de medicamentos de alto riesgo bajo supervisión del Regente • Bioseguridad y gestión de residuos farmacéuticos (PGIRASA) • Seguridad del paciente en el proceso de dispensación • Verificación de prescripciones médicas y MIPRES (tecnologías No PBS)

FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAS REQUERIDAS
	1

	1
• Subespecializaciones • Investigación clínica • Humanización	1

• Subespecializaciones • Investigación clínica • Humanización	1
• Atención integral al paciente crónico • Seguridad del paciente	1
Seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; manejo de residuos; inducción en RIAS.	2

Curso de atención integral a víctimas de violencia sexual.	1
	1
Seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; esquema de vacunación; primeros auxilios psicológicos	1

• Auditoría en salud • Gestión del riesgo	1
• Auditoría médica • Gerencia en salud	1
• Calidad en salud	1
• Auditoría interna • Gestión del riesgo Experiencia demostrable en implementación del PAMEC Conocimiento del Sistema Único de Habilitación (Res. 3100/2019).	1

• Calidad en salud	1
• Tomografía y resonancia • Mamografía • Calidad en imágenes diagnósticas • Gestión del riesgo	1
• Auditoría farmacéutica • Gestión de inventarios • Atención farmacéutica • Uso racional de medicamentos	1
• Atención al usuario • Gestión de inventarios • Farmacovigilancia básica	1
• Subespecialidades (neuroimagen, mama, intervencionismo) • Inteligencia artificial en imágenes • Auditoría médica • Investigación clínica	1

• Actualización en anestesia en poblaciones especiales (geriátrica, obstétrica, pediátrica) • Manejo avanzado del dolor • Ecografía aplicada a anestesia (bloqueos regionales) • Simulación clínica en crisis anestésicas • Gestión del riesgo clínico	1
• Oncología clínica mamaria • Cirugía oncológica • Auditoría médica • Investigación clínica	1
	1
	1

seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; manejo de residuos.	4
Manejo de residuos hospitalarios; seguridad del paciente; esquema de vacunación; curso PAI (si aplica).	2
• Hepatología • Nutrición clínica	1

	1
• Planificación familiar • Violencia de género	1
	1
Seguridad del paciente; protección de datos; humanización; sistema obligatorio de garantía de calidad.	2

Humanización en salud; seguridad del paciente; protección de datos personales; inducción institucional	1
• Facturación en salud	2
• Auditoría de cuentas	2
• Apoyo en diagnóstico	4
• Psico-oncología básica. • Gestión del riesgo en salud. • Humanización en salud. • SIVIGILA — notificación de eventos de salud pública.	1

• Especialización en Salud Pública o Gerencia en Salud. • Manejo avanzado de herramientas de análisis epidemiológico. • Gestión de calidad en servicios de salud.	1
• Humanización en salud. • Intervención en crisis y primeros auxilios psicosociales. • Gestión de recursos y programas sociales del Distrito. • Técnicas de entrevista motivacional.	1

• Interoperabilidad en salud (HL7 FHIR). • Inteligencia de negocios aplicada a datos de salud (dashboards, reportes). • Gestión de calidad de datos clínicos.	1
• Hematología avanzada y citología hematológica • Microbiología clínica e interpretación de antibiogramas • Gestión del riesgo en laboratorio • Sistemas de información de laboratorio (LIS) • Inducción en RIAS oncológica y cardiovascular (Res. 3280/2018)	1

• Auditoría de cuentas médicas • Manejo avanzado de herramientas de análisis de cartera • Gestión de calidad en procesos administrativos de salud • Conocimiento del Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC y sus cláusulas de facturación	1

• Vacuna VPH: indicaciones, esquemas y articulación con la RIAS oncológica de cáncer de cuello uterino • Sistema de información PAI (PAIWEB o plataforma vigente) • Humanización en atención a niños, gestantes y adultos mayores • Gestión del riesgo y vigilancia en salud pública (SIVIGILA)	1

• Vacuna VPH: integración con la RIAS de detección temprana de cáncer de cuello uterino • Epidemiología de enfermedades prevenibles por vacunación • Sistema de información PAI (PAIWEB o plataforma vigente) • Gestión de calidad en servicios de vacunación • Humanización en salud y comunicación con vacilantes vacunales	1

• Auditoría farmacéutica y gestión de costos • Gestión de inventarios y compras de medicamentos • Atención farmacéutica avanzada (seguimiento farmacoterapéutico) • Uso racional de medicamentos y antimicrobianos • Gestión de calidad en servicios farmacéuticos (ISO 9001 aplicado)	1

• Gestión de inventarios farmacéuticos • Atención farmacéutica al paciente crónico (HTA, DM2, oncológico) • Uso racional de medicamentos • Gestión de calidad en farmacia hospitalaria	1

ACTIVIDADES A DESARROLLAR
• Evaluar sistema cardiovascular • Diligenciar historia clínica • Ordenar ECG, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo • Diagnosticar enfermedades cardíacas • Formular tratamiento • Seguimiento clínico

- Diligenciamiento completo de historia clínica
- Registro de evolución
- Formulación de órdenes médicas
- Cumplimiento de guías clínicas
- Seguridad del paciente
- Registro en sistemas (RIPS / HIS)
- Cumplimiento normativo

- Valoración integral del paciente
- Diligenciamiento de historia clínica
- Órdenes médicas (laboratorios, imágenes)
- Diagnóstico y tratamiento
- Seguimiento clínico
- Interconsulta y remisión

• Valoración integral del paciente • Diligenciamiento de historia clínica • Órdenes médicas (laboratorios, imágenes) • Diagnóstico y tratamiento • Seguimiento clínico • Interconsulta y remisión
• Realizar valoración integral del paciente adulto • Diligenciar historia clínica completa y evolución médica • Formular órdenes médicas (medicamentos, laboratorios, imágenes) • Diagnosticar y tratar enfermedades crónicas y complejas • Realizar seguimiento clínico y ajustes terapéuticos • Interpretar resultados diagnósticos • Remitir a otras especialidades si se requiere • Participar en juntas médicas
• Consulta médica general intramural • Valoración integral con enfoque biopsicosocial. • Diagnóstico y tratamiento según guías de práctica clínica. • Formulación de medicamentos y órdenes de apoyo diagnóstico. • Seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas. • Implementación de acciones definidas en las RÍAS. • Notificación obligatoria de eventos de interés en salud pública. • Análisis básico de situación de salud del micro territorio. • Apoyo en investigación de brotes cuando aplique. • Aplicar la Escala de Framingham validada para Colombia para clasificar el riesgo cardiovascular. • Aplicar el score FINDRISC para riesgo de diabetes mellitus tipo 2. • Realizar toma de MAPA (Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial) o referir para su realización. • Ingresar pacientes al programa de manejo integral de HTA y DM2.

•Realizar valoración nutricional integral en los diferentes ciclos de vida. •Identificar factores de riesgo nutricional •Diseñar e implementar planes de intervención nutricional individual y familiar. •Desarrollar actividades de promoción de hábitos de alimentación saludable. •Participar en procesos de caracterización familiar y comunitaria en el territorio. •Realizar seguimiento nutricional a pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad o desnutrición. •Apoyar estrategias de prevención de mal nutrición en niños, gestantes y adultos mayores. •Registrar las intervenciones realizadas en historia clínica y sistemas de información institucionales.
•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo
•Evaluación Psicológica •Intervención en casos de riesgo social (violencia, abandono, consumo SPA, pobreza extrema). •Apoyo en priorización de familias de alto riesgo. •Elaboración de planes de intervención familiar. •Educación en derechos y deberes en salud. •Gestión de rutas con comisarías de familia, ICBF, secretarías de salud y desarrollo social. •Informes mensuales • Brindar primeros auxilios psicológicos al momento de la comunicación del diagnóstico oncológico confirmado. • Acompañar al paciente en las fases de espera de resultados de biopsia (período de mayor ansiedad). • Identificar y manejar síntomas de duelo anticipatorio y estrés postraumático en pacientes oncológicos. • Brindar apoyo al núcleo familiar inmediato del paciente con diagnóstico confirmado. • Desarrollar grupos de apoyo psicológico para pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares en programa.

•Coordinar procesos administrativos •Supervisar talento humano •Gestionar recursos físicos y financieros •Apoyar cumplimiento normativo
•Coordinar atención médica •Supervisar calidad clínica •Apoyar procesos de habilitación Liderar protocolos médicos •Coordinar procesos administrativos •Supervisar talento humano •Gestionar recursos físicos y financieros •Apoyar cumplimiento normativo • Gestión y seguimiento de contratos con las EAPB.
•Auditar cuentas médicas •Validar pertinencia clínica •Control de glosas •Informes de auditoría
•Implementar sistema de calidad •Seguimiento a indicadores •Auditorías internas •Planes de mejora Reporte de indicadores RIAS a las EPS Implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Identificar riesgos en la ruta oncológica: retrasos en diagnóstico, fallas en referencia y contrarreferencia, pérdida de seguimiento. Analizar puntos críticos: tamizaje, confirmación diagnóstica, inicio de tratamiento y continuidad del cuidado. Prevenir fallas: estandarizar rutas, tiempos máximos de atención y coordinación entre servicios. Monitorear la ruta: seguimiento a indicadores (oportunidad en diagnóstico, inicio de tratamiento, adherencia). Gestionar eventos adversos: errores en quimioterapia, radioterapia o cirugías oncológicas. Educar al equipo y pacientes: promover detección temprana y adherencia al tratamiento. Cumplir normativas: asegurar alineación con las rutas integrales de atención en cáncer establecidas a nivel nacional. • Articular la información clínica de los pacientes con los coordinadores de GIRS de las EPS
•Operar equipos de diagnóstico por imágenes (rayos X, TAC, mamografía, etc.). •Preparar al paciente para la realización de estudios. •Aplicar normas de protección radiológica. •Garantizar la calidad técnica de las imágenes obtenidas. •Apoyar al médico radiólogo en procedimientos. •Verificar el correcto funcionamiento de los equipos. •Registrar información en sistemas y reportes. Cumplir protocolos de bioseguridad.
•Supervisar el servicio farmacéutico. •Garantizar almacenamiento adecuado de medicamentos. •Controlar inventarios y fechas de vencimiento. •Implementar programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia. •Verificar la correcta dispensación de medicamentos. •Cumplir con normatividad sanitaria vigente. •Capacitar al personal del servicio farmacéutico. •Elaborar informes y reportes regulatorios.
•Dispensar medicamentos según prescripción médica. •Apoyar en el almacenamiento y organización de medicamentos. •Verificar fechas de vencimiento y condiciones de conservación. •Realizar inventarios periódicos. •Atender usuarios del servicio farmacéutico. •Apoyar procesos administrativos del área. Cumplir normas de bioseguridad.
•Interpretar estudios de imágenes diagnósticas. •Emitir informes diagnósticos oportunos y precisos. •Realizar procedimientos intervencionistas (si aplica). •Definir ayudas diagnósticas complementarias. •Garantizar la calidad diagnóstica del servicio. •Supervisar al personal técnico. •Cumplir protocolos de protección radiológica. •Participar en procesos de auditoría y calidad.

•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo • Valoración preanestésica de pacientes para procedimientos diagnósticos bajo sedación (colonoscopia, EGD, biopsia prostática, biopsias dermatológicas extensas). • Administración de sedación consciente y anestesia local/troncular en sala de procedimientos especiales. • Monitoreo transoperatorio básico (SpO2, FC, TA).
•Realizar valoración clínica integral de pacientes con patología mamaria. •Diagnosticar, tratar y hacer seguimiento de enfermedades de mama. •Interpretar estudios diagnósticos (mamografía, ecografía, biopsias). •Realizar procedimientos quirúrgicos según su competencia. •Definir conductas terapéuticas y remisiones. •Garantizar el cumplimiento de guías clínicas y protocolos. •Participar en programas de detección temprana de cáncer de mama. •Registrar adecuadamente la historia clínica.
•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo • Realizar mapeo corporal sistematizado con dermoscopia digital. • Clasificar lesiones pigmentadas según criterios ABCDE. • Tomar biopsias de piel (sacabocado, escisional o incisional) bajo anestesia local en sala de procedimientos. • Interpretar hallazgos histopatológicos en articulación con el INC. • Registrar en historia clínica el riesgo, fotoprotección y educación al paciente.
•Evaluar lesiones cutáneas •Diligenciar historia clínica dermatológica •Ordenar biopsias o exámenes •Diagnosticar enfermedades de la piel •Formular tratamientos tópicos o sistémicos •Realizar procedimientos menores Seguimiento del paciente

•Liderar programas de promoción y mantenimiento de la salud. •Educación individual, familiar y colectiva en estilos de vida saludables. •Detección temprana de enfermedades crónicas y transmisibles. •Supervisión técnica del auxiliar de enfermería. •Articulación con médico, trabajador social y demás integrantes •Seguimiento a indicadores y metas. • Reportes en el sistema • Toma y registro sistematizado de la presión arterial con interpretación según guías. • Educación individual y colectiva sobre factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, sedentarismo, dieta). • Seguimiento telefónico o de enfermería a pacientes en programa de HTA/DM2 entre consultas médicas. • Aplicación del score FINDRISC en sala de espera con triaje de riesgo. • Coordinación con el Gestor de Riesgo para el seguimiento de cohortes de riesgo cardiovascular reportadas a las EPS.
•Apoyar actividades asistenciales en consulta externa y programas institucionales. •Apoyo en la actualización de bases de datos •Seguimiento a cohortes priorizadas. •Registros auxiliares completos; apoyo operativo continuo; cumplimiento de protocolos •Toma de signos vitales; apoyo en procedimientos; preparación de consultorios; manejo de residuos
•Realizar consulta especializada •Diligenciar historia clínica •Ordenar endoscopias, colonoscopias y laboratorios •Diagnosticar patologías digestivas •Formular tratamiento •Seguimiento del paciente • Realizar esofagogastroduodenoscopia (EGD) con cromoendoscopia y toma de biopsias gástricas (Protocolo de Sydney para H. pylori). • Realizar colonoscopia total con polipectomía de pólipos ≤2 cm en el mismo acto. • Clasificar hallazgos endoscópicos según OLGIM/OLGA (atrofia y metaplasia gástrica). • Solicitar FIT/SOH (Sangre Oculta en Heces) y definir plan de seguimiento según resultado. • Aplicar hemostasia endoscópica en sangrado digestivo benigno (coagulación argon plasma). • Registrar los criterios de activación de la ruta para el INC en casos de hallazgo maligno. • Participar en el Comité Oncológico Conjunto con el INC para casos de diagnóstico confirmado.

•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo • Realizar colposcopia y toma dirigida de biopsia cervical. • Realizar procedimientos LEEP (electrocirugía) y crioterapia para NIC 1/2/3. • Realizar examen clínico de mama y punción-aspiración con aguja fina (PAAF). • Valorar e interpretar resultados de citología cervicovaginal, VPH molecular, colposcopia y mamografía. • Participar en el Comité Oncológico Conjunto con el INC para casos de diagnóstico confirmado. • Gestionar la referencia a la EPS y al INC para tratamiento del cáncer confirmado en ≤5 días hábiles.
•Realizar consulta ginecológica y control prenatal •Diligenciar historia clínica obstétrica •Emitir órdenes médicas (ecografías, laboratorios) •Evaluar riesgo materno-fetal •Realizar seguimiento del embarazo •Detectar patologías ginecológicas •Remitir a alto riesgo si aplica
•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo • Realizar tacto rectal diagnóstico. • Solicitar e interpretar PSA total y libre. • Indicar y realizar (o supervisar) biopsia prostática transperineal guiada por ecografía. • Estratificar el riesgo de cáncer de próstata según criterios PIRADS y score de Gleason. • Gestionar la referencia oportuna al INC para casos confirmados. • Manejar las complicaciones de la biopsia prostática en el contexto ambulatorio de la UPDT. • Participar en el Comité Oncológico Conjunto con el INC para casos de diagnóstico confirmado.
•Ejecutar procesos de admisión, registro y facturación. •Apertura de historia clínica; verificación de afiliación; registro en sistema; generación de soportes de facturación. •Historias correctamente registradas; RIPS sin inconsistencias; soportes de facturación completos. •Verificación de derechos •Programación de citas •Validación de autorizaciones

•Brindar orientación e información a usuarios garantizando acceso oportuno. •Orientación al usuario; gestión de PQRS; asignación de citas; verificación de derechos. •Registros PQRS; informes de oportunidad; indicadores de satisfacción. •Consolidar información de caracterización familiar y seguimiento comunitario. •Apoyar la gestión documental (actas, informes, listados de asistencia, formatos institucionales). •Realizar seguimiento administrativo a metas e indicadores asignados. •Garantizar el archivo físico y digital conforme a lineamientos institucionales
•Atención al usuario •Asignación de citas •Registro de pacientes •Manejo documental
•Generar facturación •Validar soportes •Manejo de RIPS •Radicación de cuentas
•Apoyo en procedimientos •Toma de muestras •Preparación de pacientes •Manejo de insumos
• Asignar número de caso único a cada paciente referido desde los EBS o captado de forma intramural, e ingresarlo al sistema de trazabilidad de la UPDT. • Verificar la asistencia del paciente a cada cita programada y activar el protocolo de búsqueda activa ante inasistencia: contacto telefónico en ≤24 horas; notificación al EBS en ≤72 horas si no hay respuesta. • Acompañar al paciente en la comunicación del diagnóstico oncológico confirmado, con apoyo del equipo de psicología. • Gestionar la notificación formal a la EPS del paciente en ≤5 días hábiles post-diagnóstico confirmatorio. • Coordinar la primera consulta en el INC en ≤15 días hábiles desde la notificación a la EPS. • Registrar en SIVIGILA los casos de cáncer confirmado, conforme a la normativa de vigilancia epidemiológica. • Reportar mensualmente al Coordinador Médico los indicadores de oportunidad de la ruta oncológica (tiempo EBS-UPDT, tiempo confirmación-referencia INC). • Hacer seguimiento al tiempo transcurrido entre cada fase del continuo asistencial y reportar al

• Recepcionar y gestionar las bases de datos de afiliados con riesgo cardiovascular alto/muy alto remitidas por la EPS. • Citar activamente a los usuarios identificados en riesgo por la EPS para ingreso al programa de manejo integral. • Reportar mensualmente a la EPS los indicadores de la RIAS cardiovascular: coberturas de tamización, controles HTA/DM2, metas terapéuticas alcanzadas. • Participar en las mesas técnicas EPS-IPS de seguimiento a la GIRS. • Identificar barreras de acceso de los usuarios y proponer soluciones en coordinación con la EPS y el equipo de Trabajo Social. • Notificar a la EPS los eventos adversos cardiovasculares ocurridos en la UPDT. • Gestionar las autorizaciones de procedimientos de la RIAS cardiovascular ante las EPS. • Mantener actualizadas las cohortes de riesgo en el sistema de información de la UPDT. • Elaborar informes mensuales de gestión del riesgo cardiovascular para la Coordinación Médica y para las EPS contratantes.
• Realizar valoración social integral de pacientes con diagnóstico oncológico o cardiovascular de alto riesgo, identificando determinantes sociales que afecten el acceso y la adherencia al tratamiento. • Gestionar la afiliación o activación de la ruta de atención para pacientes sin aseguramiento (ADRES), incluyendo la identificación del responsable de pago. • Apoyar al Gestor de Ruta Oncológica (GRO) en el protocolo de búsqueda activa de pacientes inasistentes con factores de vulnerabilidad social. • Identificar y gestionar barreras de acceso: transporte, cuidado de dependientes, situación laboral, condición migratoria. • Articular con programas sociales del Distrito, redes de apoyo comunitario y organizaciones sociales para el apoyo a pacientes en condición de vulnerabilidad extrema. • Orientar a pacientes y familias sobre rutas de acceso a servicios sociales complementarios (subsidios, programas de alimentación, salud mental). • Participar en el equipo interdisciplinario de la UPDT en la definición de planes de cuidado para pacientes con alta complejidad social.

• Administrar el sistema de historia clínica electrónica de la UPDT, garantizando su disponibilidad, seguridad y respaldo de información. • Garantizar la generación y transmisión oportuna y correcta de RIPS a las EPS, conforme a la Resolución 2275 de 2023. • Mantener y operar el sistema de trazabilidad digital de muestras biológicas enviadas al laboratorio de patología del INC. • Implementar y mantener el módulo de alertas de resultados de patología pendientes (alerta al médico tratante y al GRO cuando se superen los tiempos meta). • Brindar soporte técnico al personal asistencial y administrativo en el uso del sistema de información de la UPDT. • Gestionar el plan de interconectividad entre los sistemas de información de la UPDT y el INC. • Garantizar el cumplimiento de las normas de protección de datos personales en el manejo de la información clínica. • Generar reportes de indicadores RIAS y de desempeño para la Coordinación Médica y para los reportes a EPS.
• Procesar, analizar e interpretar muestras biológicas (sangre, orina, heces, secreciones) para diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas y oncológicas en la UPDT. • Garantizar la trazabilidad de las muestras biológicas desde la toma hasta el resultado, con especial atención a la cadena de custodia de muestras enviadas al laboratorio de patología del INC. • Supervisar la toma de muestras realizadas por el auxiliar de enfermería de medios diagnósticos, garantizando condiciones preanalíticas correctas. • Realizar control de calidad interno (Levey-Jennings, Westgard) y participar en programas de evaluación externa de la calidad (EECA). • Verificar el correcto funcionamiento, calibración y mantenimiento de los equipos del laboratorio; reportar fallas al coordinador médico. • Gestionar el inventario de reactivos e insumos del laboratorio con aplicación de la regla FEFO y condiciones de conservación. • Registrar resultados en el sistema de información (HIS/LIS) con tiempos de respuesta conformes a los indicadores de oportunidad del Contrato HUSJDMI-INC. • Notificar resultados críticos (valores de pánico) al médico tratante en ≤30 minutos según protocolo institucional. • Elaborar informes mensuales de producción, calidad y novedades del servicio de laboratorio para el Coordinador Médico. • Cumplir los protocolos de bioseguridad (Nivel 2), gestión de residuos biológicos y normas de la Resolución 3100 de 2019 para laboratorio clínico.

• Coordinar y supervisar el proceso de facturación de todos los servicios prestados en la UPDT (consultas, procedimientos, laboratorio, imágenes diagnósticas) conforme a la normativa vigente.
• Garantizar la generación correcta y oportuna de la Factura Electrónica de Venta (FEV) y los RIPS conforme a la Resolución 948 de 2026, dentro de los primeros 15 días hábiles de cada mes.
• Verificar la concordancia entre los servicios facturados, los soportes clínicos (historia clínica, consentimientos informados, órdenes médicas) y los RIPS antes de radicar cuentas a las EPS.
• Gestionar las glosas y devoluciones de cuentas médicas por parte de las EPS conforme a la Resolución 948 de 2026, garantizando respuesta en los plazos contractuales.
• Supervisar al personal de facturadores y admisionistas, verificando la correcta aplicación de los manuales tarifarios y los códigos CUPS/CIE-10.
• Controlar la cartera por cobrar a las EPS, elaborar informes de antigüedad de cartera y alertar al Coordinador Administrativo sobre cuentas vencidas.
• Articular con el Auditor de Cuentas Médicas la auditoría previa a la radicación de facturas del INC al HUSJDMI.
• Garantizar el cumplimiento de los tiempos de radicación y pago establecidos en el Contrato HUSJDMI-INC
• Elaborar informes mensuales de facturación, glosas y cartera para el Coordinador Administrativo y el nivel directivo.
• Mantener actualizada la base de datos de tarifas, contratos y manuales aplicables a cada EPS contratante de la UPDT.

• Aplicar las vacunas del PAI y las vacunas adicionales indicadas por el médico, conforme a los lineamientos del MSPS y los esquemas de vacunación vigentes.
• Verificar el carné de vacunación del usuario, identificar vacunas pendientes y notificar al médico o enfermero jefe para la actualización del esquema.
• Garantizar el mantenimiento de la cadena de frío: monitorear la temperatura del refrigerador de biológicos 2 veces al día (inicio y fin del turno), registrar en el formato de temperatura y reportar cualquier desviación al enfermero jefe de inmediato.
• Preparar y aplicar correctamente cada biológico según la técnica, vía, dosis y sitio de aplicación indicados en los lineamientos del PAI (SC, IM, ID).
• Identificar y reportar al médico los eventos adversos post-inmunización (ESAVI) de forma inmediata; registrar en el SIVIGILA los ESAVI graves o serios.
• Verificar la identidad del usuario con mínimo dos identificadores antes de cada vacunación, registrar en carné y en el sistema de información PAI.
• Mantener el inventario de biológicos con rotación FEFO, registrar entradas y salidas, y elaborar el informe de consumo mensual para el enfermero jefe.
• Cumplir normas de bioseguridad: no reencapuchar, disponer cortopunzantes en guardián y residuos biosanitarios en bolsa roja conforme al PGIRASA.
• Apoyar las jornadas extramurales de vacunación coordinadas por los EBS con cobertura en el territorio de la UPDT.
• Registrar cada vacuna aplicada en el sistema de información PAI y en la historia clínica del paciente en el turno correspondiente.

• Liderar técnica y administrativamente el servicio de vacunación de la UPDT, garantizando el cumplimiento de los lineamientos del PAI y la Resolución 3100/2019.
• Supervisar al auxiliar de vacunación en la correcta aplicación de biológicos, técnica de vacunación, manejo de la cadena de frío y registro de cada dosis aplicada.
• Garantizar la gestión integral de la cadena de frío: verificar temperatura 2 veces al día, activar el plan de contingencia ante fallas, gestionar el transporte de biológicos conforme al Decreto 2978/2011.
• Identificar usuarios con esquema de vacunación incompleto durante la consulta de la UPDT y coordinar con el GRO y los EBS la recuperación de vacunas en el territorio.
• Coordinar la aplicación de la vacuna VPH articulada con la RIAS de detección temprana de cáncer de cuello uterino (Res. 3280/2018), garantizando coberturas en las niñas y mujeres del ciclo vital correspondiente.
• Notificar al SIVIGILA los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) graves o serios en ≤24 horas.
• Elaborar y reportar mensualmente al Coordinador Médico los indicadores de cobertura de vacunación por biológico y por grupo de edad.
• Gestionar el inventario de biológicos: solicitudes de pedido, recepción, verificación de condiciones de calidad (temperatura, fecha de vencimiento), rotación FEFO y bajas justificadas.
• Articular con la Secretaría Distrital de Salud y las EPS contratantes las jornadas de vacunación extramurales e intensificaciones en el territorio de la UPDT.
• Participar en el equipo interdisciplinario de la UPDT aportando el componente de inmunización en la ruta de prevención primaria de cáncer y enfermedades cardiovasculares.

• Dirigir y ser responsable técnico del servicio farmacéutico de la UPDT ante la SDS y el INVIMA, conforme a la Resolución 3100/2019 y el Decreto 2200/2005.
• Garantizar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento: control de temperatura, humedad, rotación FEFO, segregación de vencidos y rechazados, control de plagas.
• Supervisar y capacitar al auxiliar de servicios farmacéuticos en dispensación, almacenamiento y normas de bioseguridad.
• Implementar y mantener activo el Programa de Farmacovigilancia de la UPDT: reporte de sospechas de RAM al INVIMA y retroalimentación al equipo médico.
• Implementar y mantener activo el Programa de Tecnovigilancia: identificación y reporte de eventos adversos con dispositivos médicos al INVIMA.
• Gestionar los medicamentos de control especial conforme a la Resolución 1478/2006: libro de registros de movimientos con cada transacción firmada, disponible para inspección.
• Garantizar que la dispensación de medicamentos de alto riesgo (insulinas, anticoagulantes, opioides, electrolitos concentrados) se realice con doble verificación independiente.
• Verificar que todas las dispensaciones cuenten con prescripción médica válida; gestionar MIPRES para tecnologías No PBS.
• Controlar el inventario de medicamentos y dispositivos médicos, elaborar pedidos, verificar la recepción técnica y gestionar las devoluciones al proveedor.
• Elaborar informes periódicos al INVIMA, Secretaría de Salud y Coordinación Médica sobre consumos, novedades farmacológicas y cumplimiento normativo.

• Dispensar medicamentos a los pacientes de la UPDT conforme a la prescripción médica válida, verificando la identidad del paciente con mínimo 2 identificadores antes de cada dispensación.
• Verificar que cada prescripción médica cumpla los requisitos del Decreto 2200/2005: datos del prescriptor, del paciente, DCI, dosis, vía, frecuencia y duración del tratamiento.
• Proporcionar información clara al paciente sobre el uso correcto, conservación, efectos adversos y contraindicaciones de cada medicamento dispensado.
• Apoyar al Regente de Farmacia en el control de inventario con aplicación de la regla FEFO, verificación de condiciones de conservación y elaboración de informes de consumo.
• Identificar y reportar al Regente cualquier sospecha de RAM referida por los pacientes durante la dispensación, con registro documental.
• Aplicar el protocolo de doble verificación para medicamentos de alto riesgo (insulinas, anticoagulantes, opioides) antes de entregar al paciente.
• Verificar que los medicamentos No PBS dispensados cuenten con prescripción MIPRES debidamente diligenciada por el médico tratante.
• Segregar y gestionar correctamente los medicamentos vencidos o rechazados: etiquetar como RECHAZADO/VENCIDO, segregar en zona identificada, reportar al Regente para baja formal y disposición final según PGIRASA.
• Apoyar al Regente en la preparación de documentación para inspecciones del INVIMA y la Secretaría de Salud.
• Registrar cada dispensación en el sistema de información del servicio farmacéutico (HIS/LIS), garantizando la trazabilidad del medicamento desde la dispensación hasta el paciente.

TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO
	15/07/26

	15/07/26
	15/07/26

	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26

	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26

	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26

	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26
	15/07/26

	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26

	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26

	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26

	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26
	1/07/26
Contrato de prestación de servicios / Planta	2026-07-01

Contrato de prestación de servicios / Planta	2026-07-01
Contrato de prestación de servicios / Planta	2026-07-01

Contrato de prestación de servicios / Planta	2026-07-01
	02/06/2026

	02/06/2026

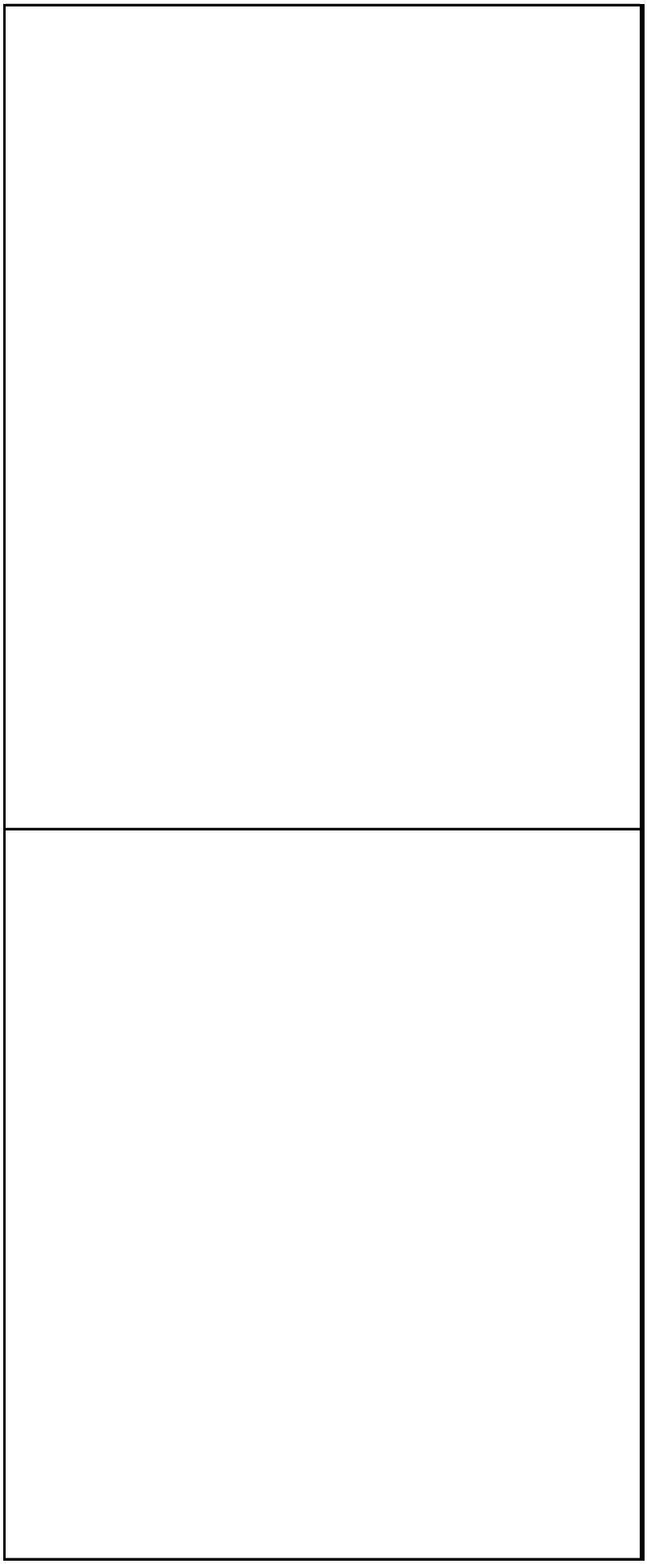
	02/06/2026

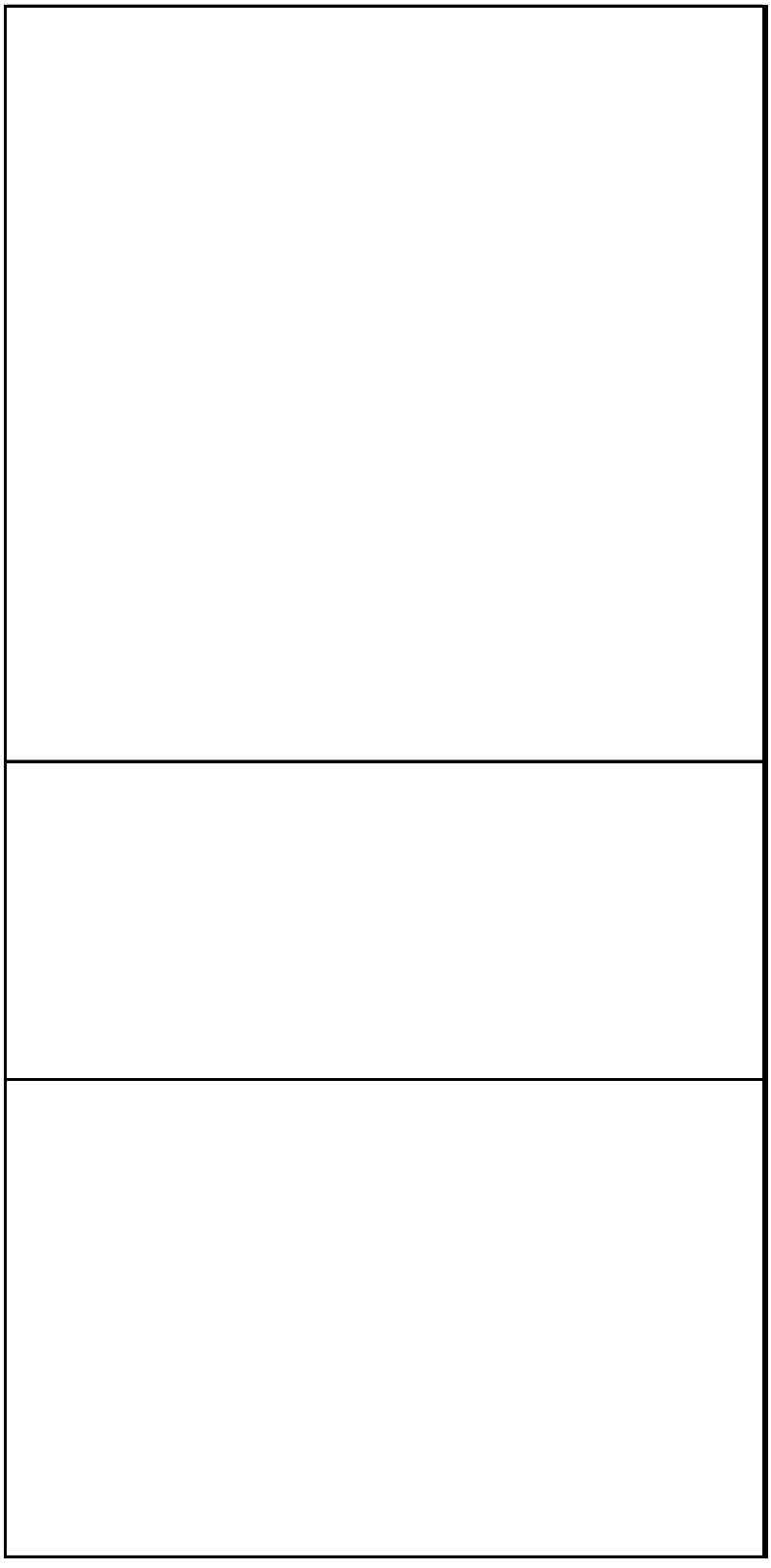
	02/06/2026

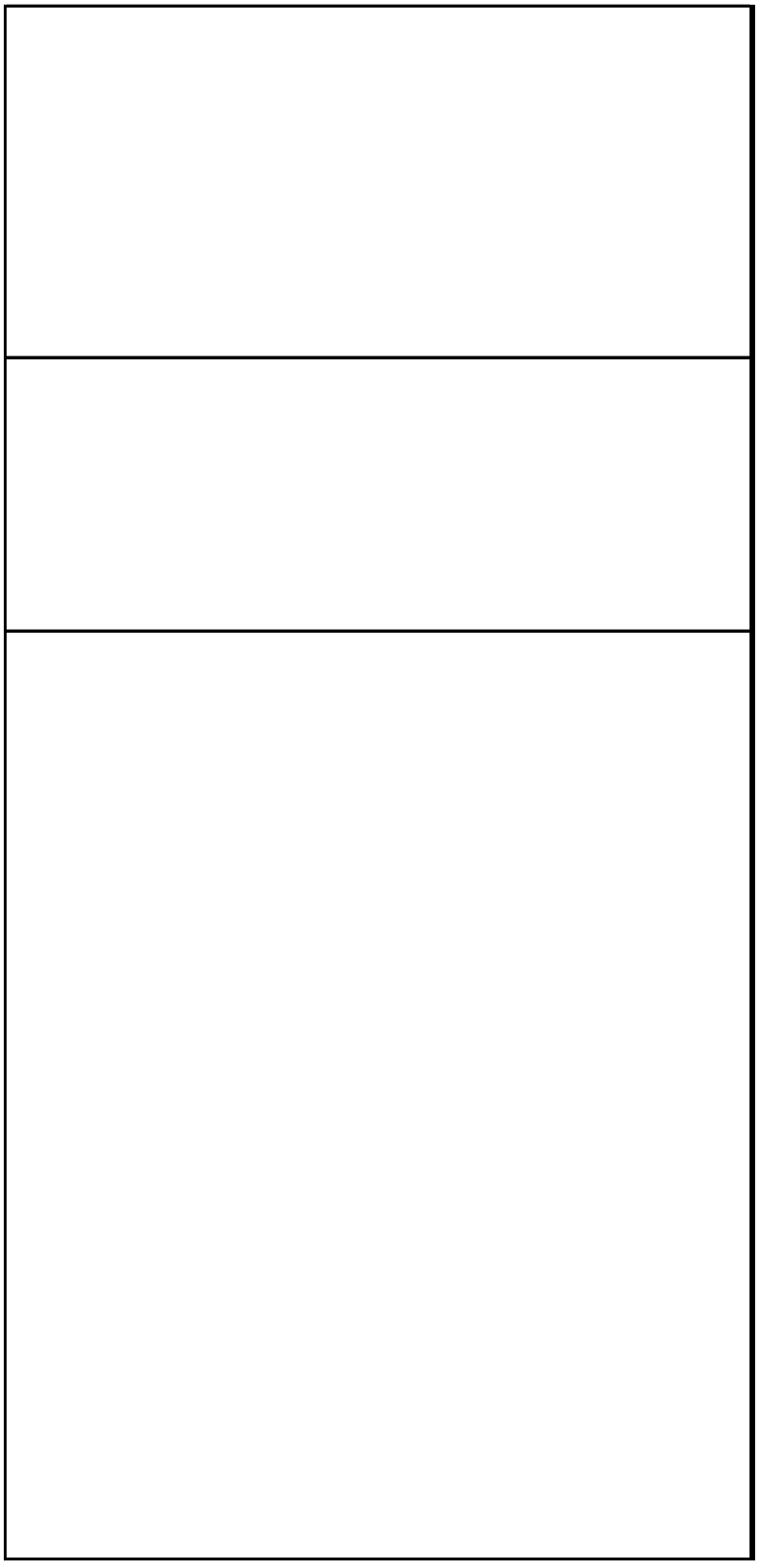
	02/06/2026

	02/06/2026

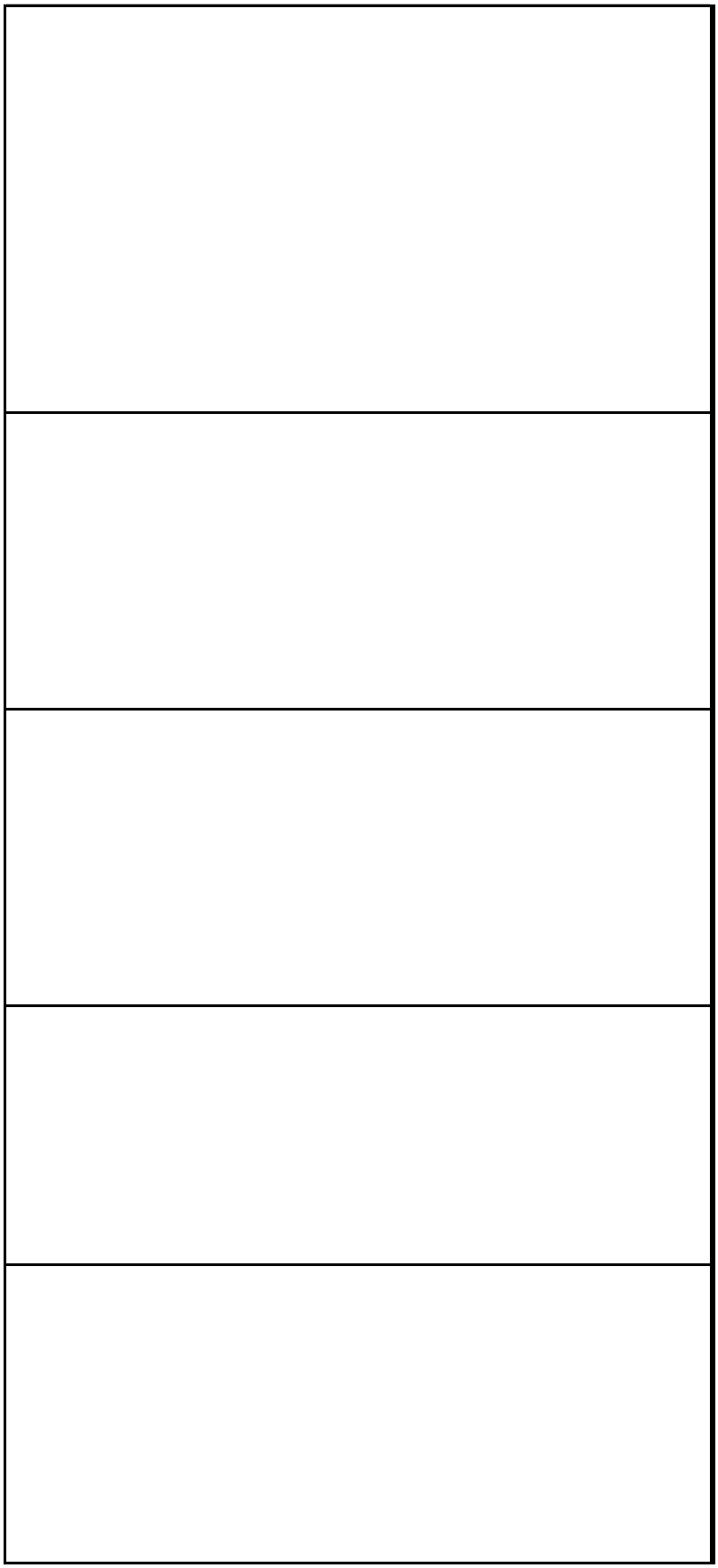
OBSERVACIONES
En los requisitos adicionales es necesario el certificado de Soporte Vital Avanzado (ACLS). Rta/: Si se require este certificado de entrenamiento

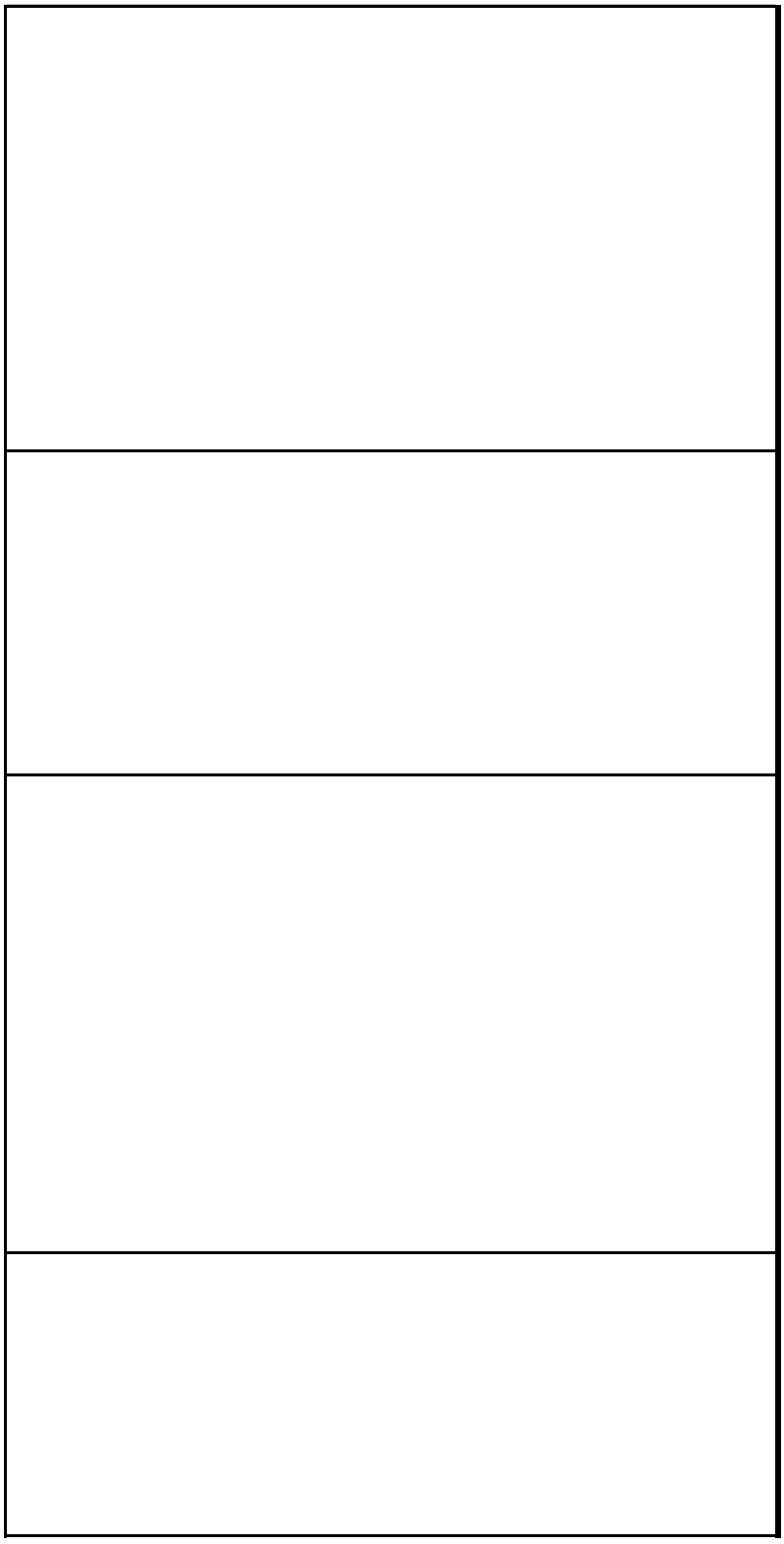


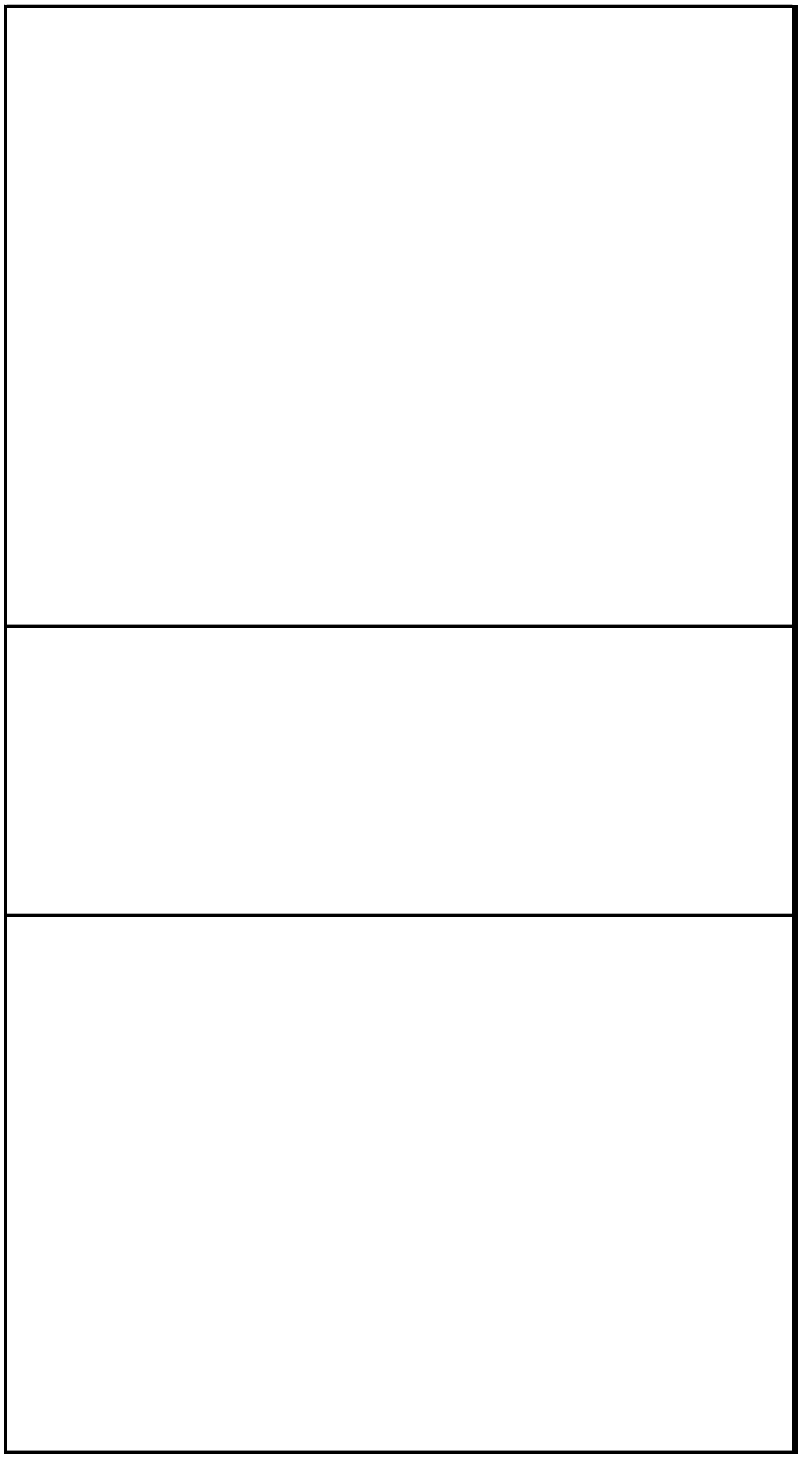


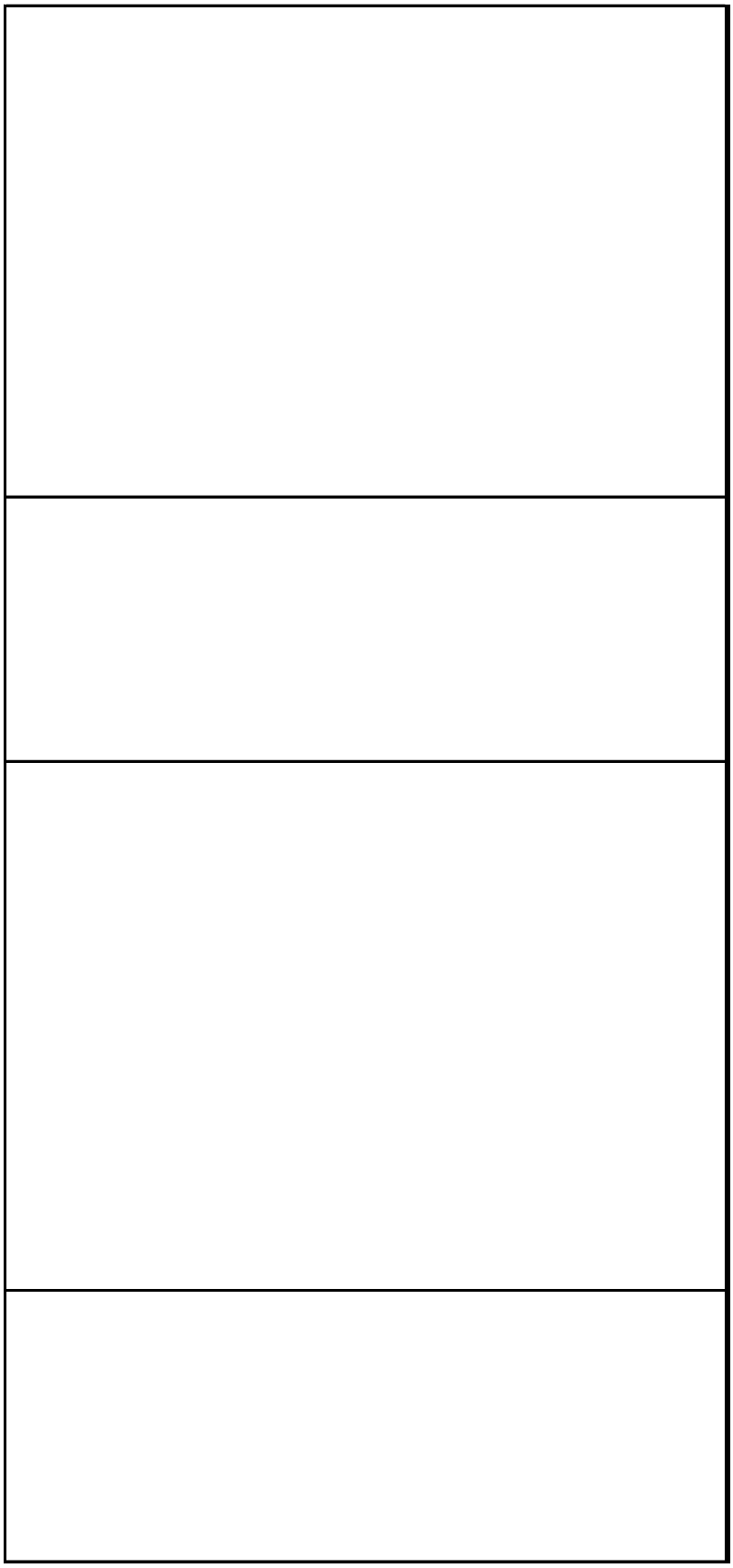


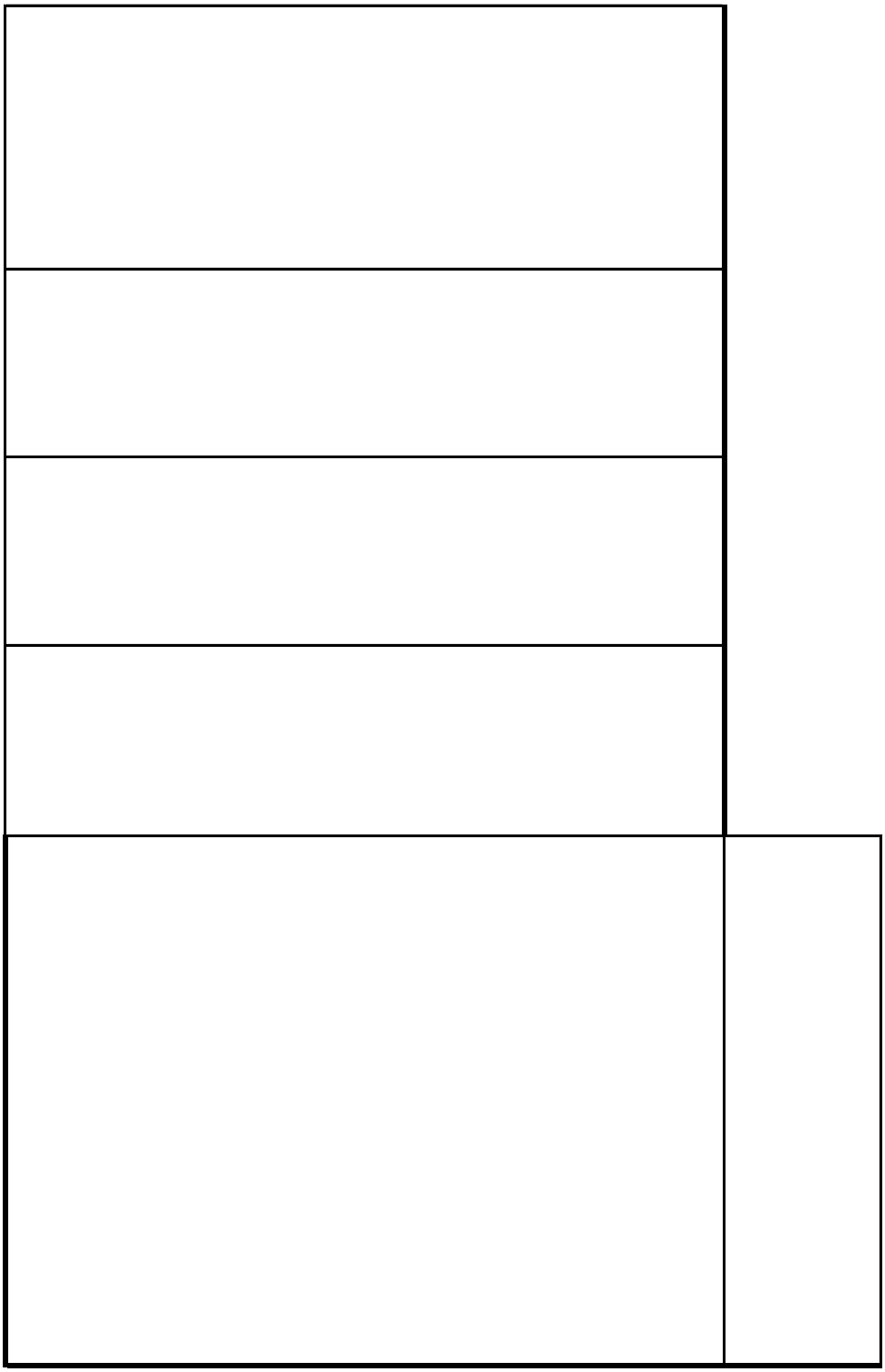
Se sugiere revisar la posibilidad de adicionar estas funciones al coordinador medico. Rta/ Sobre esto creo que si debe ser funciones del coordinador administrativo y NO deben ser trasladadas
Revisar si este perfil es solo profesional o se deberia considerar especializado en Auditoría en Salud, Administración en Salud o áreas relacionadas. Rta:/Debe tener especializacion en auditoria
Revisar si este perfil es solo profesional o se deberia considerar especializado en Auditoría en Salud, Administración en Salud o áreas relacionadas Rta:/Adicional a lo anterior en lo que considero si debe tener especializacion en las areas anteriomente mencionadas se le debe agregar como función:











El bacteriólogo es el responsable técnico del laboratorio clínico de la UPDT. La Resolución 3100/2019 exige que en servicios de laboratorio clínico habilitados el responsable técnico sea bacteriólogo o profesional de áreas de la salud con competencias equivalentes certificadas. Coordinar con el INC el protocolo de envío de muestras de patología para biopsia.	

Este cargo es esencial para el cierre financiero mensual de la UPDT y para la correcta gestión del Contrato Interadministrativo HUSJDMI-INC. Se recomienda que cuente con especialización en Auditoría en Salud o Administración en Salud. Articular con el Auditor de Cuentas Médicas en los procesos de glosa.

La Resolución 3100/2019 establece que el servicio de vacunación debe contar con auxiliar de enfermería con capacitación acreditable en PAI. El auxiliar estará bajo supervisión directa del Enfermero Jefe de Vacunación. La vacuna VPH es un componente clave de la RIAS de detección temprana de cáncer de cuello uterino (Res. 3280/2018).

La Resolución 3100/2019 exige que el responsable técnico del servicio de vacunación sea un profesional de enfermería con capacitación acreditable en PAI. Es el responsable ante la SDS del cumplimiento de los estándares del servicio. Articular con el INC el esquema de vacunación VPH para la RIAS de detección temprana de cáncer de cuello uterino.

El Regente de Farmacia es el responsable técnico del servicio farmacéutico ante la SDS y el INVIMA. La Resolución 3100/2019 exige este perfil como requisito de habilitación del servicio farmacéutico en la UPDT. Perfil diferenciado del Tecnólogo en Farmacia: el Regente tiene responsabilidad técnica legal y funciones de dirección, supervisión y reporte regulatorio.

El Tecnólogo en Farmacia opera bajo supervisión directa del Regente de Farmacia (responsable técnico). Sus funciones se centran en la dispensación, el apoyo operativo y el control de inventario. A diferencia del Regente, no tiene responsabilidad técnica legal ante la SDS ni funciones de dirección del servicio. Perfil diferenciado del Regente de Farmacia según Decreto 2200/2005 y Res. 3100/2019.

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD
ADMINISTRATIVO	COORDINADOR	AMBULANCIA
CONDUCTOR	CONDUCTOR	AMBULANCIA

ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)	AMBULANCIA

ADMINISTRATIVO	ENRUTADOR/RADIO OPERADOR	AMBULANCIA

FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN / COMPETENCIAS ESPECIFICAS
• Resolución 3100 de 2019	• Profesional en salud (Médico, enfermera) o logística • Conocimiento y experiencia m´nima de 1 en urgencias, transporte asistencial, APH y procesos de referencia
Resolución 3100 de 2019 (define condiciones de habilitación del transporte asistencial). Código Nacional de Tránsito Ley 769 de 2002. Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	Licencia de conducción vigente (categoría correspondiente en Colombia, usualmente C1 o C2), sin reportes o multas pendientes.

Resolución 3100 de 2019. Ley 911 de 2004. Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.	Técnico en Auxiliar de Enfermería (certificado). RETHUS Ó Tecnología en Atención Prehospitalaria (título formal).

Resolución 3100 de 2019. Protocolos de Centros Reguladores de Urgencias (CRUE). Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.	Técnico en Salud, y/o Auxiliar de enfermeria Curso de gestión de emergencias y despacho.

FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE
• Atención prehospitalaria • Seguridad del paciente	• Gestión de emergencias • Normativa de transporte
Curso de manejo defensivo. Curso de primeros auxilios básicos. Curso de transporte asistencial básico (TAB). Curso de soporte vital básico (BLS).	Conocer rutas, hospitales y centros de referencia

Curso de soporte vital básico (BLS). Curso de atención a víctimas de violencia sexual. Curso de control de infecciones/bioseguridad. Curso de atención prehospitalaria básica Atención a victimas con agentes quimicos Manejo de residuos hospitalarios (PGIRASA) Seguridad del paciente	Conocer rutas, hospitales y centros de referencia Atención inicial al paciente traumático (básico o avanzado según perfil). Manejo de vía aérea básica.

Conocimiento en sistemas de geolocalización (GPS). Manejo de software de despacho y call center Experienccia en referencia y Contrareferencia Experiencia en Facturación	Conocer Hospitales y centros de referencia

CANTIDAD DE PERSONAS REQUERIDAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
1	•Coordinar servicios de ambulancia •Supervisar personal, dotación y equipos (Control y seguimiento de INVENTARIOS) •Control de disponibilidad del personal •Garantizar cumplimiento normativo y reporte de indicadores •Garantizar la facturación de los servicios •Responder a requerimientos de quejas y de entes de control, así como auditorías de calidad • Activar protocolos de código rojo/amarillo y articular con el CRUE de Bogotá ante desastres o eventos masivos de víctimas
4	•Conducir la ambulancia de forma segura y prioritaria. •Verificar el estado mecánico y operativo del vehículo. •Asegurar limpieza y desinfección de la ambulancia. •Confirmar documentación del vehículo y del servicio •Apoyar en el traslado seguro del paciente. •Colaborar con el equipo asistencial en movilización (camillas, equipos). •Cumplir protocolos de bioseguridad. •Mantener comunicación con la central de despacho y reportar novedades de funcionamiento del vehículo. •Limpiar y desinfectar la ambulancia y los equipos utilizados. • Verificar diariamente el libro de mantenimiento del vehículo y reportar fallas al coordinador antes de cada turno. • Diligenciar el formato de pre-despacho del vehículo antes de cada servicio. • Apoyar al asistencial en el traslado físico del paciente (movilización de camillas). • Conocer y aplicar los protocolos de conducción de emergencia conforme a la Resolución 4481 de 2012 (misión médica). • Registrar en el sistema de despacho el inicio, traslado y entrega de cada servicio.

4	•Evaluar y clasificar pacientes (triage). •Brindar cuidados básicos al paciente. •Tomar signos vitales. •Apoyar procedimientos básicos (curaciones, oxigenoterapia). •Preparar insumos y equipos médicos. •Aplicar normas de bioseguridad. •Apoyar al tecnólogo o profesional en APH. •Registrar la atención del paciente. •Manejar vía aérea, control de hemorragias y trauma. •Administrar medicamentos según protocolos. •Liderar la atención en escena. •Coordinar traslado con instituciones de salud. •Elaborar reporte clínico de atención

4	Recibir llamadas de emergencia. Clasificar la urgencia (priorización). Coordinar y despachar ambulancias. Hacer seguimiento a los servicios en curso. Mantener comunicación con los equipos en campo. Registrar la información de cada evento. Orientar al usuario telefónicamente en primeros auxilios (cuando aplica). Apoyar con insumos pra dar respuesta a requerimientos de quejas o de entes de control Administrativo Apoyar y contribuir con los procesos para facturar los servicios prestados • Activar el protocolo de código rojo y coordinar con el CRUE de Bogotá ante desastres o eventos masivos. • Registrar todos los servicios en el libro de ruta digital con hora de despacho, llegada al sitio y entrega en el hospital destino. Gestionar las autorizaciones pertinentes ante las EAPB • Gestionar la facturación del servicio de ambulancia al asegurador o pagador: - Recibir y verificar los documentos de cada servicio (historia prehospitalaria, orden de traslado, informe del asistencial). - Generar la factura electrónica del servicio y los RIPS correspondientes. - Apoyar la radicación de cuentas ante las EPS. - Mantener el libro de registro de servicios de ambulancia disponible para la SDS. - Apoyar el proceso de habilitación ante la SDS con la documentación del servicio. • Reportar al coordinador los tiempos de respuesta de cada servicio para el indicador de oportunidad de la Resolución 3100 de 2019.

TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO
	1/06/26
	1/06/26

	1/06/26

	1/06/26

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia:	Dirección General Hospital U. San Juan de Dios y Materno Infantil						
Objetivo:	Articulación HUSJDMI y Drogas La Rebaja						
Fecha:	20 mayo 2026	Hora inicio:	9:00am	Hora finalización:	11am	Lugar:	Piso 9

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Diana Luz Falla R	Subd, Servicios Ambulat.	HUSJDMI	3142308832	dfalla@husjdmi.gov.co	Diana Falla R
2	Rocio Tinoco	Sub Servic. Hospital.	HUSjdmi	3133911901	mtinoco@husjdmi.gov.co	Rocio Tinoco
3	Miguel A Martinez R	Asesor. Gerencia Gral.	La Rebaja.	304-3969861	MGuelmartinez@larebaja.gov.co	
4	Pedro C. Tinjacá R	Director	HOSJDMI	3112179507	ptinjaca@husjdmi.gov.co	
5	Libia E. Forero	Directora PSS	HUSJDMI	3112234981	[illegible]	
6	María Eugenia Bonilla	PED PSS	HUSJDMI	3103247341	mbonilla@husjdmi.gov.co	
7	Liliana Forero E.	Subd. Atención Com	Husjdmi	3214078[illegible]	yforero@husjdmi.gov.co	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

ESPECIALIDAD	UBICACIÓN	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN / COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACIÓN CONTINUA OBLIGATORIA	FORMACIÓN CONTINUA ADICIONAL	CANTIDAD DE PERSONAS REQUERIDAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	OBSERVACIONES
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	CARDIÓLOGO	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3280 de 2018 •Resolución 3330 de 2019	•Médico especialista en cardiología •RETHUS	•ACLS •Interpretación de ECG		1	•Evaluar sistema cardiovascular •Diligenciar historia clínica •Interpretar ECG, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo •Diagnosticar enfermedades cardiacas •Formular tratamiento •Seguimiento clínico		15/07/26	En los requisitos adicionales es necesario el certificado de Soporte Vital Avanzado (ACLS).
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	ENDOCRINOLOGÍA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / RTS)	•Profesional especializado •RETHUS			1	•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo		15/07/26	
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	GERIATRÍA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / RTS)	•Médico o especialización •Registro en RETHUS	•Soporte vital (BLS/ACLS) •Seguridad del paciente •Guías clínicas actualizadas	•Cuidados paliativos •Investigación clínica •Humanización	1	•Valoración integral del paciente •Diligenciamiento de historia clínica •Órdenes médicas (laboratorios, imágenes) •Diagnóstico y tratamiento •Seguimiento clínico •Interconsultas y remisión		15/07/26	

Talento humano | Ambulancias | +

MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	MEDICINA INTERNA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (talento humano en salud)	•Médico general •Especialización en Medicina Interna •Registro en RETHUS	•Manejo de enfermedades crónicas •Guías de práctica clínica (hipertensión, diabetes) •Soporte vital avanzado (ACLS)	•Atención integral al paciente crónico •Seguridad del paciente	1	•Realizar valoración integral en pacientes crónicos •Diligenciar historia clínica completa y evolución médica •Formular órdenes médicas (medicamentos, laboratorios, imágenes) •Manejo de patologías crónicas descompensadas y complejas •Realizar seguimiento clínico y ajustes terapéuticos •Interpretar resultados diagnósticos •Remitir a otros especialistas si se requiere •Participar en juntas médicas		15/07/26	
PROFESIONAL	PRIMER PISO	MEDICO GENERAL	INTRAHOSPITALARIA	Resolución 3330 de 2019, Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007, Resolución 3280 de 2018.	•Médico general titulado con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia deseable en APS, esquema de vacunación completo.	•BLS vigente (mensual o 2 años). •atención a víctimas de violencia sexual.	Seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; manejo de medidas, indicación en RMS.	2	•Consulta médica general integral. •Valoración integral con enfoque biopsicosocial. •Diagnóstico y tratamiento según guías de práctica clínica. •Formulación de medicamentos y órdenes de apoyo diagnóstico. •Seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas. •Implementación de acciones definidas en las RMS. •Notificación obligatoria de eventos de interés en salud pública. •Análisis básico de situación de salud del microcentorno. •Apoyo con investigación de brotes cuando aplique.		15/07/26	Se sugiere adicionar: Aplicar la Escala de Framingham validada para Colombia para clasificar el riesgo cardiovascular. Aplicar el scores FINDRISC para riesgo de diabetes mellitus tipo Realizar toma de MAPA (Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial) o referir para su realización. Ingresar pacientes al programa de manejo integral de HTA y DM. Mejorar la articulación entre la RAS, cardiovascular a la EPS. (cobertura de tamización, adherencia a programas, control de cohorte).
PROFESIONAL	PRIMER PISO	NUTRICIONISTA	INTRAHOSPITALARIA	Decreto 780 de 2016, Ley 1751 de 2015; Resolución 3330 de 2019; Resolución 3280 de 2018.	•Profesional en Nutrición y Dietética con título otorgado por institución de educación superior reconocida en Colombia •Registro en RETHUS vigente •Experiencia en promoción de hábitos alimentarios saludables, evaluación nutricional y trabajo comunitario en el sector salud.		Curso de atención integral a víctimas de violencia sexual.	1	•Realizar valoración nutricional integral en los diferentes ciclos de vida. •Identificar factores de riesgo nutricional •Diseñar e implementar planes de intervención nutricional individual y familiar. •Desarrollar actividades de promoción de hábitos de alimentación saludable. •Participar en procesos de canalización familiar y comunitaria en el territorio. •Realizar seguimiento nutricional a pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad o desnutrición. •Apoyar estrategias de prevención de mal nutrición en niños, gestantes y adultos mayores. •Registrar las intervenciones realizadas en historia clínica y sistemas de información •Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo		15/07/26	
MÉDICO ESPECIALISTA	PRIMER PISO	OFTALMOLOGÍA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / RTS)	•Profesional especializado •RETHUS			1			15/07/26	
PROFESIONAL	PRIMER PISO	PSICÓLOGO	INTRAHOSPITALARIA	Resolución 3330 de 2019; Ley 1090 de 2006; Decreto 780 de 2016.	•Psicólogo titulado con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia en APS, esquemas de vacunación completos	•Atención a víctimas de violencia sexual.	Seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; esquema de vacunación; primeros auxilios psicológicos	1	•Evaluación Psicológica •Intervención en el caso de riesgo social (violencia, abandono, consumo SPA, pobreza extrema) •Apoyo en priorización de familias de alto riesgo •Elaboración de planes de intervención de Familiar. •Educación en derechos y deberes en salud. •Gestión de rutas con comisaria de familia, ICBF, secretarias de salud y desarrollo social. •Informes mensuales		15/07/26	El base el perfil se necesita, la UPGT requiere adicionalmente a como profundización del mismo perfil con pares ascapacitación para oncología y manejo de enfermedades crónicas cardiovasculares, que son campos de una especialización clínica o requiere entre la especialización de APS. Perfil requerido: Opción 1: Graduado en el perfil existente. Psicólogo titulado con formación acreditable en pasico oncología (cursos, diplomado o especialización), RETHUS vigente. Perfil requerido opción 2: Contratar perfil diferenciado: Psicólogo clínico con especialización en Psico-Oncología, Neuropsicología o Salud Mental en Enfermedades Crónicas. Funciones adicionales que se deben incorporar: Brindar primera auxilio psicológico al momento de la comunicación del diagnóstico oncológico confirmado. Acompañar al paciente en las fases de espera de resultados de biopsias (periodo de mayor ansiedad). Apoyar en la preparación emocional del paciente y en la comunicación con pacientes oncológicos. Brindar apoyo al núcleo familiar inmediato del paciente con diagnóstico confirmado. Tomar filtro al caso de pacientes oncológicos para orientarlos en
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	INTRAHOSPITALARIA		•Profesional en administración, salud o áreas afines •Conocimiento en gestión de servicios de salud •Manejo de talento humano y recursos	•Sistema de calidad en salud •Seguridad del paciente	•Auditoría en salud •Gestión del riesgo	1	•Coordinar procesos administrativos •Supervisar talento humano •Gestionar recursos físicos y financieros •Apoyar cumplimiento normativo		15/07/26	Se sugiere revisar la posibilidad de adicionar estas funciones al coordinador medico Cobro esto cree que debe ser funciones del coordinador administrativo y NO deben ser trasladadas

ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 •Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	•Profesional en administración, salud o áreas afines •Conocimiento en gestión de servicios de salud •Manejo de talento humano y recursos	•Sistema de calidad en salud •Seguridad del paciente	•Auditoría en salud •Gestión del riesgo	1	•Coordinar procesos administrativos •Supervisar talento humano •Gestionar recursos físicos y financieros •Apoyar cumplimiento normativo		15/07/26	Se sugiere revisar la posibilidad de adicionar estas funciones al coordinador medico Cobro esto cree que debe ser funciones del coordinador administrativo y NO deben ser trasladadas
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	COORDINADOR MÉDICO	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 •Normas de ejercicio profesional médico	•Médico titulado con registro •Experiencia en servicios de salud	•Soporte vital básico y avanzado •Seguridad del paciente	•Auditoría médica •Gerencia en salud	1	•Coordinar atención médica •Supervisar calidad clínica •Apoyar procesos de habilitación •Liderar protocolos médicos • Coordinar procesos administrativos • Supervisar talento humano •Gestionar recursos físicos y financieros •Apoyar cumplimiento normativo		15/07/26	Se sugiere adicionar: Gestión de contratos con las EAPB Adicional agrimir la formación en: Soporte vital básico licenciado con apertenista de un perfil netamente administrativo
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 •Normativa de auditoría en salud	•Profesional en salud o administración •Formación en auditoría	•Auditoría de cuentas médicas •Normativa del sector salud	•Calidad en salud	1	•Auditar cuentas médicas •Validar pertinencia clínica •Control de glosas •Informes de auditoría		15/07/26	Revisar si este perfil no solo profesional o se deberia considerar especializado en Auditoria en Salud, Administracion en Salud o elementos tecnicos. Considerar especializacion en auditoria
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	RESPONSABLE DE CALIDAD	INTRAHOSPITALARIA	•Decreto 1011 de 2006 •Resolución 3100 de 2019	•Profesional en salud o administración •Formación en calidad	•Sistema de calidad •Seguridad del paciente	•Auditoría interna •Gestión del riesgo	1	•Implementar sistema de calidad •Seguimiento a indicadores •Auditorías internas •Planes de mejora		15/07/26	Revisar si este perfil no solo profesional o se deberia considerar especializado en Auditoria en Salud, Administracion en Salud o elementos tecnicos. Observaciones: Se debe incluir lo anterior en lo que considero debe tener especializacion en los temas anteriormente mencionados en lo debe agregar como funciones Reporte de indicadores REAS a la EPS Cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Tras la reforma a formas lo in continuo deseable lo sensible. Experiencia demostrable en implementación (SOGCS) según Articulo 2.5.1.3 Decreto 2082 de
ADMINISTRATIVO	PRIMER PISO	GESTOR DE RIESGO	INTRAHOSPITALARIA	•Decreto 1011 de 2006 •Resolución 3100 de 2019	•Profesional en salud o administración	Profesional de enfermería, odontología, médico.	•Calidad en salud	1	Identificar riesgos en la ruta oncológica: retrasos en diagnóstico, fallas en referencia y contrarreferencia, pérdida de seguimiento. Realizar auditoría clínica: tamizaje, confirmación diagnóstica, inicio de tratamiento y cumplimiento de cuidado. Analizar fallas: identificar rutas, tiempos críticos de atención y coordinación entre servicios. Monitorear la ruta: seguimiento a indicadores (oportunidad en diagnóstico, inicio de tratamiento, adherencia). Gestionar eventos adversos: errores en quimioterapia, radioterapia o cirugías oncológicas. Educar a médicos y pacientes: promover detección temprana y adherencia al tratamiento. Cumplir normativa: asegurar alineación con las rutas integrales de atención en cáncer		15/07/26	Tomar en cuenta: En la casilla de "Formación continua obligatoria" creo que debe ir algo en el perfil requerido como ejs. Profesional de enfermería, odontología, médico), pero no la formación en ACLS. Este define en el gestor oncológico y cerebrovascular o transversal a ambas RAS que se van a ofertar en CALIPSO. Las funciones deben hacer relación de identificación de riesgo en la ruta oncológica, pero no deberían las funciones como: Reducir con la EPS o EAPB, que son algo como de este
TÉCNICO	PRIMER PISO	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3100 de 2019 •Resolución 482 de 2018	•Tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas •Competencias en operación de equipos de imagen	•Protección radiológica •Seguridad del paciente •Manejo de equipos radiológicos •Bioseguridad	•Tomografía y resonancia •Mamografía •Calidad en imágenes diagnósticas •Gestión del riesgo	1	•Preparar al paciente para la realización de estudios •Aplicar normas de protección radiológica. •Garantizar la calidad técnica de las imágenes obtenidas •Apoyar al médico radiólogo en procedimientos •Verificar el correcto funcionamiento de los equipos •Registrar información en sistemas y reportes Cumplir protocolos de bioseguridad.		15/07/26	
TÉCNICO	PRIMER PISO	REGENCIA DE FARMACIA	INTRAHOSPITALARIA	•Decreto 2200 de 2005 •Resolución 1403 de 2007 •Resolución 3100 de 2019	•Tecnólogo en regencia de farmacia •Manejo de medicamentos y dispositivos médicos	•Farmacovigilancia •Tecnovigilancia •Buenas prácticas de almacenamiento Seguridad del paciente	•Auditoría farmacéutica •Gestión de inventarios •Atención farmacéutica •Uso racional de medicamentos	1	•Supervisar el servicio farmacéutico. •Garantizar almacenamiento adecuado de medicamentos. •Controlar inventarios y fechas de vencimiento. •Implementar programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia. •Verificar la correcta dispensación de medicamentos. •Cumplir con normatividad sanitaria vigente. •Capacitar al personal del servicio farmacéutico. •Elaborar informes y reportes regulatorios.		15/07/26	
AUXILIAR	PRIMER PISO	SERVICIOS FARMACÉUTICOS	INTRAHOSPITALARIA	•Decreto 2200 de 2005 •Resolución 1403 de 2007	•Técnico auxiliar en servicios farmacéuticos •Competencias en dispensación y almacenamiento	•Dispensación segura de medicamentos •Bioseguridad •Almacenamiento y conservación	•Atención al usuario •Gestión de inventarios •Farmacovigilancia básica	1	•Dispensar medicamentos según prescripción médica. •Apoyar en el almacenamiento y organización de medicamentos. •Verificar fechas de vencimiento y condiciones de conservación. •Realizar inventarios periódicos. •Atender usuarios del servicio farmacéutico. •Apoyar procesos administrativos del área. Cumplir normas de bioseguridad.		15/07/26	
ESPECIALISTA	PRIMER PISO	RADIÓLOGO	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3100 de 2019 •Resolución 482 de 2018 •Registro en RETHUS	•Médico con especialización en radiología e imágenes diagnósticas •Competencias en interpretación de estudios diagnósticos	•Protección radiológica •Seguridad del paciente •Estudios de interpretación diagnóstica •Bioseguridad	•Subespecialidades (neurorriesgo, mama, intervencionismo) •Inteligencia artificial en imágenes •Auditoría médica •Investigación clínica	1	•Interpretar estudios de imágenes diagnósticas. •Emitir informes diagnósticos oportunos y precisos. •Realizar procedimientos intervencionistas (si aplica). •Definir ayudas diagnósticas complementarias. •Garantizar la calidad diagnóstica de servicio. •Supervisar al personal técnico. •Cumplir protocolos de protección radiológica. •Participar en procesos de auditoría y calidad.		15/07/26	
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	ANESTESIA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / RTS)	•Médico + especialidad Anestesia •RETHUS*	•Soporte vital básico y avanzado •Seguridad del paciente •Manejo de medicamentos y dispositivos médicos	•Inclusión de sistemas en adolescentes especiales (geriátrico, pediátrico, pediátrico) •Manejo avanzado del dolor •Ecografía aplicada a anestesia (bloqueos regionales) •Formación clínica en vías centrales •Auditoría de •Gestión del riesgo clínico		1	•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo		1/07/26	Se sugiere adicionar: Historia clínica preanestesica de pacientes para procedimientos diagnosticos según selección (colonoscopia, EGD, Zolasia, ecocardiografia, biopsias de mama digital o no mamario). Administracion de sedación consciente y anestesia loco/regional en salas de procedimientos especiales. Monitoreo transperitoneal y taken (SpO2, FC, TA). Recuperacion postanestesia ambulatoria y alta segura del paciente ambulatorio. Plan de contingencia ante complicaciones anestesicas en ambiente ambulatorio.
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	MASTOLOGÍA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 •Decreto 780 de 2016 •Registro en RETHUS	•Médico con especialización en mastología o áreas afines •Competencias en diagnóstico y manejo de patología mamaria •Interpretación de imágenes diagnósticas mamarias	•Seguridad del paciente •Detección temprana de cáncer de mama •Bioseguridad	•Oncología clínica mamaria •Cirugía oncológica •Auditoría médica •Investigación clínica	1	•Realizar valoración clínica integral de pacientes con patología mamaria. •Diagnosticar, tratar y hacer seguimiento de enfermedades de mama. •Solicitar e interpretar estudios diagnósticos (mamografía, biopsias). •Realizar procedimientos quirúrgicos según su competencia. •Definir conductas terapéuticas y remisiones. •Garantizar el cumplimiento de guías clínicas y protocolos. •Participar en programas de detección temprana de cáncer de mama. •Registrar adecuadamente la historia clínica.		1/07/26	
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / RTS)	•Profesional especializado •RETHUS			1	•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS / HIS) •Cumplimiento normativo		1/07/26	se sugiere adicionar: Diligenciamiento demoradas en dermoscopia digital, mapeo corporal y biopsia de piel bajo anestesia local. Realizar mapeo corporal sistematizado con dermoscopia digital. Diario ar lesiones pigmentadas según criterios ABCDE. Toma de biopsias de piel (escisión total, excisional incisional) Manejo de complicaciones de procedimientos. Interpretar hallazgos histopatológicos en el reporte de piel con el MD. Registrar en historia clínica el riesgo fotoprotectivo y educación al paciente.
MÉDICO ESPECIALISTA	SÓTANO	DERMATÓLOGO	INTRAHOSPITALARIA	•Resolución 3330 de 2019	•Médico especialista en dermatología •RETHUS	•Detección de cáncer de piel		1	•Evaluar lesiones cutáneas •Diligenciar historia clínica dermatológica •Ordenar biopsias oncológicas •Diagnosticar enfermedades de la piel		1/07/26	

MÉDICO ESPECIALISTA	**SÓTANO**	**DERMATÓLOGO**	INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019	•Médico especialista en dermatología •RETHUS	•Detección de cáncer de piel		1	•Evaluar lesiones cutáneas •Diligenciar historia clínica dermatológica •Ordenar biopsias cutáneas •Diagnosticar enfermedades de la piel •Formular tratamientos tópicos y sistémicos •Realizar procedimientos menores Seguimiento del paciente		1/07/26	
PROFESIONAL	**SÓTANO**	**ENFERMERA**	INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019, Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018; Ley 911 de 2004.	•Enfermera profesional con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia en APS, esquema de vacunación completo.	•IIA (urgente (menor a 2 años), atención a víctimas de violencia sexual; Toma de citologías cervical	seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; manejo de residuos	4	•Valorar programas de promoción y mantenimiento de la salud. •Educación individual, familiar y colectiva en estilos de vida saludables. •Detección temprana de enfermedades crónicas y transmisibles. •Supervisión técnica del auxiliar de enfermería. •Articulación con médico, trabajador social y demás integrantes •Seguimiento a indicadores y metas •Reportes en el sistema		1/07/26	Enfermería tienen Funciones bien definidas para el tamizaje en oncología, para los RAN cardio-cerebro-vascular-metabólica (cuya perfil no vi desagregado en la tabla) y seguimiento a enfermedades crónicas como: Toma de muestras para citología de la prueba virtual con interpretación según guías. Educación individual y colectiva sobre factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, sedentarismo, dieta. Seguimiento estadístico a cargo de enfermería a pacientes en programa de HTA/DM2 entre consultas médicas. Aplicación del score FINDRISC en sala de espera con triaje de riesgo. Coordinación con el Gestor de Riesgo para el seguimiento de cohortes de riesgo cardiovascular reportadas a la EPS. Tamizaje cognitivo en pilotos adultos mayor
AUXILIAR	**SÓTANO**	**AUXILIAR DE ENFERMERÍA**	INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019, Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016.	•Técnico auxiliar en enfermería •RETHUS vigente •Esquema de vacunación completo. •Experiencia en Atención Primaria en Salud (APS) o trabajo comunitario. •Conocimiento en gestión del riesgo y abordaje de determinantes sociales en salud	IIA (urgente, Atención a víctimas de violencia sexual;	Ahorro de residuos hospitalarios; seguridad del paciente; esquema de vacunación; cuna PACA aplica si.	2	•Apoyar actividades asistenciales en consulta externa y programas institucionales. •Apoyo en la actualización de bases de datos •Seguimiento a cohortes priorizadas. •Registros auxiliares completos, apoyo operativo continuo, cumplimiento de protocolos •Toma de signos vitales, apoyo en procedimientos; preparación de consultorios; manejo de residuos		1/07/26	
MÉDICO ESPECIALISTA	**SÓTANO**	**GASTROENTEROLOGÍA**	INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 •Ley 1164 de 2007	•Médico especialista en gastroenterología •RETHUS	•Endoscopia digestiva •Tamizaje de patologías digestivas •IIA1.1	•Hepatología •Nutrición clínica	1	•Realizar consulta especializada •Diligenciar historia clínica •Ordenar endoscopias, colonoscopias y laboratorios •Diagnosticar patologías digestivas •Formular tratamiento •Seguimiento del paciente		1/07/26	Se sugiere adicionar: Realizar esofagogastroduodenoscopia (EGD) con los dos incisos requeridos, y toma de biopsias gástricas. Realizar colonoscopia total con polipectomía de pólipos ≤2 cm en el mismo acto. Diseñar el hallazgo endoscópico. Solicitar HP (Prueba Inmunoquímica Fecal) ó SOH (Sangre oculta en heces) y definir plan de seguimiento según resultado. Aplicar herramienta endoscópica en sangrado digestivo (sangre).Registrar los criterios de activación de la ruta para el NIC en casos de hallazgo maligno. Participar en el Comité Oncológico Conjunto con el NIC
MÉDICO ESPECIALISTA	**SÓTANO**	**GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA**	INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)	•Profesional especializado •RETHUS			1	•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS, HIS) •Cumplimiento normativo		1/07/26	Se sugiere adicionar: Realizar colposcopia y toma dirigida de biopsia cervical. Realizar procedimientos LEEP (electrocirugía) y conización para NIC 1/2/3. Realizar examen clínico de mama y punción-aspiración con aguja fina (PAAF). Valorar e interpretar resultados de citología cervicovaginal, VPH y colposcopia (hallazgos y márgenes). Participar en el Comité Oncológico Conjunto con el NIC para casos de diagnóstico confirmado. Gestionar la referencia a la EPS y al NIC para tratamiento del cáncer confirmado en sí/ dias hábiles.
MÉDICO ESPECIALISTA	**SÓTANO**	**GINECOOBSTETRA**	INTRAMURAL	•Resolución 3280 de 2018 (RIAS materno perinatal). •Resolución 3100 de 2019	•Médico •Especialización en ginecología y obstetricia •RETHUS	•Atención de emergencias obstétricas •Curso de maniobras de materna	•Planificación Familiar •Violencia de género	1	•Realizar consulta ginecológica y control prenatal •Diligenciar historia clínica obstétrica •Emitir órdenes médicas (ecografías, laboratorios) •Evaluar riesgo materno-fetal •Realizar seguimiento de embarazos •Detectar patologías ginecológicas •Atender a alto riesgo y aplica		1/07/26	
MÉDICO ESPECIALISTA	**SÓTANO**	**UROLOGÍA**	INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)	•Profesional especializado •RETHUS			1	•Diligenciamiento completo de historia clínica •Registro de evolución •Formulación de órdenes médicas •Cumplimiento de guías clínicas •Seguridad del paciente •Registro en sistemas (RIPS, HIS) •Cumplimiento normativo		1/07/26	Se sugiere adicionar: Realizar tacto rectal diagnóstico. Solicitar e interpretar PSA Utilizar y realizar (o supervisar) biopsia prostática transperineal guiada por ecografía. Estratificar el riesgo de cáncer de próstata según criterios PIRADS y, score de Gleason. Gestionar la referencia a oportuna al INC para casos confirmados. Manejar las complicaciones de la biopsia prostática en el contexto ambulatorio de la UPO-1 Participar en el Comité Oncológico Conjunto con el INC para casos de diagnóstico confirmado Cuenta médico del local
ADMINISTRATIVO	**SÓTANO**	**ADMINISTRATIVO – ADMISIONES**	INTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019, Decreto 780 de 2016 •Normas de facturación en salud	Técnico administrativo con experiencia en admisiones en IPS, facturación y manejo de RIPS.	Atención a víctimas de violencia sexual	Seguridad del paciente; protección de datos; humanización; sistema obligatorio de garantía de calidad.	2	•Ejecutar procesos de admisión, registro y facturación. •Apertura de historia clínica; verificación de afiliación; registro en sistema; generación de soportes de facturación. •Historias correctamente registradas; RIPS sin inconsistencias; soportes de facturación completos. •Verificación de derechos •Programación de citas		1/07/26	
ADMINISTRATIVO	**SÓTANO**	**ADMINISTRATIVO – ATENCIÓN AL USUARIO**	INTRAMURAL	Decreto 780 de 2016; Ley 1751 de 2015; Resolución 3100 de 2019.	Técnico administrativo con experiencia en sector salud en procesos misionales tendentes en atención al usuario.	Atención a víctimas de violencia sexual. •Ruta de Humanizada •PQRS	Humanización en salud; seguridad del paciente; protección de datos personales; inducción institucional	1	•Brindar orientación e información a usuarios garantizando acceso oportuno. •Interactuar el usuario, gestión de PQRS, asignación de citas, verificación de derechos •Registro PQRS, informes de oportunidad, indicadores de satisfacción. •Consolidar información de oreintentación familiar y seguimiento comunitario. •Apoyar la gestión documental (actas, informes, Modulo de asistencia, formatos institucionales) •Ejecutar apoyo administrativo a metas e indicadores asignados.		1/07/26	
ADMINISTRATIVO	**SÓTANO**	**RECEPCIONISTA**	INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019	•Técnico administrativo o afín •Manejo de sistemas de información	•Atención al usuario •Protección de datos	•Facturación en salud	2	•Atención al usuario •Asignación de citas •Registro de pacientes •Manejo documental		1/07/26	
ADMINISTRATIVO	**SÓTANO**	**FACTURADOREN SALUD**	INTRAMURAL	•Resolución 3047 de 2008 •Resolución 3100 de 2019	•Técnico en recobros en facturación en salud	•Manual tarifario (SOAT, ISS) •RIPS	•Auditoría de cuentas	2	•Generar facturación •Validar soportes •Manejo de RIPS •Radicación de cuentas		1/07/26	
ADMINISTRATIVO	**SÓTANO**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA MEDIOS DIAGNÓSTICOS**	INTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019	•Técnico en auxiliar de enfermería •Registro en RETHUS	**•Bioseguridad •Toma de muestras**	•Apoyo en diagnóstico	4	•Apoyo en procedimientos •Toma de muestras •Preparación de pacientes •Manejo de insumos		1/07/26	

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAL REQUERIDO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
MÉDICO ESPECIALISTA	**MEDICINA FAMILIAR**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)	•Médico + especialización •Registro en RETHUS	•Soporte vital (BLS/ACLS) •Seguridad del paciente •Guías clínicas actualizadas	•Subespecializaciones •Investigación clínica •Humanización	1	1. Realizar la consulta de medicina familiar con enfoque biopsicosocial y familiar aplicando el Modelo de Atención Territorial en Salud (MATS), explorando los determinantes sociales de la salud (condiciones socioeconómicas, acceso a servicios, redes de apoyo) que inciden en el proceso salud-enfermedad del paciente y su núcleo familiar, con registro completo en la historia clínica electrónica conforme a la Resolución 1995/1999 y la Res. 3100/2019. 2. Elaborar y actualizar el genograma clínico familiar de mínimo tres generaciones en la primera consulta, identificando patrones de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM2, cáncer de mama, cáncer colorectal, cáncer gástrico), factores de riesgo hereditarios y dinámicas disfuncionales que impacten la salud individual y colectiva del núcleo familiar. 3. Aplicar el APGAR familiar (Smilkstein) como instrumento de evaluación de la funcionalidad del núcleo familiar en la primera consulta y ante cambios clínicos relevantes, clasificando el resultado (0-3: disfunción grave; 4-6: moderada; 7-10: funcional) y activando la interconsulta al psicólogo o trabajador social de la HUSDMI cuando el puntaje sea ≤6. 4. Implementar las intervenciones de la RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica (Res. 3280/2018) aplicando la Escala de Framingham validada para Colombia para clasificar el riesgo cardiovascular individual (bajo <10%, moderado 10-20%, alto 20-30%, muy alto >30%) y el score FINDRISC para tamización sistemática de riesgo de DM2 en todos los pacientes mayores de 18 años durante la consulta. 5. Solicitar e interpretar los exámenes de tamización oncológica de la RIAS (Res. 3280/2018) según ciclo vital: prueba de ADN-VPH en mujeres de 30 a 65 años cada 5 años; mamografía bilateral en mujeres de 50 a 69 años cada 2 años; prueba de sangre oculta en heces (FIT/SOH) en adultos de 50 a 75 años; PSA en hombres de 50 a 70 años con factores de riesgo; notificando al ORO (Gestor de Ruta Oncológica) ante cualquier resultado positivo o sospechoso en un plazo ≤24 horas. 6. Prescribir medicamentos del Plan de Beneficios en Salud (PBS) con criterio de uso racional de medicamentos; tramitar las tecnologías No PBS mediante MIPRES con justificación clínica documentada en la historia clínica, explicando al paciente la posología, los efectos adversos esperados y las señales de alarma que requieren consulta urgente. 7. Articular con los Equipos Básicos de Atención (EBS) extramurales de las EPS contratantes para la captación activa, el seguimiento domiciliario	Planta	15/07/26	El médico de familia garantiza la continuidad de la atención longitudinal con enfoque biopsicosocial y familiar. Es el especialista idóneo para la implementación de las RIAS en el contexto familiar, la evaluación del riesgo oncológico hereditario mediante el genograma clínico y la articulación con los EBS para la ruta extramural. Sin este perfil, toda la demanda se concentra en el médico general, reduciendo la capacidad resolutiva y la profundidad del abordaje integral. Impacto: • Fortalecimiento de la atención primaria en salud • Disminución de hospitalizaciones evitables • Seguimiento integral del paciente y su familia
MÉDICO ESPECIALISTA	**MEDICINA INTERNA**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (talento humano en salud)	•Médico general •Especialización en Medicina Interna •Registro en RETHUS	•Manejo de enfermedades crónicas •Guías de práctica clínica (hipertensión, diabetes) •Soporte vital avanzado (ACLS)	•Atención integral al paciente crónico •Seguridad del paciente	1	1. Realizar la valoración médica integral del paciente adulto con enfermedades crónicas complejas y pluripatología, aplicando el razonamiento clínico basado en evidencia y las GPC del MSPS/IETS para HTA, DM2, enfermedad renal crónica (ERC), dislipidemia, insuficiencia cardíaca (IC), hipotiroidismo y EPOC, con diligenciamiento completo de la historia clínica (anamnesis, examen físico por sistemas, diagnóstico CIE-10, plan de manejo escalonado y evolución médica firmada) conforme a la Res. 1995/1999 y Res. 3100/2019. 2. Clasificar el riesgo cardiovascular individual mediante la Escala de Framingham validada para Colombia, definir la categoría de riesgo (bajo, moderado, alto, muy alto) y establecer el plan de manejo farmacológico y no farmacológico con metas terapéuticas individualizadas: HbA1c <7% en DM2 estándar (<8% en adultos mayores frágiles), PA <130/80 mmHg en pacientes con DM2 o ERC, LDL <70 mg/dL en riesgo muy alto y <55 mg/dL en riesgo extremadamente alto, conforme a las GPC vigentes del MSPS. 3. Solicitar e interpretar los paraclínicos de seguimiento de cohortes crónicas con periodicidad definida por GPC: hemograma, perfil renal (creatinina, BUN, TFG estimada por CKD-EPI), electrolitos (Na, K, Cl), perfil lipídico completo (CT, LDL, HDL, TG), HbA1c, microalbuminuria en orina de 24h, TSH, función hepática (ALT, AST, bilirrubinas) y ECG de seguimiento; interpretar los resultados en el contexto clínico del paciente y ajustar el plan de manejo antes del agotez de la consulta. 4. Prescribir medicamentos con criterio de uso racional aplicando las GPC del MSPS y el vademécum institucional; tramitar tecnologías No PBS mediante MIPRES con justificación clínica específica documentada en la historia clínica; aplicar los criterios STOPP/START para la revisión de la polifarmacia en adultos mayores (≥5 medicamentos crónicos simultáneos), identificando medicamentos potencialmente inapropiados según los Criterios de Beers de la AMA. 5. Identificar y activar la ruta de detección temprana de cáncer ante la presencia de síntomas de alarma oncológica (síndrome constitucional, masas palpables, sangrado digestivo alto o bajo inexplicado, disfagia progresiva, hematuria sin infección, adenopatías persistentes >2 cm por >4 semanas), notificando al ORO en un plazo ≤24 horas para la gestión de la confirmación diagnóstica y la referencia al IMC conforme al Contrato Interadministrativo HUSDMI-IMC. 6. Solicitar TAC de tórax de baja dosis (LDCT) en pacientes con tabaquismo acumulado ≥20 paquetes-año y edad entre 50-80 años como	Planta	15/07/26	La Resolución 3100/2019 exige médico internista con RETHUS vigente para la habilitación del servicio de consulta externa de medicina interna. Las GPC del MSPS/IETS para HTA y DM2 establecen que los pacientes con enfermedad crónica compleja (ERC, IC, polipatología) deben ser atendidos por internista. La ausencia configura brecha de habilitación y limita la resolutividad de la HUSDMI. Impacto: • Mayor resolutividad clínica • Disminución de complicaciones médicas • Optimización del manejo interdisciplinario

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAL REQUERIDO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
MÉDICO ESPECIALISTA	**MEDICINA FAMILIAR**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) •Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) •RETHUS obligatorio •Guías de práctica clínica (MSPS / IETS)	•Médico + especialización •Registro en RETHUS	•Soporte vital (BLS/ACLS) •Seguridad del paciente •Guías clínicas actualizadas	•Subespecializaciones •Investigación clínica •Humanización	1	1. Realizar la consulta de medicina familiar con enfoque biopsicosocial y familiar aplicando el Modelo de Atención Territorial en Salud (MATS), explorando los determinantes sociales de la salud (condiciones socioeconómicas, acceso a servicios, redes de apoyo) que inciden en el proceso salud-enfermedad del paciente y su núcleo familiar, con registro completo en la historia clínica electrónica conforme a la Resolución 1995/1999 y la Res. 3100/2019. 2. Elaborar y actualizar el genograma clínico familiar de mínimo tres generaciones en la primera consulta, identificando patrones de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM2, cáncer de mama, cáncer colorectal, cáncer gástrico), factores de riesgo hereditarios y dinámicas disfuncionales que impacten la salud individual y colectiva del núcleo familiar. 3. Aplicar el APGAR familiar (Smilkstein) como instrumento de evaluación de la funcionalidad del núcleo familiar en la primera consulta y ante cambios clínicos relevantes, clasificando el resultado (0-3: disfunción grave; 4-6: moderada; 7-10: funcional) y activando la interconsulta al psicólogo o trabajador social de la HUSDMI cuando el puntaje sea ≤6. 4. Implementar las intervenciones de la RIAS cardio-cerebro-vascular-metabólica (Res. 3280/2018) aplicando la Escala de Framingham validada para Colombia para clasificar el riesgo cardiovascular individual (bajo <10%, moderado 10-20%, alto 20-30%, muy alto >30%) y el score FINDRISC para tamización sistemática de riesgo de DM2 en todos los pacientes mayores de 18 años durante la consulta. 5. Solicitar e interpretar los exámenes de tamización oncológica de la RIAS (Res. 3280/2018) según ciclo vital: prueba de ADN-VPH en mujeres de 30 a 65 años cada 5 años; mamografía bilateral en mujeres de 50 a 69 años cada 2 años; prueba de sangre oculta en heces (FIT/SOH) en adultos de 50 a 75 años; PSA en hombres de 50 a 70 años con factores de riesgo; notificando al ORO (Gestor de Ruta Oncológica) ante cualquier resultado positivo o sospechoso en un plazo ≤24 horas. 6. Prescribir medicamentos del Plan de Beneficios en Salud (PBS) con criterio de uso racional de medicamentos; tramitar las tecnologías No PBS mediante MIPRES con justificación clínica documentada en la historia clínica, explicando al paciente la posología, los efectos adversos esperados y las señales de alarma que requieren consulta urgente. 7. Articular con los Equipos Básicos de Atención (EBS) extramurales de las EPS contratantes para la captación activa, el seguimiento domiciliario	Planta	15/07/26	El médico de familia garantiza la continuidad de la atención longitudinal con enfoque biopsicosocial y familiar. Es el especialista idóneo para la implementación de las RIAS en el contexto familiar, la evaluación del riesgo oncológico hereditario mediante el genograma clínico y la articulación con los EBS para la ruta extramural. Sin este perfil, toda la demanda se concentra en el médico general, reduciendo la capacidad resolutiva y la profundidad del abordaje integral. Impacto: • Fortalecimiento de la atención primaria en salud • Disminución de hospitalizaciones evitables • Seguimiento integral del paciente y su familia
MÉDICO ESPECIALISTA	**MEDICINA INTERNA**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud) •Ley 1164 de 2007 (talento humano en salud)	•Médico general •Especialización en Medicina Interna •Registro en RETHUS	•Manejo de enfermedades crónicas •Guías de práctica clínica (hipertensión, diabetes) •Soporte vital avanzado (ACLS)	•Atención integral al paciente crónico •Seguridad del paciente	1	1. Realizar la valoración médica integral del paciente adulto con enfermedades crónicas complejas y pluripatología, aplicando el razonamiento clínico basado en evidencia y las GPC del MSPS/IETS para HTA, DM2, enfermedad renal crónica (ERC), dislipidemia, insuficiencia cardíaca (IC), hipotiroidismo y EPOC, con diligenciamiento completo de la historia clínica (anamnesis, examen físico por sistemas, diagnóstico CIE-10, plan de manejo escalonado y evolución médica firmada) conforme a la Res. 1995/1999 y Res. 3100/2019. 2. Clasificar el riesgo cardiovascular individual mediante la Escala de Framingham validada para Colombia, definir la categoría de riesgo (bajo, moderado, alto, muy alto) y establecer el plan de manejo farmacológico y no farmacológico con metas terapéuticas individualizadas: HbA1c <7% en DM2 estándar (<8% en adultos mayores frágiles), PA <130/80 mmHg en pacientes con DM2 o ERC, LDL <70 mg/dL en riesgo muy alto y <55 mg/dL en riesgo extremadamente alto, conforme a las GPC vigentes del MSPS. 3. Solicitar e interpretar los paraclínicos de seguimiento de cohortes crónicas con periodicidad definida por GPC: hemograma, perfil renal (creatinina, BUN, TFG estimada por CKD-EPI), electrolitos (Na, K, Cl), perfil lipídico completo (CT, LDL, HDL, TG), HbA1c, microalbuminuria en orina de 24h, TSH, función hepática (ALT, AST, bilirrubinas) y ECG de seguimiento; interpretar los resultados en el contexto clínico del paciente y ajustar el plan de manejo antes del agotez de la consulta. 4. Prescribir medicamentos con criterio de uso racional aplicando las GPC del MSPS y el vademécum institucional; tramitar tecnologías No PBS mediante MIPRES con justificación clínica específica documentada en la historia clínica; aplicar los criterios STOPP/START para la revisión de la polifarmacia en adultos mayores (≥5 medicamentos crónicos simultáneos), identificando medicamentos potencialmente inapropiados según los Criterios de Beers de la AMA. 5. Identificar y activar la ruta de detección temprana de cáncer ante la presencia de síntomas de alarma oncológica (síndrome constitucional, masas palpables, sangrado digestivo alto o bajo inexplicado, disfagia progresiva, hematuria sin infección, adenopatías persistentes >2 cm por >4 semanas), notificando al ORO en un plazo ≤24 horas para la gestión de la confirmación diagnóstica y la referencia al IMC conforme al Contrato Interadministrativo HUSDMI-IMC. 6. Solicitar TAC de tórax de baja dosis (LDCT) en pacientes con tabaquismo acumulado ≥20 paquetes-año y edad entre 50-80 años como	Planta	15/07/26	La Resolución 3100/2019 exige médico internista con RETHUS vigente para la habilitación del servicio de consulta externa de medicina interna. Las GPC del MSPS/IETS para HTA y DM2 establecen que los pacientes con enfermedad crónica compleja (ERC, IC, polipatología) deben ser atendidos por internista. La ausencia configura brecha de habilitación y limita la resolutividad de la HUSDMI. Impacto: • Mayor resolutividad clínica • Disminución de complicaciones médicas • Optimización del manejo interdisciplinario

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAL REQUERIDO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
MÉDICO ESPECIALISTA	**GINECOOBSTETRICIA**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3280 de 2018 (RIAS materno perinatal) •Resolución 3100 de 2019	•Médico •Especialización en ginecología y obstetricia •RETHUS	•Atención de emergencias obstétricas •Curso de reanimación materna	•Planificación familiar •Violencia de género	1	1. Realizar el control prenatal de bajo riesgo conforme a la RIAS materno perinatal (Res. 3280/2018), garantizando la captación temprana antes de la semana 12, la realización de mínimo 7 controles prenatales (1ª <12 sem., 2ª 20-24 sem., 3ª 28 sem., 4ª 32-34 sem., 5ª 36 sem., 6ª 38 sem., 7ª 40 sem.), la solicitud del paquete básico de paraclínicos (hemograma, grupo sanguíneo y Rh, VDRL/RPR, VIH, urocultivo, glucemia, toxoplasma, ecografía obstétrica de primer trimestre con medición de translucencia nucal y marcadores bioquímicos PRISCA) y la actualización del esquema de vacunación materna (Td, influenza, COVID-19). 2. Clasificar el riesgo materno en cada control prenatal aplicando los criterios de la RIAS materno perinatal, identificando oportunamente las condiciones que requieren derivación a obstetricia de alto riesgo (clasificación CLAP/OMS): diabetes gestacional (glucemia en ayunas ≥92 mg/dL o PTOG positivo en semana 24-28), preeclampsia (PA ≥140/90 + proteinuria ≥300 mg/24h después de semana 20), RCIU (feto <percentil 10 por ecografía), amenaza de parto prétermino (<37 semanas) y embarazo múltiple. 3. Ejecutar la tamización de cáncer de cuello uterino integrada con el control prenatal: solicitar prueba de ADN-VPH en la primera consulta ginecológica de mujeres de 30-65 años no tamizadas en los últimos 5 años; tomar citología cervical en mujeres de 21-29 años; derivar al GRO a la ginecología oncológica en ≤24 horas los resultados anormales (ADN-VPH positivo, ASC-US, LSIL, LSIAG, carcinoma) para la confirmación diagnóstica mediante colposcopia con toma de biopsia dirigida. 4. Realizar el examen clínico de mama en todas las mujeres que consultan al servicio ginecológico, identificar masas palpables, asimetrías, retracción del pezón o cambios en la piel sugestivos de patología maligna (piel de naranja, eritema, edema) y activar de forma inmediata la triada diagnóstica (examen clínico + mamografía/ecografía con clasificación BI-RADS + biopsia cuando BI-RADS ≥4) a través del mastólogo de la HUSDMI y al GRO en un plazo ≤24 horas desde la identificación del hallazgo sospechoso. 5. Detectar, notificar y manejar la violencia de género y la violencia sexual en las pacientes que consultan al servicio ginecológico conforme al Protocolo de la Resolución 459/2012, la Ley 1257/2008 y el Código Penal colombiano: atención en las primeras 72 horas (profilaxis post-exposición completa), notificación obligatoria al SIVIGILA (código 875 -VIF-), toma de muestras forenses con cadena de custodia (kit forense), articulación con psicología y trabajo social, y orientación sobre el derecho a la denuncia ante la Fiscalía (sin condicionarlo a la atención médica).	Planta	1/07/26	La población femenina en edad fértil representa una proporción importante de los afiliados de las EPS contratantes. La HUSDMI requiere ginecobstetra para el control prenatal de bajo riesgo dentro de la RIAS materno perinatal, la atención ginecológica general y la evaluación ginecológica previa a la tamización oncológica. Sin este perfil, las gestantes y las pacientes con patologías ginecológicas deben remitirse externamente. Impacto: • Detección temprana de patologías ginecológicas • Disminución de riesgos maternos • Fortalecimiento de programas de prevención femenina
PROFESIONAL	**BACTERIOLOGÍA**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud, laboratorio clínico) • Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud) • Decreto 780 de 2016 (Decreto Único en Salud) • RETHUS obligatorio • Resolución 3280 de 2018 (RIAS, tamización oncológica y cardiovascular) • Decreto 2323 de 2006 (Red Nacional de Laboratorios) • Resolución 1229 de 2013 (modelo de inspección de laboratorios clínicos)	• Bacteriólogo y laboratorista Clínico titulado (título de Bacteriología o Bacteriología y Laboratorio Clínico) con diploma y acta de grado • Registro vigente en RETHUS • Experiencia deseable en laboratorio clínico de IPS de mediana o alta complejidad • Esquema de vacunación completo (hepatitis B, tétanos, rubéola)	• Bioseguridad en laboratorio clínico • Manejo y disposición de residuos biológicos (PGIRASA) • Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) • Control de calidad interno y externo en laboratorio clínico • Seguridad del paciente en toma y procesamiento de muestras • Cadena de custodia de muestras biológicas sensibles al IMC	• Hematología avanzada y citología hematológica • Microbiología clínica e interpretación de antibiogramas • Gestión del riesgo en laboratorio • Sistemas de información de laboratorio (LIS) • Inducción en RIAS oncológica y cardiovascular (Res. 3280/2018)	1	1.Recibir, verificar y gestionar las condiciones preanalíticas de todas las muestras biológicas ingresadas al laboratorio clínico, validando tipo y volumen de tubo, temperatura de conservación, tiempo desde la toma, identificación con mínimo dos identificadores del paciente y criterios de aceptación institucionales; rechazar formalmente las muestras no conformes, documentar el evento y retroalimentar al personal asistencial mediante procesos de capacitación continua orientados a disminuir errores preanalíticos, prevenir eventos adversos y fortalecer la calidad diagnóstica. 2.Garantizar la trazabilidad y cadena de custodia de biopsias, tejidos y líquidos remitidos desde sala de procedimientos al laboratorio de referencia del IMC, verificando el correcto embalaje, fijación en formaldehído al 10% etiquetado, diligenciamiento completo de formatos de remisión, registro en el sistema institucional y cumplimiento de los protocolos definidos entre la HUSDMI y el laboratorio de referencia, asegurando continuidad operativa y cumplimiento normativo. 3.Implementar, ejecutar y mantener el Programa de Control de Calidad Interno (CCI) del laboratorio clínico, realizando procesamiento y análisis de controles internos, aplicación de reglas de aceptación y rechazo, documentación de hallazgos, acciones correctivas y seguimiento continuo a desviaciones que puedan afectar la confiabilidad diagnóstica. 4.Participar en el Programa de Evaluación Externa de la Calidad (EECA), analizar los resultados emitidos por el proveedor externo designado, implementar acciones de mejora derivadas de resultados no conformes y participar activamente en auditorías internas; procesos de habilitación, autoevaluación y mejoramiento continuo relacionados con el proceso de apoyo diagnóstico. 5.Gestionar integralmente el inventario de reactivos, consumibles e insumos del laboratorio bajo metodología FEFO, verificando condiciones de almacenamiento, temperaturas, fechas de vencimiento, niveles mínimos de stock y trazabilidad documental; mantener actualizados los requerimientos de reposición y controlar entradas, salidas, devoluciones y bajas en el sistema institucional para garantizar continuidad del servicio y evitar desabastecimientos. 6.Validar, reportar y notificar oportunamente los valores críticos o de pánico al médico tratante dentro de los tiempos institucionalmente establecidos, documentando el proceso de comunicación, profesional contactado, hora de reporte y acciones realizadas, garantizando seguridad del paciente y continuidad asistencial.	Horas	1/07/26	El laboratorio clínico de la HUSDMI es esencial para las rutas oncológica y cardiovascular, dentro los exámenes de tamización (glicemia, HbA1c, perfil lipídico, hemograma), los paraclínicos de seguimiento de cohortes crónicas y las muestras biológicas para diagnóstico oncológico. Sin bacteriólogo, los resultados no pueden ser generados de forma habilitada, paralizando el flujo diagnóstico de ambas rutas. Impacto: • Confiabilidad diagnóstica • Apoyo clínico oportuno al cuerpo médico • Fortalecimiento del control de calidad del laboratorio

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAL REQUERIDO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
PROFESIONAL	**ENFERMERÍA PROFESIONAL**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Decreto 780 de 2016; Resolución 3280 de 2018; Ley 911 de 2004.	•Enfermera profesional con tarjeta profesional •RETHUS vigente •Experiencia en APS, esquema de vacunación completo.	BLS vigente (menor a 2 años), atención a víctimas de violencia sexual; Toma de citologías cervical	seguridad del paciente; humanización; gestión del riesgo; manejo de residuos.	1	1. Liderar técnicamente los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la HUSDMI conforme a la Res. 3280/2018: programa de detección temprana de alteraciones del desarrollo (AIEPI para menores de 10 años), programa de planificación familiar, programa de control prenatal de bajo riesgo, programa de detección temprana de enfermedades cardiovasculares (tamización con Framingham y FINDRISC), programa de detección temprana de cáncer (citologías, ADN-VPH, mamografía, FIT/SOH), garantizando el cumplimiento de las metas de cobertura pactadas con las EPS contratantes. 2. Tomar y registrar los signos vitales con técnica estandarizada en todos los pacientes que ingresan a la HUSDMI: dos tomas de PA con el paciente sentado en reposo 25 minutos, brazalete adecuado al perímetro braquial, brazo derecho apoyado al nivel del corazón, intervalo de 1-2 minutos entre mediciones; FC, FR, temperatura axilar con termómetro digital, SpO2 con pulsioxímetro calibrado, peso con báscula electrónica y talla con tallímetro fijo, calculando el IMC; y la circunferencia abdominal con cinta métrica inextensible; registrar todos los valores en la historia clínica electrónica ante la consulta médica. 3. Realizar la toma de citología cervical con técnica correcta según el protocolo institucional y los lineamientos del MSPS: verificar condiciones de preparación (abstinencia sexual y sin duchos/cremas 48-72h previas, fuera del período menstrual), colocar espéculo sin lubricante cuando sea posible (solo agua tibia si es necesario), tomar muestra del exocérvix con espátula de Ayre haciendo rotación de 360°, tomar muestra del endocérvix con cytobrush, extender uniformemente en la lámina, fijar inmediatamente con spray citofijador o alcohol al 96°, rotular correctamente con nombre + documento + fecha, y registrar el procedimiento en la historia clínica y en el sistema del programa de detección temprana. 4. Aplicar sistemáticamente el score FINDRISC en sala de espera a todos los pacientes mayores de 18 años antes de la consulta médica, clasificando el riesgo de DM2 a 10 años (puntaje ≥12 = riesgo moderado: solicitar glucemia en ayunas al médico; puntaje ≥20 = riesgo muy alto: priorizar consulta con endocrinología), y la Escala de Framingham validada para Colombia para la estratificación del riesgo cardiovascular, informando los resultados al médico antes del ingreso del paciente al consultorio. 5. Supervisar técnicamente al auxiliar de enfermería en todas las actividades asistenciales delegadas: verificar la correcta aplicación de los protocolos de toma de signos vitales, preparación de pacientes para procedimientos, manejo de residuos hospitalarios (código de colores PGIRASA), bioseguridad (lavado de manos en 5 momentos OMS, uso de EPP), cadena de frío para biológicos e insulinas (rango 2-8°C) y administración de medicamentos por vías subcutánea e intramuscular; documentar la supervisión con los hallazgos y las acciones correctivas.	Planta	1/07/26	La HUSDMI requiere 4 enfermeras profesionales para garantizar la supervisión técnica de los auxiliares de enfermería, la toma de citologías cervicales, la aplicación del FINDRISC en sala de espera, el seguimiento de cohortes cardiovasculares y la toma y registro sistematizado de PA. Sin este perfil, las actividades de mayor complejidad de enfermería no pueden ser ejecutadas de forma habilitada. Impacto: • Mejora en indicadores de prevención • Reducción de eventos adversos • Continuidad del cuidado
AUXILIAR	**AUXILIAR DE ENFERMERÍA**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019; Ley 1164 de 2007; Decreto 780 de 2016.	•Técnico auxiliar en enfermería •RETHUS vigente •Esquema de vacunación completo. •Experiencia en Atención Primaria en Salud (APS) o trabajo comunitario. •Conocimiento en gestión del riesgo y abordaje de determinantes sociales en salud	BLS vigente, Atención a víctimas de violencia sexual.	Manejo de residuos hospitalarios; seguridad del paciente; esquema de vacunación; curso PAI (si aplica).	1	1. Tomar y registrar los signos vitales completos (tensión arterial con técnica estandarizada — 2 tomas con intervalo de 1 minuto —, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura axilar, saturación de oxígeno con pulsioxímetro, peso y talla con báscula de IMC) verificando previamente la identidad del paciente con mínimo 2 identificadores (nombre completo + número de documento de identidad) y registrando los resultados en el sistema de información de la HUSDMI antes del ingreso del paciente a la consulta médica o de enfermería. 2. Preparar y acondicionar los consultorios y salas de procedimientos al inicio de cada turno, verificando la disponibilidad y funcionamiento de los equipos (tensiómetro con brazalete adecuado, pulsioxímetro, termómetro digital, glucómetro con tiras reactivas calibradas, equipo de curación), la disponibilidad de insumos (guantes por talla, gasas estériles, esparadrapo, jeringas, tiras para citología, mascarillas, alcohol en gel), el estado del guardián de corto punzantes (no superar el 75% de su capacidad) y la limpieza y desinfección de superficies con el producto y la dilución indicados en el protocolo de limpieza institucional. 3. Apoyar en la ejecución de actividades asistenciales bajo la supervisión directa de la enfermera jefe: toma de muestras de laboratorio (venopunción periférica con técnica aséptica, toma de capilares para glucometría, recolección de muestra de orina en segundo chorro limpio, recolección de muestra de heces para FIT/SOH), colocación de medicamentos por vía oral, subcutánea e intramuscular según prescripción médica documentada en la historia clínica, curación de heridas simples con técnica aséptica y retiro de puntos de sutura no complicados. 4. Manejar correctamente los residuos hospitalarios generados en la HUSDMI conforme al código de colores del PGIRASA 5. Verificar y mantener la cadena de frío de los biológicos (vacunas) e insulinas almacenadas en el refrigerador del consultorio o del servicio de vacunación, realizando 2 lecturas de temperatura al día (inicio y final del turno) con registro obligatorio en el formato de control de temperatura institucional, alertando de inmediato a la enfermera jefe ante cualquier desviación fuera del rango de 2-8°C y ejecutando el plan de contingencia definido en el protocolo de cadena de frío (traslado de biológicos a nevera de respaldo, notificación al Coordinador Médico). 6. Colaborar con la enfermera jefe en el seguimiento de las cohortes de pacientes con enfermedades crónicas (HTA, DM2) asignadas por las EPS, realizando el registro de los controles en el sistema de información de la HUSDMI, actualizando las bases de datos de citación activa de los pacientes que no asistieron al control programado, y entregando al recordatorio de la próxima cita al paciente antes del egreso de la HUSDMI con registro de la entrega en la historia clínica.	Planta	1/07/26	El sótano de la HUSDMI concentra los servicios de mayor complejidad procedimental. Los auxiliares son indispensables para: toma de signos vitales previos a la consulta, preparación del paciente para procedimientos, manejo de residuos hospitalarios, apoyo en la sala de recuperación post-sedación y mantenimiento de los consultorios. Sin auxiliares, la operación de la sala de procedimientos se detiene. Impacto: • Oportunidad en la atención asistencial • Fortalecimiento del cuidado básico • Apoyo operativo a los servicios clínicos

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAS REQUERIDAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
ADMINISTRATIVO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA MEDIOS DIAGNÓSTICOS	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019	•Técnico en auxiliar de enfermería •Registro en RETHUS	•Ecosegutidad •Toma de muestras	•Apoyo en diagnóstico	2	1. Recibir y verificar la identidad del paciente con mínimo 2 identificadores (nombre completo + número de documento de identidad) antes de cada toma de muestra o procedimiento diagnóstico, confirmar el tipo de estudio solicitado en la orden médica (original firmada por el médico con CIE-10 y CUPS), las condiciones de preparación del paciente (ayuno de 8-12 horas para glicemia y perfil lipídico, preparación intestinal completa para colonoscopia, suspensión de medicamentos anticoagulantes para biopsia) y la concordancia de la orden con los datos de la historia clínica electrónica. 2. Realizar la toma de muestras de laboratorio clínico con técnica estandarizada y aséptica: venopunción periférica (aplicar torniquete ≤1 minuto, antisepsia con alcohol isopropílico al 70%, tubo correcto por prueba según tabla de prioridad de extracción CLSI, inversión suave del tubo según número de veces requerido), glucometría capilar con punción en el dedo lateral, recolección de orina en segundo chorro con frasco estéril, y recolección de muestra de heces para FIT/SOH en el frasco específico del kit de tamización de cáncer colorectal de la RIAS oncológica. 3. Preparar al paciente para los procedimientos diagnósticos realizados en la sala de procedimientos, explicar el procedimiento en lenguaje claro y verificar la firma del consentimiento informado antes de iniciar; posicionar correctamente al paciente en la camilla según el procedimiento (posición de litotomía para colposcopia y USP, decúbito lateral izquierdo para colonoscopia, decúbito supino para biopsia de mama bajo ecografía); asistir al médico especialista durante la realización del procedimiento (colonoscopia, BSO, colposcopia, biopsia de mama, biopsia prostática, biopsia de piel) entregando los materiales requeridos con técnica aséptica. 4. Garantizar la correcta identificación, rotulación y conservación de las muestras de biopsia antes del envío al laboratorio de patología del INC: verificar el llenado completo del frasco con formaldehído al 10% (volumen de formaldehído = mínimo 10 veces el volumen de la muestra), el rotulado con nombre del paciente, número de documento, fecha y hora de toma, localización anatómica de la muestra y médico remitente; diligenciar completamente el formulario de remisión al INC con los datos clínicos requeridos y aplicar rigurosamente la cadena de custodia establecida en el protocolo del Contrato HUSDMI-INC. 5. Apoyar al anestesiólogo y al equipo de enfermería en la preparación y vigilancia de los pacientes sometidos a procedimientos bajo sedación consciente: verificar que el paciente cumpla las condiciones de ayuno (mínimo 2 horas para líquidos claros, 6 horas para sólidos livianos, 8 horas para comidas copiosas), monitorizar los signos vitales (PA, FC, FR, SpO2) en la sala de recuperación post-sedación según la frecuencia	Planta	1/07/26	los auxiliares para medios diagnósticos son indispensables para toma de muestras de laboratorio (sangre, orina, heces para FIT/SOH), preparación del paciente para procedimientos diagnósticos (colonoscopia, BSO, biopsia); apoyo en la sala de recuperación post-sedación; y manejo de insumos de los consultorios del volcano. Sin este perfil, los médicos especialistas del INC y del HUSDMI deben asumir tareas de preparación, reduciendo drásticamente su productividad clínica. Impacto: • Disminución de errores preanalíticos • Seguridad en el procesamiento de muestras • Oportunidad diagnóstica
ADMINISTRATIVO	COORDINACIÓN MÉDICO	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019 •Normas de ejercicio profesional médico	•Médico titulado con registro •Experiencia en servicios de salud	•Auditoría médica •Gerencia en salud	•Seguridad del paciente	1	1. Coordinar la operación clínica diaria de la HUSDMI garantizando la disponibilidad del talento humano asistencial según las agendas programadas (apertura oportuna de consultorios, verificación de asistencia del personal, gestión de reemplazos ante ausencia no programadas), el cumplimiento de los estándares de oportunidad de la Res. 1552/2013 (medicina general ≤3 días hábiles, especialidades ≤15 días hábiles) y los indicadores de oportunidad del Contrato HUSDMI-INC (informes de imágenes ≤3 días hábiles, informes de patología ≤5 días hábiles, telecons ulta ≤48 horas). 2. Ejercer como Supervisor del Contrato HUSDMI-INC presidiendo la Comisión de Vigilancia y Seguimiento con periodicidad mensual, verificando el cumplimiento de los indicadores de oportunidad y calidad del INC, documentando los incumplimientos con acta firmada por ambas partes, aplicando los descuentos proporcionales definidos en el Anexo de Indicadores de Calidad ante incumplimiento reiterado (2+ meses consecutivos) y elaborando el informe trimestral de supervisión del contrato para la Dirección del HUSDMI con los hallazgos y recomendaciones. 3. Revisar el informe de auditoría médica previa al pago de las facturas presentadas por el INC al HUSDMI en el plazo máximo de 10 días hábiles de radicada la factura, verificando que contenga la pertinencia clínica de los servicios facturados conforme a las GPC del INC y los protocolos del contrato, existencia de soportes documentales (historia clínica, órdenes médicas, resultados de patología, consentimientos informados), concordancia entre los servicios prestados y los códigos CUPS facturados, y valores ajustados al manual tarifario pactado; y elaborando el informe motivado según la Res.2284 de 2023 ante cualquier inconsistencia identificada. 4. Liderar las juntas médicas interdisciplinarias de la HUSDMI con frecuencia mínima semanal, garantizando la participación de los especialistas pertinentes para la discusión de casos con diagnóstico oncológico sospechado o confirmado, enfermedades cardiovasculares de difícil manejo o condiciones con implicaciones éticas; registrar en el acta los casos discutidos, los acuerdos del equipo, los compromisos individuales y las fechas de verificación del cumplimiento. 5. Supervisar el cumplimiento de los protocolos clínicos, las GPC y los estándares de calidad en todos los servicios habilitados de la HUSDMI mediante rondas de supervisión clínica con frecuencia mínima semanal; identificar brechas de calidad, implementar acciones correctivas	Planta	15/07/26	Sin Coordinador Médico, la HUSDMI no tiene un responsable que garantice la calidad clínica, resuelva conflictos entre servicios, supervise los indicadores de oportunidad del INC ni gestione los eventos adversos. La ausencia expone al HUSDMI al pago de facturas del INC sin auditoría médica previa, con el consecuente riesgo de sobre-pago por servicios no pertinentes o no prestados. Impacto: • Fortalecimiento de la gestión clínica • Supervisión segura de los servicios asistenciales • Mejoramiento continuo de la atención

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAS REQUERIDAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
ADMINISTRATIVO	COORDINACIÓN DE FACTURACIÓN Y ADMISIONES	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	Resolución 3100 de 2019 (habilitación de servicios de salud); Decreto 780 de 2016; Resolución 2284 de 2023; Resolución 2335 de 2023 Manuales tarifarios SOAT e ISS vigentes; normatividad de facturación electrónica DIAN en salud; políticas institucionales de auditoría y cartera.	Profesional en Administración en Salud, Administración de Empresas, Contaduría, Ingeniería Industrial o carreras afines. **Conocimiento en**facturación de servicios de salud, manuales tarifarios, RIPS, glosas, auditoría de cuentas médicas, contratación en salud, manejo de plataformas de asegradores y normatividad vigente del SGSSS. **Competencias en**:dirección, análisis financiero, manejo de personal, planeación y seguimiento de indicadores.	Especialización en gerencia financiera o administración hospitalaria.	Diplomados o cursos en auditoría en salud, conciliación de glosas, indicadores financieros, contratación en salud, gestión de cartera, sistemas de información hospitalaria y mejora continua de procesos.	1	1. Parametrizar, controlar y supervisar el proceso integral de facturación en la HUSDMI desde la apertura del episodio asistencial hasta la radicación de la cuenta ante el asegurador, garantizando que cada atención cuente con los soportes documentales completos (historia clínica con evolución médica firmada, órdenes de servicio con CIE-10 y CUPS correctos, consentimientos informados, autorizaciones de la EPS y RIPS en formato XML conforme a la Res. 948/2026) antes de la generación de la factura Electrónica de Venta (FEV) y su transmisión a la DIAN. 2. Verificar la correcta liquidación de los servicios prestados conforme a los contratos vigentes con cada EPS contratante, aplicando los manuales tarifarios correspondientes (SOAT actualizado, ISS 2001 más el porcentaje de incremento negociado, más el propio del HUSDMI) y los códigos CUPS y CIE-10 correctos; realizar un muestreo del 10% de las facturas generadas mensualmente para verificar la consistencia entre la historia clínica, el soporte clínico y la factura, documentando los hallazgos y los ajustes realizados. 3. Garantizar la generación, validación técnica y transmisión correcta y oportuna de los RIPS conforme a la normatividad vigente (formato XML actualizado), verificando antes de cada transmisión la completitud y consistencia de los campos obligatorios (datos del paciente con tipo y número de documento, diagnóstico CIE-10, código CUPS, valor, EPS responsable, número de autorización, fecha y hora de atención) y conservando los logs de transmisión como evidencia ante auditorías de la Superintendencia Nacional de Salud. 4. Gestionar y responder las glosas presentadas por las EPS dentro de los plazos establecidos por la norma: analizar técnica y clínicamente cada glosa, recopilar los soportes de respuesta en coordinación con el Coordinador Médico y el equipo asistencial, elaborar la contestación motivada dentro de los 15 días hábiles siguientes a la notificación de la glosa, elevar a conciliación los casos no subsanados oportunamente, y reportar mensualmente al Coordinador Administrativo el valor total glosado, el valor recuperado y el porcentaje de glosas respondidas en tiempo. 5. Supervisar técnicamente al equipo de facturadores y al personal de admisiones de la HUSDMI: asignar las cuentas por facturador, verificar la calidad del trabajo mediante muestreo semanal del 10% de las facturas generadas, identificar los errores de codificación recurrentes (CUPS incorrectos, CIE-10 no coherentes con el procedimiento realizado, valores fuera de manual tarifario, autorizaciones vencidas), definir planes de corrección individualizados y capacitar al equipo en las actualizaciones normativas de facturación (RIPS, FEV, manuales tarifarios) mínimo trimestralmente.	Planta	1/07/26	La HUSDMI genera facturación de dos tipos: propia (servicios del HUSDMI a las EPS) y recibida (del INC al HUSDMI). Sin Coordinador de Facturación, no existe un responsable que garantice la calidad y oportunidad de ambos flujos. Los facturadores técnicos (2 cupos) requieren supervisión y coordinación que el Coordinador Administrativo no puede asumir dada su carga general. Los errores sistemáticos en facturación pueden representar pérdidas del 10-20% de los ingresos mensuales de la HUSDMI. Impacto: • Optimización del recaudo institucional • Disminución de inconsistencias y glosas • Fortalecimiento del control financiero y administrativo
ADMINISTRATIVO	RESPONSABLE DE CALIDAD	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Decreto 1011 de 2006 •Resolución 3100 de 2019	•Profesional en salud o administración •Formación en calidad	•Sistema de calidad •Seguridad del paciente	•Auditoría interna •Gestión del riesgo	1	1. Diseñar, implementar, actualizar y hacer seguimiento continuo al PAMEC de la HUSDMI, ejecutando sus fases de forma sistemática: autoevaluación de las condiciones de habilitación (Res. 3100/2019), selección de prioridades mediante análisis de Pareto y matriz de riesgo (frecuencia × impacto), elaboración del plan de auditoría con indicadores, cronograma y responsables, ejecución de auditorías internas programadas (mínimo 1 por servicio cada 6 meses), evaluación de resultados y generación de planes de mejora documentados con indicador de verificación y fecha de cierre. 2. Diseñar, implementar y hacer seguimiento al sistema de indicadores de calidad de la HUSDMI, incluyendo: indicadores de oportunidad (tiempo de espera por servicio vs. estándar Res. 1552/2013), seguridad del paciente (tasa de eventos adversos por 100 atenciones, tasa de caídas, tasa de infecciones asociadas a la atención, tasa de errores de medicación), pertinencia (% de historias clínicas con evolución médica completa, % de diagnósticos con CIE-10 correcto), satisfacción del usuario y cumplimiento de las RIAS (cobertura de tamización oncológica y cardiovascular); reportar mensualmente al Coordinador Médico y trimestralmente a las EPS. 3. Gestionar el Programa de Seguridad del Paciente de la HUSDMI conforme a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la OMS (identificación correcta con 2 identificadores, comunicación efectiva en el traspaso de pacientes, medicamentos de alto riesgo con doble verificación, procedimientos/sitio/paciente correctos con lista de chequeo, higiene de manos en 5 momentos, prevención de caídas con Escala de Morse), liderando el análisis de causa raíz de los eventos adversos graves (método de PROTOCOLO DE LONDRES) y elaborando los planes de mejora con verificación de implementación dentro de los 30 días siguientes al cierre del análisis. 4. Liderar el proceso de autoevaluación de las condiciones de habilitación de los servicios de la HUSDMI ante la SDS (Res. 3100/2019), realizando visitas técnicas internas por servicio para verificar: talento humano con RETHUS vigente, dotación según estándares, infraestructura física adecuada, procesos documentados y actualizados, historias clínicas con evolución médica, medicamentos e insumos vigentes e interdependencias habilitadas; elaborar el plan de acción para el cierre de brechas identificadas y acompañar al equipo durante las visitas de verificación de la SDS. 5. Garantizar la transmisión correcta, completa y oportuna de los indicadores de calidad al SIC del MSPS conforme al Decreto 1011/2006 y la normativa vigente, verificando la calidad de los datos antes de cada transmisión, conservando el registro de las transmisiones realizadas (portal atos, acuses de recibo del sistema) como soporte ante inspección de la Superintendencia Nacional de Salud, y reportando al	Planta	15/07/26	La HUSDMI opera múltiples servicios habilitados con indicadores de calidad exigibles por las EPS, el MSPS y la Superintendencia. Sin Responsable de Calidad, no existe un cargo dedicado al seguimiento de indicadores de oportunidad, seguridad del paciente, gestión de eventos adversos y preparación para visitas de verificación de la SDS. La ausencia aumenta el riesgo de pérdida de habilitación, glosas por indicadores incumplidos y sanciones administrativas. Impacto: • Fortalecimiento de la cultura de calidad • Disminución de riesgos institucionales • Cumplimiento de estándares de habilitación

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACION CONTINUA EXIGIBLE	FORMACION CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAS REQUERIDAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
ADMINISTRATIVO	FACTURACIÓN EN SALUD	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 2284 de 2023 •Resolución 3100 de 2019	•Técnico o tecnólogo en facturación en salud	•Manual tarifario (SOAT, ISS) •RIPS	•Auditoría de cuentas	1	1. Generar la Factura Electrónica de Venta (FEV) de los servicios prestados en la HUSDMI conforme a los requisitos de la normatividad vigente y los estándares de la DIAN, verificando antes de la generación de cada factura la existencia y completitud de los soportes clínicos obligatorios: historia clínica con evolución médica firmada por el médico tratante con CIE-10 y CUPS correctos, órdenes de servicio o procedimientos firmadas, autorización de la EPS cuando aplique (procedimientos electivos, medicamentos No PBS) y consentimientos informados para procedimientos especiales. 2. Generar, validar y transmitir los RIPS de la HUSDMI en formato XML conforme a la normatividad vigente y los esquemas de validación vigentes, verificando la consistencia y completitud de los datos mínimos obligatorios: identificación del paciente con tipo y número de documento, diagnóstico principal y relacionados con código CIE-10, código CUPS del servicio prestado, valor del servicio conforme al manual tarifario aplicable, EPS responsable, número de autorización cuando corresponda, y fecha y hora de atención; conservar los logs de transmisión y los acuses de recibo como evidencia ante auditorías. 3. Verificar que cada paciente atendido cuente con afiliación vigente al SGSSS mediante consulta en la BDUA (Base de Datos Única de Afiliados) del ADRES antes de la generación de la factura, identificar los casos de pacientes no afiliados, con traslado de EPS reciente, con suspensión temporal de la afiliación o con doble afiliación, y reportar al área de Atención al Usuario y al Coordinador de Facturación para la gestión de la afiliación o la definición del mecanismo de pago aplicable 4. Aplicar correctamente los manuales tarifarios vigentes pactados en los contratos con cada EPS contratante en la liquidación de cada servicio: SOAT actualizado para urgencias, ISS 2001 más el porcentaje de incremento negociado para cada EPS en consulta externa y procedimientos, manual tarifario propio del HUSDMI para los servicios con tarifa especial; verificar que los valores facturados correspondan exactamente a los establecidos en el contrato vigente y alertar al Coordinador de Facturación ante cualquier inconsistencia tarifaria o actualización contractual no parametrizada en el sistema. 5. Gestionar el proceso de radicación física y/o electrónica de las cuentas ante cada EPS contratante dentro de los plazos establecidos en los contratos (primeros 15 días hábiles del mes para el mes anterior): preparar el paquete de radicación (FEV firmada electrónicamente, soportes clínicos indexados y foliados, RIPS en CD o plataforma digital de la EPS, carta de remisión con el resumen de la cuenta), verificar la conformidad del paquete antes de entregar, tramitar la radicación y conservar el sello o constancia de recibido como soporte del proceso de	Planta	1/07/26	La Resolución 948 de 2026 exige la generación y transmisión correcta de RIPS para todos los servicios prestados. La Resolución 2284 de 2023 regula el proceso de glosas. El Estatuto Tributario y la normativa de la DIAN exigen la emisión de Factura Electrónica de Venta (FEV) para todos los servicios. La ausencia de facturadores calificados genera RIPS incorrectos, glosas masivas y sanciones de la Superintendencia. Impacto: • Disminución de glosas • Fortalecimiento financiero institucional • Trazabilidad de la facturación en salud
ADMINISTRATIVO	RECEPCIONISTA – ADMISIONES	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	•Resolución 3100 de 2019	•Técnico administrativo o afín •Manejo de sistemas de información	•Atención al usuario •Protección de datos	•facturación en salud	2	1. Realizar el proceso de admisión de los usuarios de la HUSDMI verificando la identidad con mínimo 2 identificadores (nombre completo + número de documento de identidad), la afiliación vigente al SGSSS mediante consulta en la BDUA del ADRES (régimen contributivo, subsidiado o especial), la EPS responsable, el tipo de usuario (afiliado cotizante, beneficiario, independiente) y la disponibilidad de la autorización del servicio solicitado cuando aplique (procedimientos especiales, medicamentos No PBS, imágenes de mayor complejidad), antes de habilitar el ingreso del paciente a la consulta o al procedimiento. 2. Asignar, programar y confirmar las citas de los servicios de la HUSDMI conforme a los estándares de oportunidad de la Res. 1552/2013: medicina general ≤3 días hábiles desde la solicitud, medicina especializada ≤15 días hábiles, priorizar inmediatamente los urgentes y los identificados por el GRO como casos de alta sospecha oncológica (próxima cita disponible en ≤48 horas), registrando el tipo de urgencia y la codificación en el sistema de citas. 3. Abrir y actualizar el registro del paciente en el sistema de información de la HUSDMI (HIS), verificando y corrigiendo los datos demográficos completos (nombres y apellidos, tipo y número de documento, sexo, fecha de nacimiento, edad, dirección, teléfono de contacto y correo electrónico si tiene, EPS, régimen, grupo sanguíneo si se conoce, nombre y teléfono del contacto de emergencia), garantizando la calidad del dato como insumo para la generación correcta de los RIPS y la facturación conforme a la Res. 948/2026. 4. Verificar y gestionar las autorizaciones de procedimientos de la RIAS oncológica y cardiovascular ante las EPS contratantes antes de la realización del servicio: colposcopia, biopsia de cualquier tipo, mamografía bilateral, colonoscopia total, BSO con toma de biopsias, biopsia de piel, procedimientos diagnósticos bajo sedación, ecografías especializadas; contactar al operador de la EPS por teléfono o plataforma digital, conservar la constancia de la autorización (número de autorización + fecha de vigencia) en el sistema de información, y alertar al Coordinador de facturación ante negativas injustificadas de la EPS para activar el protocolo de impugnación. 5. Recibir, registrar y orientar a los usuarios que presentan PQRS de forma presencial: entregar el número de radicado y la constancia de recibo, informar al usuario el plazo de respuesta conforme a la normatividad vigente, escalar al área de Atención al Usuario en ≤2 horas para la gestión de la respuesta, conservar el registro en el sistema institucional de PQRS, y verificar al cierre del turno que todas las PQRS del día hayan sido correctamente escaladas.	Planta	1/07/26	Los recepcionistas son el primer punto de contacto del paciente al llegar a la HUSDMI: registro del legado, verificación del turno, distribución hacia el servicio correspondiente y manejo del archivo físico y digital. Sin recepcionistas, el flujo de pacientes se desorganiza, aumentan los tiempos de espera y se deteriora la experiencia del usuario. Impacto: • Organización del flujo de usuarios • Disminución de errores administrativos • Optimización del proceso de admisión
PROFESIONAL	GESTOR DE RIESGO DE ENLACE IPS-EPS	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	• Resolución 3280 de 2018 (RIAS cardio-cerebro-vascular metabólica). • Lineamientos técnicos RIAS cardiovascular – MSPS 2022. • Decreto 1011 de 2006 (SOGCS). • Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud). • Decreto 780 de 2016. • Resolución 3100 de 2019.	• Profesional en enfermería, medicina general o trabajo social. RETHUS vigente. • Formación específica en gestión del riesgo en salud y GIRS. • Deseable: especialización en Salud Pública, Gerencia en Salud o Epidemiología. • Experiencia en manejo de cohortes y bases de datos de afiliados. • Esquema de vacunación completo.	• RIAS cardiovascular y metabólica (Resolución 3280/2018) — inducción obligatoria. • Escala de Framingham validada para Colombia. • Score FINDRISC para riesgo de diabetes mellitus tipo 2. • Manejo de bases de datos y cohortes de riesgo. • Sistemas de información de gestión del riesgo de EPS. • Técnicas de educación individual y grupal en salud.	• Especialización en Salud Pública o Gerencia en Salud. • Manejo avanzado de herramientas de análisis epidemiológico. • Gestión de calidad en servicios de salud.	1	1. Recepcionar, depurar y gestionar las bases de datos de afiliados con riesgo cardiovascular alto o muy alto y riesgo oncológico remitidas por las EPS contratantes, verificando la completitud de los datos de contacto (nombre, documento, teléfono, dirección, EPS), estratificación del riesgo con los de usuarios ya activos en el programa para evitar duplicidades, e ingresando los pacientes nuevos al sistema de seguimiento de cohortes de la HUSDMI dentro de los primeros 10 días hábiles de recepción de la base de datos de cada EPS. 2. Ejecutar la citación activa de los usuarios identificados en riesgo mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto y correo electrónico, con un mínimo de 3 intentos de contacto por usuario en los primeros 10 días hábiles después de la recepción de la base, documentando cada intento (fecha, hora, canal y resultado) en el sistema de información; activar la búsqueda activa en territorio a través de los ISS de la EPS cuando el usuario no sea localizable por medios remotos luego de los 3 intentos. 3. Monitorear y garantizar el cumplimiento de los tiempos de oportunidad de la ruta oncológica establecidos en la Ley 2360/2024 y la Circular 010/2024 del MSPS para cada cáncer con tamizaje positivo o sospecha diagnóstica: primera consulta con especialista ≤15 días hábiles desde la identificación del riesgo, confirmación histológica ≤30 días calendario desde la sospecha diagnóstica, inicio de tratamiento oncológico ≤60 días desde la confirmación; generar alerta automática al Coordinador Médico ante cualquier caso que supere el 80% del tiempo permitido sin avance en la ruta. 4. Acompañar al paciente y su familia en el proceso de comunicación del diagnóstico oncológico, coordinando con el psicólogo de la HUSDMI la aplicación del protocolo SPIKES antes de la comunicación; gestionar con la EPS la autorización del tratamiento en el INC dentro de los 5 días hábiles siguientes a la confirmación diagnóstica; garantizar la transferencia completa de la historia clínica al INC (informe médico, resultados de patología con tipo histológico y estadio, imágenes diagnósticas) mediante el protocolo del Contrato HUSDMI-INC, registrar cada paso de la trazabilidad en el sistema de información de la HUSDMI. 5. Gestionar el ingreso y el seguimiento de los pacientes al programa de manejo integral de la RIAS cardiovascular, verificando la realización de los controles médicos y de enfermería en las fechas programadas (control mensual los primeros 3 meses, luego trimestral para pacientes estables), el cumplimiento de los paraclínicos de seguimiento según GPC (HbA1c semestral, perfil lipídico anual, creatinina anual en DM2), las metas terapéuticas alcanzadas (HbA1c, PA, LDL) y la adherencia al tratamiento farmacológico; actualizar las cohortes y el sistema de información mensualmente.	Planta	2026-07-01	Sin Gestor de Riesgo, la HUSDMI no puede recepcionar y gestionar las bases de datos de afiliados remitidas por las EPS, citar activamente a los usuarios identificados en riesgo, reportar mensualmente los indicadores RIAS ni participar en las mesas técnicas EPS-IPS. Esta función es la interfaz operativa entre la HUSDMI y los aseguradores; su ausencia rompe el flujo contractual y puede derivar en pérdida de contratos con las EPS por incumplimiento de indicadores.
ADMINISTRATIVO	ATENCIÓN AL USUARIO	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL		Técnico administrativo con experiencia en sector salud en procesos relacionados con atención al usuario.	Atención a víctimas de violencia sexual. •Atención humanizada •PQRS	Humanización en salud; seguridad del paciente; protección de datos personales; inducción institucional	1	1. Brindar orientación personalizada, oportuna, clara y empática a los usuarios de la HUSDMI sobre los servicios disponibles por piso y consultorio, la ruta de atención según el motivo de consulta (ruta cardiovascular, ruta oncológica, consulta de medicina general, control prenatal, servicio de laboratorio, servicio de imágenes), los documentos requeridos para la atención (orden médica vigente, documento de identidad, carné de afiliación, autorización de la EPS cuando aplique) y los tiempos de espera estimados según el flujo del día, garantizando que cada usuario comprenda su ruta y acceda al servicio sin barreras administrativas. 2. Recibir, registrar, clasificar y tramitar de forma sistemática las PQRS de los usuarios de la HUSDMI: asignar inmediatamente el número de radicado, entregar la constancia de recibo al usuario, clasificar según el tipo de solicitud (orden médica vigente, documento de identidad, carné de afiliación, autorización de la EPS cuando aplique) y los tiempos de espera estimados según el flujo del día, garantizando que cada usuario comprenda su ruta y acceda al servicio sin barreras administrativas. 3. Orientar a los usuarios sobre sus derechos y deberes como pacientes del SGSSS conforme a la Res. 13437/1991 (Carta de Derechos del Paciente), la ley 1751/2015 (Ley Estatutaria de Salud) y la normativa institucional, garantizando que cada usuario conozca su derecho a recibir información clara sobre su diagnóstico y tratamiento en lenguaje comprensible, su derecho a elegir el profesional dentro de la red de la HUSDMI, su derecho a la confidencialidad de su información clínica, y su deber de suministrar información veraz para la correcta atención de su condición de salud. 4. Gestionar activamente las barreras administrativas de acceso a los servicios de la HUSDMI identificadas durante la atención al usuario: usuarios sin cita que requieren atención prioritaria (urgencias médicas o pacientes identificados por el GRO con alta sospecha oncológica) coordinando con recepción la asignación de cita de urgencia; servicios del PBS negados por la EPS, documentando la negativa y coordinando con el Coordinador de Facturación la impugnación ante la EPS o la tutela cuando corresponda; usuarios con documentación incompleta, asesorándolos sobre los trámites necesarios para completarla. 5. Aplicar la encuesta de satisfacción del usuario al finalizar la atención en la HUSDMI, garantizando una cmuestra representativa de los usuarios salientes en cada turno, registrando los resultados en el sistema de información institucional, consolidando los datos mensualmente, e identificando los servicios con puntajes por debajo de la meta institucional (≥85%) para reportar al Responsable de Calidad las acciones de mejora requeridas.	Planta	1/07/26	La HUSDMI atiende a una población con alta carga de ansiedad (sospecha de cáncer, enfermedades crónicas) que requiere orientación permanente sobre la ruta de atención, los tiempos de espera y los derechos en salud. Sin persona de atención al usuario, la gestión de PQRS recae sobre el personal asistencial y administrativo, reduciendo su capacidad operativa. Las PQRS no resueltas en los plazos legales generan sanciones y deterioran la imagen institucional. Impacto: • Mejora en la satisfacción del usuario • Fortalecimiento de la humanización • Gestión oportuna de PQRS

ESPECIALIDAD	PERFIL	MODALIDAD	FUNDAMENTO NORMATIVO	REQUISITOS DE FORMACIÓN Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACIÓN CONTINUA EXIGIBLE	FORMACIÓN CONTINUA DESEABLE	CANTIDAD DE PERSONAL REQUERIDO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHA ESTIMADA DE INICIO	JUSTIFICACIÓN
PROFESIONAL	**INGENIERÍA AMBIENTAL**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	Ley 842 de 2003 (Reglamenta el ejercicio de la ingeniería), Ley 99 de 1993 (Sistema Nacional Ambiental), Decreto 1076 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible), Resolución 0312 de 2019 cuando aplique a SG SST y gestión ambiental. Resolución 591 de 2024 Resolución 3100 de 2019	• Título profesional en Ingeniería Ambiental. • Matrícula profesional vigente expedida por COPNIA. • RETHUS	Capacitación actualizada en normatividad ambiental vigente, gestión integral de residuos, auditoría ambiental, sistemas de gestión ambiental ISO 14001, seguridad y salud en el trabajo, manejo de sustancias peligrosas y sostenibilidad.	• formulación de planes ambientales, • normatividad ambiental colombiana • auditorías ambientales • sistemas integrados de gestión • manejo de herramientas SIG y elaboración de informes técnicos • Capacidad de análisis • trabajo interdisciplinario y gestión documental.	1	1. Elaborar, implementar, actualizar anualmente y hacer seguimiento continuo al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) del HUSDMI conforme a la normatividad vigente (Manual PGIRASA), garantizando que el documento incluya: diagnóstico cuantitativo de generación de residuos por servicio (kg/mes por tipo de residuo), mapa actualizado de las rutas internas de recolección con horarios y frecuencias, cronograma de gestión, indicadores de cumplimiento (kg RISPEL/mes, % de segregación correcta en auditorías) y plan de contingencia ante situaciones de emergencia ambiental (derrame de sustancias peligrosas, fallo del gestor externo de RISPEL). 2. Gestionar y actualizar el Plan de Gestión de Residuos Peligrosos (RISPEL) del HUSDMI conforme a la normatividad vigente mantener vigente, el Registro de Generadores de Residuos Peligrosos ante el IDEAM mediante la actualización anual en línea antes del 31 de marzo de cada año, garantizando la correcta clasificación de los residuos peligrosos por código RISPEL y por servicio generador (laboratorio clínico: reactivos vencidos, formaldehído; farmacia: medicamentos vencidos, citostáticos; sala de procedimientos: biopsias no enviadas al INC, material quirúrgico contaminado). 3. Supervisar diariamente la segregación correcta de residuos en la fuente en todos los servicios de la HUSDMI mediante verificaciones de campo (mínimo 2 visitas por turno a los servicios de mayor generación), verificando el uso correcto del código de colores del PGIRASA, documentar los hallazgos de cada supervisión con fotografía y generar acción correctiva documentada ante incumplimientos del personal. 4. Gestionar el contrato con la empresa gestora de RISPEL autorizada por la entidad competente, verificar semestralmente la vigencia de la licencia ambiental del gestor (consulta en plataforma SIA del MADS), exigir la expedición de los manifiestos de transporte en cada recolección con número de serie, tipo y cantidad de residuos, placa del vehículo, datos del conductor y firma del responsable del HUSDMI), verificar la entrega de los certificados de disposición final dentro de los 30 días siguientes a cada recolección, y gestionar el cambio de gestor si los certificados no son entregados en el plazo acordado. 5. Diseñar e implementar el Programa de Capacitación en Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Bioseguridad Ambiental para todo el personal de la HUSDMI, con 2 capacitaciones anuales obligatorias (una en el primer semestre y una en el segundo), diferenciadas por nivel (asistencial, administrativo, servicios generales), con contenidos de clasificación de residuos y código de colores, manejo de corto punzantes, gestión de derrames de sustancias químicas (kit anti-derrames), cadena de custodia de residuos peligrosos y actualización normativa; registrar asistencia y evaluar competencias con prueba escrita o práctica, conservando los registros para presentación en visitas de habilitación de la	Planta	1/07/26	La inclusión de un profesional o apoyo en ingeniería ambiental en las IPS se justifica por las obligaciones, relacionadas con la gestión integral de residuos (PGIRASA), sostenibilidad, adaptación al cambio climático y control de impactos ambientales. Este perfil apoya el cumplimiento de requisitos sobre manejo de residuos, vertimientos, eficiencia energética, prevención de contaminación y gestión de riesgos ambientales y sanitarios, contribuyendo al desarrollo de instituciones de salud seguras, sostenibles y alineadas con la normatividad vigente. Impacto: • Fortalecimiento de la gestión ambiental institucional • Disminución de riesgos sanitarios y ambientales • Cumplimiento normativo en manejo de residuos hospitalarios • Mejora de las condiciones de bioseguridad y sostenibilidad institucional
ADMINISTRATIVO	**INGENIERÍA DE SISTEMAS**	INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL	• Resolución 3100 de 2019 (estándar de sistemas de información — habilitación). • Resolución 948/2026; (RIPS — Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud). • Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013 (protección de datos personales). • Decreto 780 de 2016. • Circular 030 de 2024 MSPS (Plan de Choque contra el Cáncer — interoperabilidad INC). La Resolución 1888 (expedida por el Ministerio de Salud de Colombia) establece la obligatoriedad de implementar el Resumen Digital de Atención en Salud (RDA). Su objetivo es conectar digitalmente las historias clínicas de todos los pacientes en el país	• Ingeniero de sistemas, tecnólogo o técnico en sistemas informático o área afín. Título reconocido. • Experiencia en sistemas de información en salud (HIS/EMR). • Deseable: conocimiento de RIPS, HL7 FHIR básico o manejo de plataformas de historia clínica electrónica. • Deseable: conocimiento en bases de datos relacionales (SQL básico).	• Manejo de RIPS conforme a la Resolución 948/2026; • Gestión de sistemas de historia clínica electrónica • Protección de datos personales (Ley 1581/2012). • Seguridad informática básica en salud.	• Interoperabilidad en salud (HL7 FHIR). • Inteligencia de negocios aplicada a datos de salud (dashboards, reportes). • Gestión de calidad de datos clínicos.	1	1. Administrar, operar y mantener el Sistema de Información Hospitalario (HIS) y el Sistema de Información del Laboratorio Clínico (LIS) de la HUSDMI garantizando disponibilidad ≥99.5% en el horario de operación, gestionando los perfiles de acceso nominales por rol (médico, enfermera, auxiliar, recepcionista, facturador, coordinador), realizando copias de seguridad (backups) diarias automáticas con verificación semanal de la integridad de los respaldos en servidor local y en la nube, y documentando cada intervención en el sistema en el registro de cambios institucional. 2. Garantizar la generación, validación técnica y transmisión correcta y oportuna de los RIPS a todas las EPS contratantes conforme a la Res. 948/2026 (formato XML actualizado con todos los esquemas de validación vigentes), parametrizando en el HIS todos los servicios habilitados de la HUSDMI con sus códigos CUPS, CIE-10, manuales tarifarios por EPS y módulos de RIPS; ejecutar las pruebas de validación técnica de los RIPS (sin errores de estructura ni de consistencia) antes de cada transmisión, conservar los logs de transmisión y los acuses de recibo del sistema de cada EPS como evidencia ante auditorías de la Superintendencia Nacional de Salud. 3. Implementar y mantener el sistema de trazabilidad digital de la ruta oncológica de la HUSDMI, garantizando que el módulo de alertas notifique automáticamente al QRO, al médico tratante y al Coordinador Médico ante los siguientes eventos: paciente con tamizaje positivo (ADN VPH, BI-RADS ≥4, PI/SOH ≥, PSA elevado) sin cita de confirmación asignada en ≤24 horas, resultado de biopsia del INC recibido sin respuesta del QRO en ≤2 horas, paciente con cáncer confirmado sin autorización de tratamiento gestionada ante la EPS en ≤5 días hábiles post-diagnóstico; parametrizar los tiempos de alerta conforme a los estándares de la Ley 2360/2024 y la Circular 010/2024 del MSPS. 4. Ejecutar e implementar el Plan de Interconectividad de Sistemas de Información ante la HUSDMI-HUSDMI y el INC conforme al Contrato Interadministrativo HUSDMI-INC, garantizando que el personal del INC que presta servicios en la HUSDMI tenga acceso controlado a la historia clínica electrónica del HUSDMI con usuario nominal, clave personal intransferible y perfil de acceso diferenciado por tipo de servicio (solo lectura para telemedicina, lectura y escritura para servicios presenciales); registrar en el log de auditoría del sistema todos los accesos del personal del INC con fecha, hora, usuario y tipo de acceso. 5. Implementar el Resumen Digital de Atención en Salud (RDA) en el HIS de la HUSDMI conforme a la Res. 1888 del MSPS, garantizando que todos los episodios de atención generen el RDA con los campos obligatorios completamente diligenciados (identificación del paciente con [illegible]	Contrato de prestación de servicios / Planta	2026-07-01	La HUSDMI opera con historia clínica electrónica y debe garantizar la interoperabilidad con el INC (plan de interconectividad del Contrato HUSDMI-INC). Sin el ingeniero/tecnólogo, no hay un responsable de la administración del HIS/LIS; la generación correcta de RIPS en formato XML conforme a la Resolución 948/2026; el sistema de alertas de resultados de patología pendientes; y la gestión de la interconectividad HUSDMI-INC. Los fallos del sistema de información paralizan la operación de la HUSDMI.

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia: Infraestructura. - Protección de Servicios

Objetivo: Terminar de definir detalles de mobiliario y Punto de control Primer Piso Sótano Bloque Urgencias

Fecha: 15 Mayo 2026. Hora Inicio: 9:00 AM. Hora finalización: Lugar: HSJDM Roca

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Giovanny Reyes Castro	Sub Director Infraest.	HUSJDMI	3132633491	greyes@husjdmi.gov.co.	
2	Dina Luz Falla C	Sub Servicios Ambul	HUSJDMI	3142308832	ldfalla@husjdmi.gov.co	
3	Ruber Dario Martinez	Contratista - Ejecutor	HUSJDMI	3009104073	rmartinez@husjdmi.gov.co	
4	Francisco Ramos P.	Contratista Infraestructura	HUSJDMI	3108912123	fbarrios@husjdmi.gov.co	
5	Maria Eugenia Bonilla F	Contratista apoyo DPSS	HUSJDMI	3103279734	mbonilla@husjdmi.gov.co	
6	Judy Viviana Pinzon	Director Fyp	Husjdmi	3004113936	jpinzon@husjdmi.gov.co	
7	María Isabel Garzón	Contratista S.G.	Husjdmi	3208	mgarzon@husjdmi.gov.co	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Fecha de Version: 25 de julio de 2016

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

No.	CONCLUSIONES Y/O COMPROMISOS DE LA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA DEL CUMPLIMIENTO	SEGUIMIENTO SI	SEGUIMIENTO NO	OBSERVACIONES
1	Se realiza una reunión General del área de sótano para la habilitación del consultorio			☐	☐	
2	Revisión de mobiliario y conexiones de luz y datos			☐	☐	
3	Se revisión todos los ambientes de trabajo así:			☐	☐	
	* Recepción 3 puestos trabajo - 1 Impresora.			☐	☐	
	* Atención Usuario 1 puesto de trabajo.			☐	☐	
	* Sala de Espera 4 tandem 8 puestos y 4 de 3 sillas de Espera			☐	☐	
	* Facturación. - Mueble 2 puestos Trabajo. - 1 Escritorio - 3 Sillas - 1 Impresora grande - 2 TV			☐	☐	
	* Sala espera también el acceso de Baño grande con dos duchas 1 de Baño y la otra de Ducha.			☐	☐	
	* Consultorio CEX-05 - 1 Escritorio y 1 Silla giratoria 2 Fijas 1 Camilla.			☐	☐	

* Consultorio Biopsia de Piel - 1 Escritorio con Cajonera 2 Sillas Fijas 1 Silla Secretarial 1 Camilla

* Consultorio Especialista Dermatología - 1 Escritorio con Cajonera 2 Sillas Fijas 1 Silla Secretarial 1 Camilla.

* Consultorio de Ecografía de Mama - 1 Escritorio con cajonera - 1 Silla Secretarial - 1 Camilla

* Consultorio Ginecología Colposcopia y Biopsia - 1 Escritorio con cajonera - 1 Silla Secretarial - 2 Sillas Fijas - 1 Camilla

* Consultorio Tamización Cancer Cuello Uterino - 1 Escritorio Cajonera 1 Silla Secretarial 2 Sillas Fijas 1 Camilla

* Consultorio Especialista Gastroenterología - 1 Escritorio, con Cajonera 1 Silla Secretaria 2 Sillas Fijas 1 Camilla

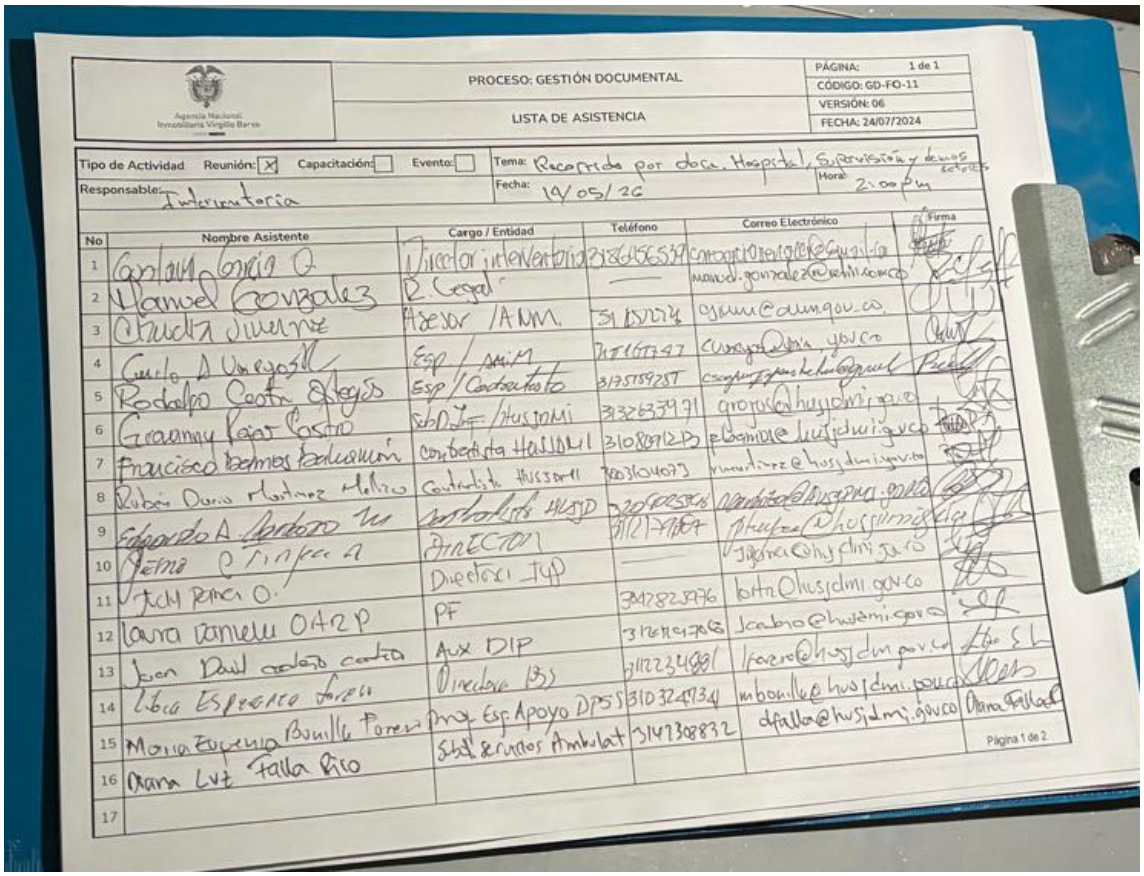
* Recuperación de Endoscopia - 1 Escritorio Con Cajonera - 1 Silla giratoria

* Endoscopia - Nevera con Dispensador

* Consultorio Urología - 1 Escritorio con Cajonera 1 Silla giratoria 2 Sillas Fijas 1 Camilla.

* Consultorio Tamización Cuello Uterino

Fecha de Version: 25 de julio de 2016



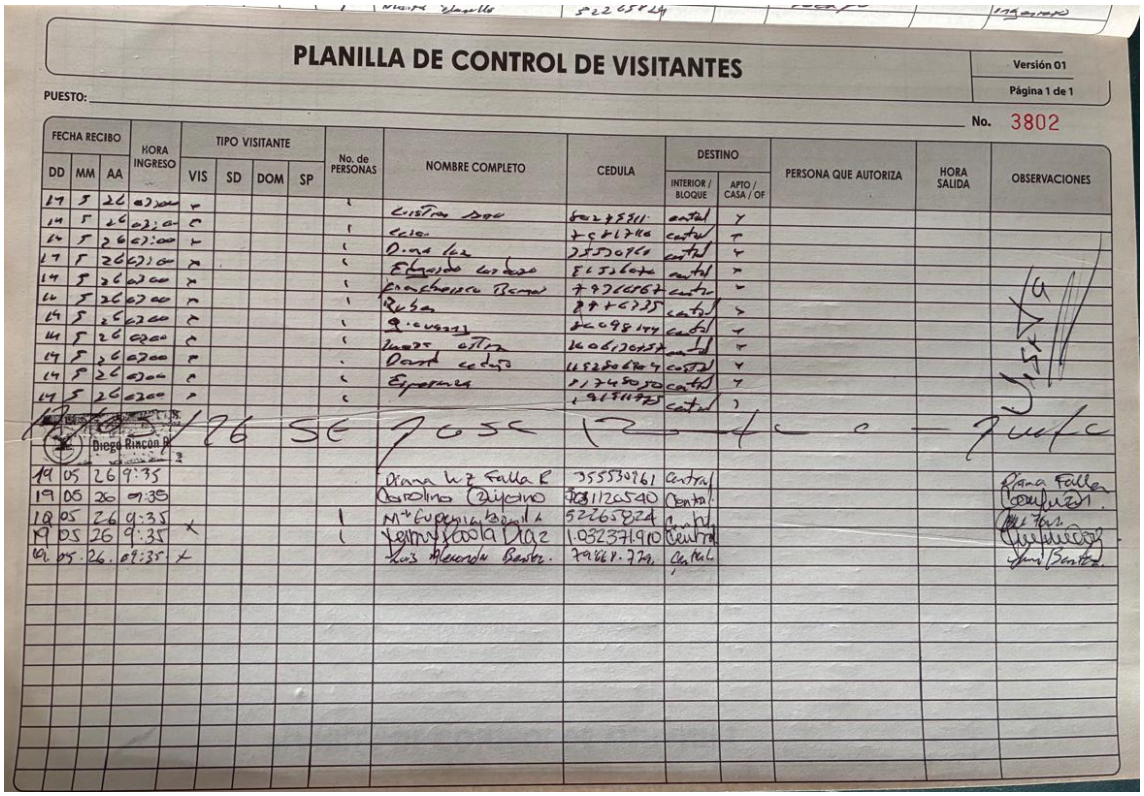
Agencia Nacional Inmobiliaria Virgilio Barco

PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL	PÁGINA: 1 de 1
	CÓDIGO: GD-FO-11
LISTA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 06
	FECHA: 24/07/2024

Tipo de Actividad Reunión: [X] Capacitación: [ ] Evento: [ ] Tema: Recorrido por docs. Hospital, Supervisión y demás sectores

Responsable: Interventoría Fecha: 14/05/26 Hora: 2:00 p.m.

No	Nombre Asistente	Cargo / Entidad	Teléfono	Correo Electrónico	Firma
1	Gustavo Garcia Q.	Director interventoría	3186455537	[illegible]	
2	Manuel Gonzalez	R. Legal	—	manuel.gonzalez@[illegible]	
3	Claudia Jiménez	Asesor / ANM	3116572174	cjimenez@anm.gov.co	
4	Camilo A Vanegas M.	Esp / SMM	3181607447	cvanegas@[illegible]	
5	Rodolfo Costa Obregón	Esp / Contratista	3135159287	[illegible]	
6	Grammy Lopez Castro	Sub Dir / Hus Jdmi	3132637971	gropez@husjdmi.gov.co	
7	Francisco Ramos Salamanca	Contratista Hus Jdmi	3108891203	framos@husjdmi.gov.co	
8	Rubén Dario Martinez Molina	Contratista Hus Jdmi	3005340973	rmartinez@husjdmi.gov.co	
9	Edgardo A Cardozo M	Contratista HUSJD	3202955615	[illegible]	
10	Yeima C Pinzon A	DIRECTORA	3112[illegible]	[illegible]	
11	Yuli Perez O.	Director IyP	—	yperez@husjdmi.gov.co	
12	Laura Daniela Ortiz P	PF	3147825776	lortiz@husjdmi.gov.co	
13	Juan David Cadena Cortes	Aux DIP	3126945765	jcadena@husjdmi.gov.co	
14	Libia Esperanza Forero	Director IBS	3112234991	lforero@husjdmi.gov.co	
15	Maria Eugenia Bonilla Perez	Prof. Esp. Apoyo DPSS	3103249134	mbonilla@husjdmi.gov.co	
16	Diana Luz Falla Rico	Staff & Cirujano Ambulat	3147308832	dfalla@husjdmi.gov.co	
17					

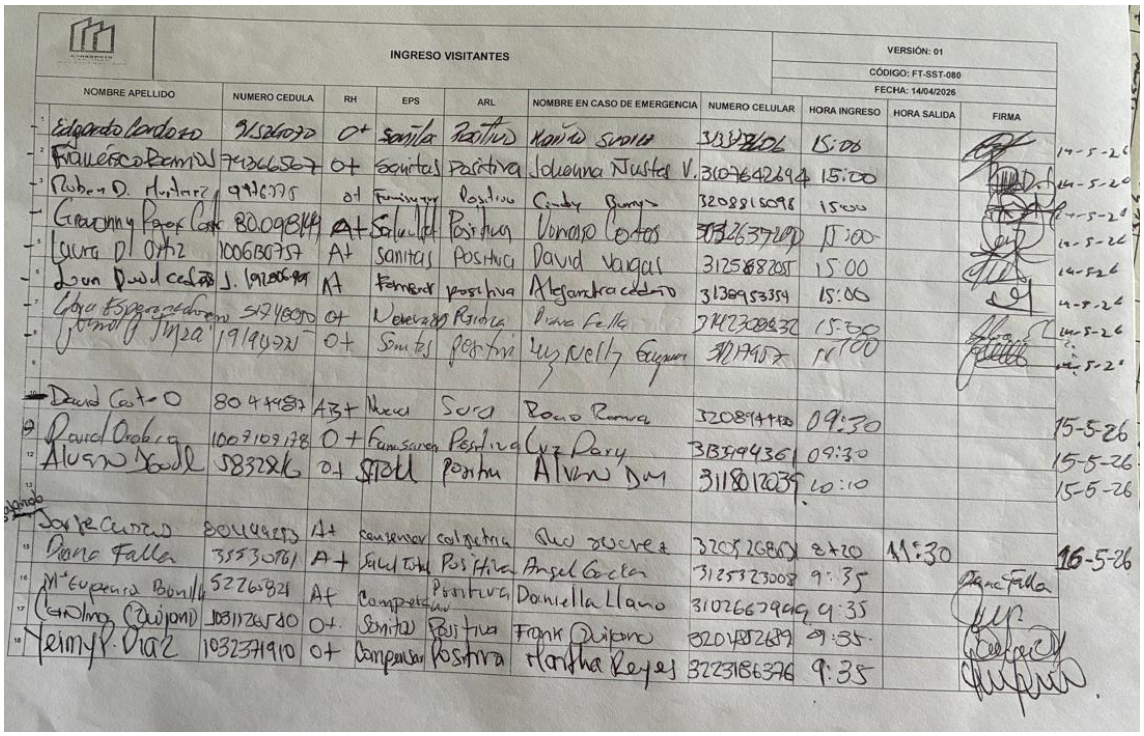


PLANILLA DE CONTROL DE VISITANTES

Versión 01
Página 1 de 1

PUESTO: _____ No. 3802

FECHA RECIBO DD	MM	AA	HORA INGRESO	TIPO VISITANTE VIS	SD	DOM	SP	No. de PERSONAS	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	DESTINO INTERIOR / BLOQUE	APTO / CASA / OF	PERSONA QUE AUTORIZA	HORA SALIDA	OBSERVACIONES
19	05	26	9:35						Diana Luz Falla R	1355530961	Central				Diana Falla
19	05	26	9:35						Carolina Quijano	1031126540	Central				
19	05	26	9:35					1	Mª Eugenia Bonilla	52265824	Central				
19	05	26	9:35	X				1	Yeimy Paola Diaz	1032371910	Central				
19	05	26	09:35	X				1	Luis Alejandro Benitez	79168.774	Central				



INGRESO VISITANTES

VERSIÓN: 01
CÓDIGO: FT-SST-080
FECHA: 14/04/2026

	NOMBRE APELLIDO	NUMERO CEDULA	RH	EPS	ARL	NOMBRE EN CASO DE EMERGENCIA	NUMERO CELULAR	HORA INGRESO	HORA SALIDA	FIRMA	
1	Edgardo Londoño	3152607?	O+	Sanitas	Positiva	Karina Sotelo	3[illegible]06	15:00			14-5-26
2	Francisco Ramos	79366567	O+	Sanitas	Positiva	Johanna Nustes V.	3107642694	15:00			14-5-26
3	Ruben D. Montaña	9976775	O+	Famisanar	Positiva	Carlos Bunes	3208815098	15:00			14-5-26
4	Giovanny Parra Cano	80098[illegible]	A+	Salud Total	Positiva	Vanessa Cortes	3132637209	15:00			14-5-26
5	Laura D. Ortiz	1006807?7	A+	Sanitas	Positiva	David Vargas	3125882055	15:00			14-5-26
6	Juan David cadena J.	1[illegible]	A+	Famisanar	positiva	Alejandra cadena	3138953354	15:00			14-5-26
7	Edgar Esparza Cabrera	5274[illegible]	O+	Nueva EPS	Positiva	Diana Falla	3142208830	15:00			14-5-26
8	Jonny Ariza	1914[illegible]	O+	Sanitas	positiva	Luz Nelly Esquivel	3017957	15:00			14-5-26
9											
10	David Castro	804[illegible]	A+	Nueva	Sura	Rocio Ramos	3208[illegible]	09:30			15-5-26
11	David Orobio	1007109178	O+	Famisanar	Positiva	Luz Dary	3134[illegible]	09:30			15-5-26
12	Alvaro Abadía	583286	O+	Sanitas	positiva	Alvaro Dom	3118012035	10:10			15-5-26
13											
14	Jorge Cantero	8044[illegible]	A+	Famisanar	Colpatria	Ana Lucero	3205268[illegible]	8:20	11:30		16-5-26
15	Diana Falla	35553[illegible]	A+	Salud Total	Positiva	Angel Cortes	3125723008	9:35		Diana Falla	
16	Mª Eugenia Bonilla	52265824	A+	Compensar	Positiva	Daniella Llano	3107667904	9:35			
17	Carolina Quijano	1031126540	O+	Sanitas	Positiva	Frank Quijano	3201482689	9:35			
18	Yeimy P. Diaz	1032371910	O+	Compensar	Positiva	Martha Reyes	3223186376	9:35			

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia:

Objetivo: Reunión servicio pivot - movilización ola de urgencias. Fase 0.

Fecha: 25 de mayo 26. Hora inicio: Hora finalización: Lugar: Sede Palma real

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Gracianny Perez Castro	Subdirectora Enfermería	HUSJDMI	3133633041	gperezc@husjdmi.gov.co	
2	Francisco Bermúdez B.	Contratista Infraestructura	HUSJDMI	3108071213	fbarrios@husjdmi.gov.co	
3	Mª Eugenia Bonilla T.	PE Apoyo DPSS	DPSS - HUSJDMI	3103247341	mbonilla@husjdmi.gov.co	
4	Diana Luz Falla Rico	Subdirec. Servicios Ambul.	DPSS-HUSSDMI	3147308852	dfalla@husjdmi.gov.co	
5	Ruben Dario Martinez	Contratista Ingeniero	HUSSDMI	3005104073	rmartinez@hussdmi.gov.co	
6	[illegible]	SDRF	HUSSDMI	3162258208	direccion@hussdmi.gov.co	
7	Carolina Quintana Ramirez	Contratista	HUSJDMI	3102321411	lquintana@husjdmi.gov.co	
8	María Isabel Galvis León	Contratista	HUSJDMI	3208188862	mgalvis@husjdmi.gov.co	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Fecha de Versión: 25 de julio de 2016

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia:

Objetivo: Reunión servicio pivot - movilización ola de urgencias. Fase 0.

Fecha: 25 de mayo 26. Hora inicio: Hora finalización: Lugar: Sede Palma real

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Gracianny Perez Castro	Subdirectora Enfermería	HUSJDMI	3133633041	gperezc@husjdmi.gov.co	
2	Francisco Bermúdez B.	Contratista Infraestructura	HUSJDMI	3108071213	fbarrios@husjdmi.gov.co	
3	Mª Eugenia Bonilla T.	PE Apoyo DPSS	DPSS - HUSJDMI	3103247341	mbonilla@husjdmi.gov.co	
4	Diana Luz Falla Rico	Subdirec. Servicios Ambul.	DPSS-HUSSDMI	3147308852	dfalla@husjdmi.gov.co	
5	Ruben Dario Martinez	Contratista Ingeniero	HUSSDMI	3005104073	rmartinez@hussdmi.gov.co	
6	[illegible]	SDRF	HUSSDMI	3162258208	direccion@hussdmi.gov.co	
7	Carolina Quintana Ramirez	Contratista	HUSJDMI	3102321411	lquintana@husjdmi.gov.co	
8	María Isabel Galvis León	Contratista	HUSJDMI	3208188862	mgalvis@husjdmi.gov.co	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Fecha de Versión: 25 de julio de 2016

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia:

Objetivo: Reunión servicio post - movilización ala de urgencias. Fase 0.

Fecha: 25 de mayo 26. Hora inicio: Hora finalización: Lugar: Sede Palma real

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Gracyany Lopez Castro	Subdirectora Infermera	HUSJDMI	3132633041	glopezca@husjdmi.gov.co	
2	Francisco Barrios B.	Contratista Infraestructura	HUSJDMI	3104097213	fbarrios@husjdmi.gov.co	
3	Mª Eugenia Bonilla T.	PE Apoyo DPSS	DPSS - HUSJDMI	3103249734	mbonilla@husjdmi.gov.co	
4	Diana Cruz Falla Rico	Subdirec. Servicios Ambul.	OPSS-HUSSDMI	3147308852	dfalla@husjdmi.gov.co	
5	Ruben Dario Martinez	Contratista Ingeniero	HUSSDMI	3005104073	rmartinezp@hysjdmi.gov.co	
6	[illegible]	SDRF	HUSDMI	3162950008	direccionhusjdmi@gov.co	
7	Carolina Quintero Ramirez	Contratista	HUSJDMI	3102324344	lequintero@husjdmi.gov.co	
8	María Isabel Galeán León	Contratista	HUSJDMI	3208198962	mgaleano@husjdmi.gov.co	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia: Dirección General Hospital U. San Juan de Dios y Materno Infantil

Objetivo:

Fecha: 20 mayo 2026 Hora inicio: 9:00am Hora finalización: Lugar: Piso 9

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Diana Luz Falla R	Subd. Servicios Ambulat.	HUSJDMI	3142308832	dfalla@husjdmi.gov.co	Diana Falla R
2	Rocio Tinoco	Sub Servic. Hospital	HUSJDMI	3133911901	mtinoco@husjdmi.gov.co	Rocio Tinoco
3	Mibel A. Martinez R	Aplor. Gerencia Gral.	La Ubatoca.	304-3969861	MPulmolivera@saludcasanare.gov.co	
4	Pedro L. Tinjacá R	Director	HOSSDMI	3112179507	ptinjaca@husjdmi.gov.co	
5	Libia E. Fabara	Directora PSS	HUSJDMI	3112234981	lfabara@husjdmi.gov.co	
6	María Eugenia Bonilla	PE DPSS	HUSJDMI	3103247341	mbonilla@husjdmi.gov.co	
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia: Dirección General Hospital U. San Juan de Dios y Materno Infantil

Objetivo:

Fecha: 20 mayo 2026 Hora inicio: 9:00am Hora finalización: Lugar: Piso 9

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Diana Luz Falla R	Subd. Servicios Ambulat.	HUSJDMI	3142308832	dfalla@husjdmi.gov.co	Diana Falla R
2	Rocio Tinoco	Sub Servic. Hospital	HUSJDMI	3133911901	mtinoco@husjdmi.gov.co	Rocio Tinoco
3	Mibel A. Martinez R	Aplor. Gerencia Gral.	La Ubatoca.	304-3969861	MPulmolivera@saludcasanare.gov.co	
4	Pedro L. Tinjacá R	Director	HOSSDMI	3112179507	ptinjaca@husjdmi.gov.co	
5	Libia E. Fabara	Directora PSS	HUSJDMI	3112234981	lfabara@husjdmi.gov.co	
6	María Eugenia Bonilla	PE DPSS	HUSJDMI	3103247341	mbonilla@husjdmi.gov.co	
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Salud

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Dependencia:	Dirección General Hospital U. San Juan de Dios y Materno Infantil						
Objetivo:							
Fecha:	20 mayo 2026	**Hora inicio:**	9:00am	**Hora finalización:**		**Lugar:**	piso 9

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Diana Luz Falla R	Subd. Servicios Ambulat	HUSJDMI	3142308832	dfalla@husjdmi.gov.co	Diana Falla R
2	Roan Tinoco	Sub Servic. Hospital	HUSJdmi	3183911901	rtinoco@husjdmi.gov.co	Roan Tinoco
3	Hubert A. Martinez R.	Asesor. Gerencia Gral.	La Ribera	304-3169861	hpalmaluna@laredgarco	
4	Pedro L. Tinjacá R.	Director	HOSSDMI	3112179507	ptinjaca@husjdmi.gov.co	
5	Libia E. Fonseca	Directora PSS	HUSJDMI	3112234981	lfonseca@husjdmi.gov.co	
6	María Eugenia Bonilla	PE DPSS	HUSJDMI	3103247341	mbonilla@husjdmi.gov.co	
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						