EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ACTA DE REUNIÓN No 03 – MIPG

1. ASPECTOS GENERALES

Tipo de Reunión:	Reunión Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Res 313 de agosto 24 de 2026.		
Fecha de Realización:	16 de septiembre de 2.026	Hora:	10.00 am
Organismo, Dependencia o Proceso:	Proceso de Control Interno y Calidad.		

Tipo de Reunión:	Sesión Ordinaria del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (MIPG).
Fecha y Hora:	Miércoles, 16 de septiembre de 2026 — 10:00 a.m. a 11:57 a.m.
Organismo / Dependencia:	Oficina de Control Interno y Calidad — E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia.

2. PARTICIPANTES

NOMBRE	CARGO
Dr. Mario Alejando Cadavid Cadavid	GERENTE
Dr. Juan Carlos Álvarez Arango	Subgerente Administrativo (Secretario)
Claudia Ortiz Ospina	Auxiliar Administrativa SIAU
Katerin Julieth Santiago Polo	Técnico área de la Salud – Radiología.
Dra. María Camila Grisales Ocampo	Profesional - Odontóloga
Mónica María Aguirre García	Auxiliar Administrativa – Archivo Central y Clínico

3. AUSENTES

NOMBRE	CARGO
No se registraron ausencias. Se contó con la presencia del 100% de los miembros reglamentarios.	

4. INVITADOS

NOMBRE	CARGO
Eliana Jaramillo Martínez	Contratista – Asesora Externa Calidad
Sergio Andrés Parra Vélez	Contratista – apoyo Sistemas
Lubin Octavio Gallo Arango	Asesor de Control Interno
Blanca Libia Lopera Cano	Enfermera Jefe

5. ORDEN DEL DÍA:

Verificación del quórum legal y apertura formal de la sesión.

1. Verificación del quórum legal y apertura formal de la sesión.

2. Lectura, revisión y aprobación del orden del día.
3. Apertura e intervención inicial a cargo del Dr. Lubin Octavio Gallo Arango (Asesor de Control Interno) e intervenciones de la Alta Gerencia y líderes de área.
4. Seguimiento al cumplimiento de compromisos pactados en el acta anterior (Acta No. 002).
5. Socialización de actas de comités institucionales y grupos primarios.
6. Socialización detallada de Auditorías Internas ejecutadas a la fecha (Vigencia Fiscal 2026): Justificación, marco normativo, cobertura, metodología, resultados y reconocimientos de liderazgo.
7. Socialización del avance del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC).
8. Socialización sobre la importancia de la periodicidad en las reuniones por áreas (Grupos Primarios).
9. Formulación de Recomendaciones y Sugerencias de Mejora Continua.
10. Seguimiento y fortalecimiento al proceso de Calidad - PAMEC.
11. Atención Humanizada.
12. Conclusión General del Comité, compromisos, proposiciones y cierre de la sesión.

Se verificó la asistencia de los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia, evidenciándose quórum suficiente para deliberar y tomar decisiones.

6. DESARROLLO DE LA REUNIÓN Y DEBATE INSTITUCIONAL

6.1. Verificación del Quórum y Apertura

Se verificó la asistencia del 100% de los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, confirmando la existencia de quórum reglamentario para deliberar y tomar decisiones.

6.2. Lectura y Aprobación del Orden del Día

Se dio lectura a los 12 puntos programados para la sesión, los cuales fueron aprobados por unanimidad por los asistentes.

6.3. Intervención Inicial de la Oficina de Control Interno, Alta Gerencia y Líderes

- **Dr. Lubin Octavio Gallo Arango (Asesor de Control Interno):** Inició la sesión resaltando que el Comité MIPG constituye la instancia estratégica fundamental de la E.S.E., donde el control interno opera como un aliado preventivo que busca blindar la gestión pública, la eficiencia institucional y la calidad en el servicio.
- **Dr. Mario Alejandro Cadavid Cadavid (Gerente):** Reiteró el compromiso de la Gerencia con la evaluación permanente y felicitó públicamente a los líderes de área por su alto nivel de liderazgo, sentido de pertenencia y rigor en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Dr. Juan Carlos Álvarez Arango (Subgerente Administrativo):** Respaldó el mensaje del Señor Gerente, destacando que la articulación entre la gestión administrativa, la asistencial y la Oficina de Control Interno fortalece una cultura de transparencia y efectividad.
- **Líderes de Área:** Agradecieron el acompañamiento técnico preventivo de Control Interno y reafirmaron su compromiso de seguir alineados con el manual específico de funciones y los requisitos normativos vigentes.

6.4. Seguimiento a Compromisos del Acta Anterior (Acta 002 - 31/07/2026)

Se verificó el estado de avance de los compromisos adquiridos en la sesión previa:

1. *Rendición FURAG e ITA (Procuraduría):* Se verificó la consolidación del reporte FURAG (con certificación DAFP) y el incremento del puntaje del Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA - Procuraduría), pasando de 56/100 a 90/100.
2. *Rendición CGA:* Cumplido de forma oportuna respecto a la Cuenta Anual ante la Contraloría General de Antioquia.
3. *Alineación de Canales Digitales y Trámites:* La reestructuración de la página web institucional presenta avances significativos con la colaboración del área de Comunicaciones y Sistemas.

6.5. Socialización de Actas de Comités y Grupos Primarios vigencia 2026

El Asesor de Control Interno enfatizó que la radicación física y digital oportuna de las actas de comités es el soporte probatorio exigido ante el Sistema Integral de Información de la Salud y los entes externos de vigilancia y control. Se instó a todas las áreas a mantener al día sus archivos documentales.

6.6. Socialización Detallada de Auditorías Internas Ejecutadas (Vigencia 2026)

El Dr. Lubin Octavio Gallo Arango presentó el balance consolidado del ciclo auditor:

- **Marco Normativo:** Art. 269 de la C.P., Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015 y Ley 1474 de 2011.
- **Ejecución y Cobertura:** De 45 auditorías programadas en el Plan Anual 2026, a la fecha se han ejecutado y cerrado satisfactoriamente **28 auditorías internas** (62.2% de avance físico acumulado). Abarcan: *Presupuesto, Contratación, Talento Humano, Inventarios, Archivo, Farmacia, Almacén, Parque Automotor, MIPG, EDL, Asesoría Jurídica, Contratación.*
- **Resultados:** Dictamen **SATISFACTORIO**.
- **Socialización:** Cada auditoría fue expuesta en mesas interdisciplinarias con los líderes y la alta gerencia.

6.7. Avance del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC)

En virtud de la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1567 de 1998, se evaluó la ejecución de las capacitaciones orientadas al fortalecimiento del ser y del hacer de los funcionarios públicos, destacando la necesidad de dirigir las temáticas hacia las fortalezas y áreas preventivas detectadas en las auditorías.

6.8. Importancia de la Periodicidad de los Grupos Primarios

Se reiteró la exigencia de sostener reuniones mensuales obligatorias en cada dependencia (Grupos Primarios). Constituyen la principal herramienta para el autocontrol, la comunicación en doble vía y la resolución inmediata de cuellos de botella.

6.9. Formulación de Recomendaciones y Sugerencias de Mejora Continua

1. *Matriz de Autocontrol:* Espacios periódicos de seguimiento a las observaciones preventivas de auditoría.
2. *Estandarización de Evidencias:* Formalización técnica de actas y listas de asistencia en cada reunión.
3. *Transformación Digital:* Impulsar la política de cero papel mediante la automatización de la agenda asistencial y la gestión documental.

6.10. Seguimiento y Fortalecimiento a Calidad (PAMEC)

Con la intervención de la Asesora Externa de Calidad (Eliana Jaramillo Martínez), se revisó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC):

- Se verificaron las metas de calidad asistencial asociadas a la Resolución 256 de 2016 y los estándares de habilitación (Resolución 3100 de 2019).
- Se acordó afianzar el seguimiento a los indicadores de oportunidad en la atención, la adherencia a las guías de práctica clínica y la gestión proactiva de eventos adversos (seguridad del paciente).

6.11. Atención Humanizada

Con el apoyo del área de SIAU (Claudia Ospina Ortiz), se evaluaron las estrategias de trato digno y humanización en la salud:

- Se revisó el consolidado de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), resaltando la necesidad de acortar los tiempos de respuesta al usuario.
- Se ratificó el compromiso de realizar talleres de empatía y comunicación asertiva dentro del cronograma del PIC para todo el personal asistencial y administrativo.

7. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA CONTINUA

Con el propósito de afianzar la excelencia institucional y fortalecer los procesos auditados, el Comité formula las siguientes sugerencias:

- **Matriz de Autocontrol y Seguimiento Auditor:** Hacer reuniones periódicas con cada líder de dependencia para fortalecer los procesos internos
- **Oportunidad Documental en Grupos Primarios:** Elaborar actas y contar con los soportes de las reuniones por área, donde queden plasmadas los compromisos.
- **Transformación Digital y Cero Papel:** Avanzar junto con el Área de Sistemas en la adopción de herramientas digitales para el archivo, gestión de agencias e historias clínicas, optimizando recursos institucionales.

- **Articulación del PIC con Hallazgos Preventivos:** Focalizar las próximas jornadas del Plan Institucional de Capacitaciones en las fortalezas y oportunidades identificadas en el ciclo auditor.

- **Fomento de la Cultura de Control y Gestión del Riesgo:** Impulsar en todos los colaboradores el empoderamiento respecto a sus manuales de funciones y la identificación proactiva de riesgos de gestión

8. MATRIZ INSTITUCIONAL DE COMPROMISOS

No.	Compromiso Establecido	Responsable	Fecha Logro	Resultado Esperado
01	Implementar la matriz de autocontrol y seguimiento a las auditorías ejecutadas.	Líderes de Proceso	Vigencia 2026	Cuadro de autocontrol incorporado y actualizado por área.
02	Fortalecer el diligenciamiento de guías PAMEC y el reporte mensual de indicadores de calidad.	Asesora de Calidad / Líderes Asistenciales	Vigencia 2026	Informes PAMEC ajustados a la norma vigente.
03	Ejecutar talleres de Humanización del Servicio dirigidos al personal de frente al usuario (SIAU / Admisiones).	SIAU / Talento Humano	Vigencia 2026	Mejora comprobada en la percepción de satisfacción del usuario.
04	Estandarizar la entrega física/digital de las actas de Grupos Primarios del segundo y tercer trimestre.	Todos los Líderes de Área	Vigencia 2026	Trazabilidad documental al 100% en el archivo central.

9. CONCLUSIÓN GENERAL Y PROPOSICIONES

- **Conclusión General:** El Comité Institucional de Gestión y Desempeño ratifica que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia mantiene un nivel de desempeño sobresaliente. La ejecución del plan auditor, la alineación estratégica en calidad (PAMEC) y el enfoque en la Atención Humanizada consolidan un modelo de gestión pública transparente, eficiente y centrado en la seguridad del paciente y el bienestar de la comunidad.

- **Proposición Aprobada:** Se aprueba por unanimidad la proposición para el **"Fortalecimiento Integral a la Calidad Asistencial, Humanización y Control Interno Preventivo"**, ordenando dar cumplimiento estricto a los compromisos pactados e integrando el componente de trato digno transversalmente en todas las áreas de la entidad.

10. PROPOSICIÓN APROBADA:

Se aprueba por unanimidad la proposición referente al *"Fortalecimiento a la Gestión Institucional y Calidad en el Servicio"*, mediante la cual se ratifica el respaldo de la Alta Dirección al plan auditor, se asumen las sugerencias de mejora continua, se impulsa la optimización asistencial mediante

herramientas tecnológicas y se avala la unificación normativa del Comité de Archivo Central al Comité MIPG.

11. FIRMAS DE CONFORMIDAD Y APROBACIÓN

En constancia de lo expuesto y socializado en la presente acta de Comité de Gestión y Desempeño, se firma por los miembros y actores participantes el día Miércoles 16 de septiembre de 2026, siendo las 11:57 A.M.

Dr. MARIO ALEJANDRO CADAVID CADAVID
Gerente E.S.E. Hospital San Juan de Dios

Dr. LUBIN OCTAVIO GALLO ARANGO
Asesor de Control Interno (Líder / Secretario)

Dr. JUAN CARLOS ÁLVAREZ ARANGO
Subgerente Administrativo

SERGIO ANDRÉS PARRA VÉLEZ
Contratista – apoyo Sistemas

KATERIN JULIETH SANTIAGO POLO
Técnico área de la Salud – Radiología.

BLANCA LIBIA LOPERA CANO
Enfermera Jefe

Dra. MARÍA CAMILA GRISALES OCAMPO
Profesional Odontóloga

MÓNICA MARÍA AGUIRRE GARCÍA
Auxiliar Administrativa – Archivo Central y Clínico.

Dra ELIANA JARAMILLO MARTINEZ
Contratista – Asesora Externa Calidad

CLAUDIA ORTIZ OSPINA
Auxiliar Administrativa - SIAU

"Mas y Mejores Servicios"
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3