EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

ACTA DE REUNIÓN No 02

1. ASPECTOS GENERALES

Tipo de Reunión:	Comité de Control Interno Ordinaria		
Fecha de Realización:	Miércoles, 29 de abril de 2026	**Hora:**	10:00 am
Organismo, Dependencia o Proceso:	Proceso de Control de Gestión – Control Interno.		

2. PARTICIPANTES

NOMBRE	CARGO
Dr. Mario Alejandro Cadavid Cadavid	Gerente Empresa Social del Estado
Dr. Juan Carlos Álvarez Arango	Subgerente Administrativo
Dr. Lubin Octavio Gallo Arango	Asesor de Control Interno

3. INVITADOS

NOMBRE	CARGO
Dr. Javier Alonso Rojas Rodríguez	Contratista – Asesor Externo - Calidad

4. ORDEN DEL DÍA:

1. Lectura del Orden del día.
2. Verificación del Quorum.
3. Aprobación del Orden del día.
4. Seguimiento al cumplimiento del Plan General de Auditorías por Áreas y Control Interno.
5. Garantía del Debido Proceso y Legalidad en la Gestión Institucional (Contractual y Administrativa).
6. Evaluación del Ciclo PHVA y Planes de Mejoramiento Continuo por Dependencias.
7. Revisión de Avances en Reportes Institucionales y Plataformas Únicas (MIPG / FURAG / ITA).
8. Verificación de la Gestión Documental, Custodia de Historias Clínicas y Archivo Central.
9. Evaluación de la Oportunidad, Trato Dignidad y Debido Proceso en el Módulo de Atención al Usuario (PQRSDF / SIAU).
10. Verificación del Cumplimiento de Jornadas Laborales y Disciplina Institucional.
11. Avance del Plan de Capacitación Continuo para Personal Médico, Asistencial y Administrativo.

Powered by CamScanner

12. Seguimiento y Evaluación Intermedia del Plan Operativo Anual (POA) y Plan de Desarrollo Institucional.
13. Proposiciones y varios.

5. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

A las 10:00 a.m. del miércoles 29 de abril de 2026, se da inicio a la sesión ordinaria del Comité de Control Interno. Se detalla el desarrollo de cada punto:

1. **Lectura del Orden del día:** El Asesor de Control Interno da lectura a los puntos temáticos establecidos para la sesión.
2. **Verificación del Quorum:** Se confirma la asistencia de la totalidad de los miembros permanentes del comité y del asesor externo de calidad, contando con quorum decisorio.
3. **Aprobación del Orden del día:** El Comité aprueba por unanimidad el orden del día presentado.
4. **Seguimiento al cumplimiento del Plan General de Auditorías por Áreas y Control Interno:** Se presentan las acciones de evaluación independiente realizadas por la Oficina de Control Interno en las distintas áreas funcionales de la E.S.E. (presupuesto, Cartera, Farmacia, almacén, entre otras). Se resalta la necesidad de ejecutar auditorías periódicas por procesos para identificar hallazgos de forma temprana, mitigar riesgos operativos e implementar controles oportunos.
5. **Garantía del Debido Proceso y Legalidad en la Gestión Institucional (Contractual y Administrativa):** La Oficina de Control Interno reitera la obligación imperativa de salvaguardar el debido proceso legal en todas las actuaciones contractuales, administrativas y disciplinarias de la institución. En materia contractual, se evalúa que las contrataciones en SECOP II cuenten rigurosamente con los estudios previos, la disponibilidad presupuestal y la debida supervisión, garantizando la transparencia, la contradicción y la legalidad.
6. **Evaluación del Ciclo PHVA:** Se evalúa la información suministrada por áreas, Se insta a los líderes de cada área a no ver las auditorías como un proceso sancionatorio, sino como un engranaje clave dentro del ciclo Planear-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) para corregir desviaciones operativas de manera sistemática.
7. **Revisión de Avances en Reportes Institucionales y Plataformas Únicas (MIPG / FURAG / ITA):** Se monitorea el avance del diligenciamiento del FURAG bajo el modelo MIPG y el Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA). Se enfatiza en consolidar evidencias sólidas que garanticen una rendición de cuentas fidedigna ante los entes de control.
8. **Verificación de la Gestión Documental, Custodia de Historias Clínicas y Archivo Central:** Se analiza la custodia de las historias clínicas y expedientes contables, subrayando que la preservación física y digital de la memoria institucional garantiza el debido proceso a los usuarios e instancias judiciales o de control que lo requieran.
9. **Evaluación de la Oportunidad, Trato Digno y Debido Proceso en el Módulo de Atención al Usuario (PQRSDF / SIAU):** Se revisa el canal de Atención al Usuario y la gestión de PQRSDF. Se exige el estricto cumplimiento de los términos normativos de

Powered by CamScanner

respuesta para respetar el derecho fundamental de petición y el debido proceso de los usuarios, articulando la oportunidad en las respuestas con un servicio humanizado.

10. **Verificación del Cumplimiento de Jornadas Laborales y Disciplina Institucional:** Se realiza seguimiento al cumplimiento estricto de horarios por parte de los servidores públicos y contratistas, recordando que el debido proceso administrativo exige disciplina institucional para asegurar la continuidad y calidad de los servicios de salud.
11. **Avance del Plan de Capacitación Continuo para Personal Médico, Asistencial y Administrativo:** Se evalúa la ejecución del plan de capacitaciones en normativa de salud, bioseguridad, ética y humanización, enfocado en elevar el estándar técnico y la calidad de la atención.
12. **Seguimiento y Evaluación Intermedia del Plan Operativo Anual (POA) y Plan de Desarrollo Institucional:** Se realiza el corte de evaluación del POA correspondiente al inicio del año, verificando la alineación de las metas físicas y presupuestales con los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo de la E.S.E.
13. **Proposiciones y varios:** Se acuerda consolidar los planes de acción resultantes de las auditorías por áreas presentadas y mantener la periodicidad de los seguimientos.

6. RESUMEN DE COMPROMISOS

Nro.	Compromisos	Responsable	Resultado Esperado
1	Presentación e informe de resultados de las auditorías específicas por áreas (Facturación, Farmacia, Tesorería y Admisiones).	Asesor de Control Interno	Informes definitivos de auditoría con matriz de hallazgos.
2	Consolidación y estructuración de Planes de Mejoramiento Continúo derivados de las auditorías por áreas.	Líderes de Área / Asesor de Control Interno	Planes de Mejoramiento formalizados en el ciclo PHVA.
3	Verificación técnica y jurídica de carpetas contractuales y debido proceso en SECOP II.	Subgerente Administrativo / Control Interno	Lista de chequeo de cumplimiento legal y debido proceso contractual.
4	Monitoreo del debido proceso en la respuesta de las PQRSDF dentro de los términos legales institucionales.	Asesor de Control Interno / SIAU	Informe mensual de oportunidad en respuestas y satisfacción del usuario.
5	Cierre y validación de evidencias del reporte FURAG e ITA ante la Función Pública y Procuraduría.	Asesor de Control Interno / Subgerencia	Certificados de rendición de reportes cargados.
6	Diagnóstico sobre la gestión documental, archivo central y custodia de Historias Clínicas.	Subgerente Administrativo	Informe de estado y plan de custodia física/digital.

7. CONCLUSION

Powered by CamScanner

El Comité de Control Interno ACTA No. 02 reafirma el compromiso de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios con la cultura del **mejoramiento continuo** mediante la aplicación rigurosa de las **auditorías por áreas**. Se resalta de manera prioritaria el cumplimiento irrestricto de los **debidos procesos** en el ámbito normativo, administrativo, contractual y de atención al paciente, vinculando la legalidad y el control de gestión con una atención técnica, oportuna y humanizada.

8. CIERRE

Siendo las 11:50 a.m. del día miércoles 29 de abril de 2026, se da por terminada la reunión, previa lectura y aprobación de la presente acta.

Firmas:

Elaborada por: Asesor Control Interno

Revisada y Aprobada por: Gerente

Revisada y Aprobada por:
Subgerente Administrativo

Invitado: Javier Alonso Rojas Rodríguez
Contratista – Asesor Externo - Calidad

"Más 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

Powered by CamScanner