

 CARMEN EMILIA OSPINA Servicio de Salud y Vigilancia	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 1 de 13

DATOS GENERALES

ASUNTO	COMITÉ ORDINARIO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO MIPG	No. ACTA: 03
FECHAS	21 MAYO DE 2026	HORA INICIO 11:00 a.m.
RESPONSABLE	AREA DE PLANEACIÓN	HORA FINAL 12:30m.

OBJETIVOS

TEMA A TRATAR: COMITÉ ORDINARIO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO VIGENCIA 2026

TEMAS

1. Saludo de bienvenida.
2. Verificación del quórum.
3. Socialización de la matriz de seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional – PDI.
4. Socialización de la Política de Riesgos institucional.
5. Socialización de la plantilla de procedimientos para todas las áreas de la ESE CEO.
6. Socialización del Modelo de Calidad de la ESE CEO.
7. Socialización de las actividades de vínculo social y regional, así como de servidor público, programadas para el mes de junio.
8. Propositiones y varios.

COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA			CUMPLE		OBSERVACIONES
		D	M	A	SI	NO	
NA							

DESARROLLO

1. **Saludo de Bienvenida:** En consideración a que la doctora Adriana Marcela Losada Cañas, Gerente de la ESE Carmen Emilia Ospina, no pudo asistir a la presente reunión por compromisos previamente adquiridos, delegó su representación en el doctor César Augusto Vera Rodríguez, Subgerente Administrativo y Financiero, quien dio la bienvenida a los asistentes y presentó un cordial saludo en nombre de la Gerencia, agradeciendo su participación y disposición para el desarrollo de la sesión.

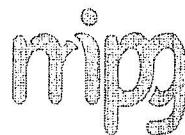
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
 8663 2828


WHATSAPP
 304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

18

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, Innovación y Dignidad	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 2 de 13

2. Verificación del quorum: Del área de planeación Lina María Fierro González da un saludo a todos los asistentes y procede a llamar a lista, de acuerdo como lo establece en la resolución No. 626 del 21 de noviembre del 2023, en el artículo segundo:

Miembros del Comité:

Convocados:

No.	Cargo	Nombre	Asistencia	
			SI	NO
1	El Gerente o su delegado, quien presidirá	Adriana Marcela Losada Cañas		X
2	El subgerente Administrativo y Financiero	Cesar Augusto Vera Rodríguez	X	
3	Subgerente Técnico Científico.	Yanid Paola Montero García	X	
4	Profesional Especializado Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	Cesar Augusto Vera Rodríguez (E)	X	
5	El Almacenista.	Leonardo Castro Roa.		X
6	Profesional Universitario de Talento Humano	Rocío Correa Losada	X	
7	Tesorero General	Mauricio Rojas Esquivel	X	
8	Profesional Universitario Comunicador	Fernando Polo Castillo	X	
9	El Asesor de control interno, quien participara con voz, sin voto.	Consuelo González Galindo	X	

Verificada la asistencia de los miembros del Comité, se constató la existencia del quórum reglamentario para deliberar y decidir, acto seguido, los integrantes solicitaron la modificación del orden del día, el cual fue aprobado y quedó establecido de la siguiente manera:

1. Saludo de bienvenida.
2. Verificación del quórum.
3. Socialización de las actividades de vínculo social y regional, así como de servidor público, programadas para el mes de junio.
4. Socialización de la matriz de seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional – PDI.
5. Socialización y aprobación de la Política de Riesgos institucional.

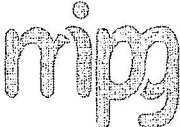
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 3 de 13

6. Socialización de la plantilla de procedimientos para todas las áreas de la ESE CEO.
7. Socialización del Modelo de Calidad de la ESE CEO.
8. Propositiones y varios.

Acto seguido, se somete a aprobación.

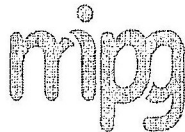
No.	Cargo	Nombre	Voto
1	El Gerente o su delegado, quien presidirá	Dr. Cesar Augusto Vera Rodríguez	Aprobado
2	Subgerente Técnico Científico.	Dra. Yanid Paola Montero García	Aprobado
3	Profesional Universitario de Talento Humano	Dra. Rocío Correa Losada	Aprobado
4	Tesorero General	Dr. Mauricio Rojas Esquivel	Aprobado
5	Profesional Universitario Comunicador	Dr. Fernando Polo Castillo	Aprobado

Sometida a consideración de los integrantes del Comité, la modificación del orden del día fue aprobada por unanimidad.

3. Socialización de las actividades de vínculo social y regional, así como de servidor público, programadas para el mes de junio.

La doctora Rocío Correa Lozada, líder del Área de Talento Humano, realizó la socialización de las actividades contempladas en el Plan de Bienestar e Incentivos Institucional correspondiente al mes de junio de 2026, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 040 del 27 de enero de 2026.

En primer lugar, presentó la Actividad Cultural de Vínculo Social y Regional, dirigida a los servidores públicos de la entidad, para la cual se cuenta con un presupuesto de \$42.000.000 y una población objetivo estimada de 130 funcionarios, informó que la actividad tiene como fecha tentativa de realización el 12 de junio, quedando pendiente la definición del proveedor, e indicó que incluirá alimentación, hidratación, transporte, ambientación musical y demás elementos logísticos necesarios para su desarrollo, asimismo, precisó que previamente se realizará la confirmación de asistencia de los participantes.

 CARMEN EMILIA OSPINA salud, bienestar y dignidad	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 4 de 13

Posteriormente, socializó la actividad del día del servidor público, la cual fue unificada con la conmemoración del día de las profesiones, de acuerdo con los acuerdos alcanzados con las organizaciones sindicales. Explicó que esta integración busca optimizar los recursos destinados al bienestar laboral y fortalecer los espacios de reconocimiento e integración institucional.

Indicó que, conforme a la Resolución No. 247 del 22 de junio de 2022, el Día del Servidor Público se conmemora institucionalmente el 27 de junio; sin embargo, por corresponder a un día no hábil, se proyecta su realización para el 25 de junio de 2026, la jornada comprenderá una capacitación orientada al fortalecimiento de la vocación del servicio público, la entrega de una camisa institucional como reconocimiento a los funcionarios, además de refrigerio, almuerzo y demás actividades previstas dentro del programa de bienestar, previa confirmación de los asistentes.

De igual manera, informó sobre el estado de la actividad de bienestar correspondiente a la vigencia 2025, cuya ejecución debió ser reprogramada debido a la actualización de la Cámara de Comercio por parte del proveedor seleccionado, señaló que, una vez cumplidos los términos legales para la firmeza de dicho documento, la actividad se proyecta para el 5 de junio, aclarando que esta se encuentra dirigida exclusivamente a los servidores públicos que se encontraban vinculados a la entidad al 31 de diciembre de 2025, en atención a los derechos adquiridos.

Una vez finalizada la socialización realizada por la jefe del Área de Talento Humano, la doctora Rocío Correa Lozada, la moderadora de la sesión, Lina María Fierro González, informó a los delegados de las organizaciones sindicales que, teniendo en cuenta que el punto relacionado con el Plan de Bienestar había sido trasladado al inicio del orden del día, con el propósito de facilitar su participación, quienes así lo consideraran podían permanecer durante el desarrollo de la totalidad de la sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño o, en su defecto, regresar a sus actividades laborales.

Frente a esta manifestación, representantes de las organizaciones sindicales intervinieron señalando que, de conformidad con lo previsto en el Acuerdo Colectivo Laboral, su participación en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño no se limita exclusivamente a los asuntos relacionados con el Plan de Bienestar, sino que comprende el desarrollo integral de las sesiones del comité. En ese sentido, manifestaron la necesidad de revisar la armonización entre lo dispuesto en el Acuerdo Colectivo Laboral y la Resolución No. 626 del 21 de noviembre de 2023, con el fin de evitar interpretaciones que pudieran restringir el ejercicio de la participación sindical en dicho escenario institucional.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMICA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

18

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 5 de 13

De igual forma, los representantes sindicales reiteraron la importancia de que las actividades contempladas en el Plan de Bienestar sean ejecutadas dentro de los tiempos establecidos en la respectiva programación, resaltando que estas constituyen beneficios derivados de los acuerdos colectivos suscritos entre la administración y las organizaciones sindicales, razón por la cual su desarrollo oportuno contribuye al fortalecimiento del bienestar laboral y al cumplimiento de los compromisos institucionales adquiridos.

En atención a las observaciones formuladas, la doctora Rocío Correa Lozada jefe del Área de Talento Humano, realizó las precisiones correspondientes, indicando que la participación de las organizaciones sindicales se encuentra regulada por el Acuerdo Colectivo Laboral, específicamente en lo relacionado con la asistencia de sus representantes al comité que hace las veces del Comité de Bienestar Social, así como por la Resolución No. 626 del 21 de noviembre de 2023, mediante la cual se reglamenta la conformación y funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. En ese sentido, manifestó que la actuación de la administración se ha desarrollado con fundamento en dicho marco normativo, sin que exista intención de limitar la participación de las organizaciones sindicales.

Así mismo, precisó que las actividades del plan de bienestar fueron previamente concertadas con los representantes de las organizaciones sindicales durante la etapa de planificación de la vigencia, incluyendo la definición de las actividades, su alcance y la distribución presupuestal correspondiente, finalmente, reiteró el compromiso de la administración de adelantar la ejecución de la totalidad de las actividades programadas para la vigencia 2026, garantizando el cumplimiento de los compromisos institucionales, el uso adecuado de los recursos públicos y la observancia de los procedimientos administrativos y contractuales que regulan su desarrollo.

Finalizada la exposición y atendidas las intervenciones de los asistentes, el Comité dio por conocida la programación de las actividades de bienestar previstas para el mes de junio, sin que se formularan observaciones adicionales sobre su contenido.

4. Socialización de la matriz de seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional – PDI.

Toma la palabra la doctora Lina María Fierro González, líder del Área de Planeación, quien manifiesta que, en cumplimiento de las funciones de seguimiento y evaluación establecidas para el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), se realizó la actualización y parametrización de la matriz de seguimiento, herramienta diseñada para facilitar el monitoreo periódico del cumplimiento de las metas e indicadores institucionales durante la vigencia 2026.

Explica que, como resultado de la modificación efectuada al Plan Indicativo del Plan de Desarrollo Institucional, fue necesario ajustar la estructura de la matriz, permitiendo que esta se encuentre alineada con los objetivos estratégicos, programas, metas e indicadores aprobados por la entidad, señala que dicho instrumento constituye el mecanismo oficial mediante el cual se consolida, verifica y evalúa el avance de las actividades ejecutadas por cada una de las dependencias, fortaleciendo el proceso de seguimiento institucional y la toma de

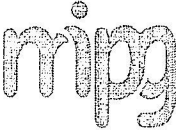
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
8663 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

W T @ E
ESE Carmen Emilia Ospina

10

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, Bienestar y Dignidad	FORMATO ACTA				
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 6 de 13	

decisiones basada en resultados.

Informa que el seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional se realizará de manera trimestral, estableciendo cuatro cortes durante la vigencia 2026, en los cuales cada una de las veinte (20) áreas responsables deberá reportar el avance de sus indicadores, adjuntando las respectivas evidencias que soporten el cumplimiento de las metas programadas.

Así mismo, resalta que la matriz fue estructurada de manera automatizada para facilitar el cálculo del porcentaje de avance de cada indicador y del cumplimiento consolidado por dependencia, permitiendo identificar oportunamente las fortalezas, oportunidades de mejora y las acciones que deban implementarse para garantizar el logro de los objetivos institucionales.

Durante la presentación, la líder del Área de Planeación recordó que, como resultado del seguimiento realizado durante la vigencia anterior, la entidad obtuvo resultados satisfactorios en la auditoría practicada por la Contraloría Municipal, destacando el cumplimiento de los requerimientos relacionados con el seguimiento trimestral del Plan de Desarrollo Institucional, aspecto que permitió subsanar las oportunidades de mejora identificadas en ejercicios de control anteriores.

Finalmente, informó que todas las dependencias cuentan con acceso a la matriz de seguimiento y a las carpetas digitales destinadas para el cargue de las evidencias documentales, reiterando la responsabilidad de cada líder de proceso de diligenciar oportunamente la información correspondiente y garantizar la calidad, veracidad y trazabilidad de los soportes que respaldan el cumplimiento de los indicadores institucionales, en concordancia con los principios de seguimiento, control y mejora continua contemplados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

[Handwritten signature]

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

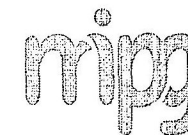
WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Bachiller en Ciencias

FORMATO ACTA



PROCESO:
GARANTÍA DE LA CALIDAD

CODIGO: GC-S3-F1

VIGENCIA: 11/01/2023

V5

PÁGINA 7 de 13

 ENTIDAD SALUDABLE Y EFICIENTE Bachiller en Ciencias	FORMATO MATRIZ DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO 2024 -2026						
PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	CODIGO: GE-S3-F14	VIGENCIA: 15/04/2025	V2		PÁGINA 1 DE 2		
AREA	META AÑO 2026	1ER TRIMESTRE % CUMPLIMIENTO	2DO TRIMESTRE % CUMPLIMIENTO	3ER TRIMESTRE % CUMPLIMIENTO	4TO TRIMESTRE % CUMPLIMIENTO	CONSOLIDADO AÑO 2026 CONSOLIDADO O AVANCE	ESTADO
TALENTO HUMANO	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
TECNICA CIENTIFICA (SUB. DE SERVICIOS DE SALUD)	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
COMUNICACIONES	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
MISION MEDICA	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
FIJES	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
BIOMEDICO	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
SIAU	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
CALIDAD	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
GESTION AMBIENTAL	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
FINANCIERA	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
PLANEACION	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
CONTRATACION	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
FACTURACION	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
ALMACEN	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
COMERCIAL	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
INFRAESTRUCTURA	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
DEFENSA JURIDICAL	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
CONTROL INTERNO	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE
GESTION DOCUMENTAL	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NO CUMPLE

5. Socialización y aprobación de la Política de Riesgos institucional.

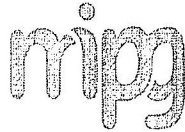
Toman la palabra la ingeniera Paula Clareth Garnica Quintero y el ingeniero Rafael Osorio Maldonado, profesionales del Área de Planeación, quienes realizan la socialización de la Política Institucional de Administración del Riesgo, indicando que su actualización obedece a la necesidad de armonizar este instrumento con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, particularmente con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 7, en concordancia con los principios y componentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

SE F I O
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 8 de 13

Explican que la actualización de la política busca fortalecer el Sistema de Control Interno mediante la adopción de una metodología integral para la identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales, permitiendo una adecuada gestión de los riesgos estratégicos, operacionales, financieros, tecnológicos, jurídicos, ambientales, de seguridad de la información y de corrupción que puedan afectar el cumplimiento de la misión institucional y el logro de los objetivos estratégicos de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.

Durante la presentación se expusieron los objetivos, alcance, principios, lineamientos generales, niveles de aceptación del riesgo, tipologías de riesgo, etapas de la gestión, roles y responsabilidades de las líneas de defensa, así como la metodología para la identificación de causas, consecuencias y controles, enfatizando que estos últimos deberán orientarse tanto a disminuir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos como a mitigar sus posibles impactos, de conformidad con las directrices impartidas por el DAFP.

Así mismo, se explicó que la política incorpora el esquema de las tres líneas de defensa, estableciendo responsabilidades específicas para los líderes de proceso como primera línea de defensa, el área de planeación como segunda línea, la oficina de control interno como tercera línea y la alta dirección como instancia responsable de la supervisión y toma de decisiones estratégicas frente a la administración del riesgo.

De igual manera, se informó que el seguimiento a los riesgos institucionales se realizará de manera trimestral, a través de la actualización de las matrices de riesgo por parte de cada dependencia, las cuales deberán estar soportadas con las evidencias que demuestren la implementación y efectividad de los controles establecidos, los resultados de dicho seguimiento serán consolidados por el área de planeación y presentados al comité institucional de gestión y desempeño para su análisis y adopción de las acciones de mejora que resulten pertinentes.

Los expositores resaltaron que la adopción de esta política constituye un requisito fundamental para fortalecer la cultura de prevención, autocontrol y mejora continua dentro de la entidad, así como para dar cumplimiento a los requerimientos del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG y a las disposiciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Finalizada la socialización y una vez atendidas las inquietudes formuladas por los integrantes del comité, la propuesta de actualización de la Política Institucional de Administración del Riesgo fue sometida a consideración de los miembros con derecho a voto, siendo aprobada por unanimidad, autorizando su adopción, divulgación e implementación en todos los procesos de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, conforme a los lineamientos normativos vigentes.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
8663 2628

WHATSAPP
304 384 99 92



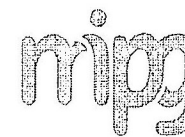


 ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

FORMATO
ACTA



PROCESO:
GARANTÍA DE LA CALIDAD

CODIGO: GC-S3-F1

VIGENCIA: 11/01/2023

V5

PÁGINA 9 de 13

Acto seguido, se somete a aprobación.

No.	Cargo	Nombre	Voto
1	El Gerente o su delegado, quien presidirá	Dr. Cesar Augusto Vera Rodríguez	Aprobado
2	Subgerente Técnico Científico.	Dra. Yanid Paola Montero García	Aprobado
3	Profesional Universitario de Talento Humano	Dra. Rocío Correa Losada	Aprobado
4	Tesorero General	Dr. Mauricio Rojas Esquivel	Aprobado
5	Profesional Universitario Comunicador	Dr. Fernando Polo Castillo	Aprobado

Sometida a consideración de los integrantes del Comité, fue aprobado por unanimidad la Política de Riesgos institucional.

6. Socialización de la plantilla de procedimientos para todas las áreas de la ESE CEO.

Toman la palabra la ingeniera Paula Clareth Garnica Quintero y el ingeniero Rafael Osorio Maldonado, profesionales del Área de Planeación, quienes presentan la nueva plantilla institucional para la elaboración, actualización y estandarización de los procedimientos de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, señalando que esta iniciativa hace parte del proceso de fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión y de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en armonía con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Explican que la entidad adelanta un proceso de revisión y actualización de su documentación institucional, teniendo en cuenta que un porcentaje significativo de los procedimientos actualmente vigentes requiere ser ajustado para responder a las necesidades operativas de la institución, a las disposiciones normativas vigentes y a las mejores prácticas en materia de gestión por procesos.

Durante la socialización se expuso la estructura de la nueva plantilla, la cual contempla, entre otros aspectos, la identificación del procedimiento, objetivo, alcance, marco normativo, definiciones, responsables, políticas de operación, descripción de actividades bajo el ciclo planear, hacer, verificar y actuar (PHVA), documentos y registros asociados, indicadores de seguimiento, flujograma y control de versiones. Se resaltó que esta estructura permitirá documentar los procesos de manera estandarizada, garantizando su trazabilidad, facilidad de consulta y permanente actualización.

Así mismo, se explicó que cada procedimiento deberá ser construido con un enfoque práctico y orientado a la realidad operativa de la entidad, identificando claramente las responsabilidades por cargo, las actividades que conforman el proceso, los controles aplicables y la

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

W F @ E
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO ACTA		
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5 PÁGINA 10 de 13

evidencias que soportan su ejecución, con el propósito de fortalecer la gestión institucional, facilitar los procesos de auditoría y promover la mejora continua.

Los profesionales del Área de Planeación enfatizaron que la actualización documental constituye un elemento fundamental para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la adecuada administración de los riesgos institucionales y el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como de los criterios evaluados en el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG.

De igual manera, informaron que este proceso será desarrollado de manera gradual y con el acompañamiento permanente del Área de Planeación, priorizando inicialmente aquellos procedimientos considerados estratégicos y de mayor impacto para la prestación de los servicios de salud, con el fin de garantizar su correcta documentación y estandarización, para ello, se anunció la realización de jornadas de capacitación y asistencia técnica dirigidas a los líderes de proceso y a los funcionarios designados por cada dependencia, quienes serán los responsables de liderar la actualización de la documentación correspondiente.

Durante las intervenciones de los miembros del comité se destacó la importancia de que los procedimientos reflejen la realidad funcional de la institución, fortalezcan la articulación entre las diferentes dependencias y permitan una adecuada definición de responsabilidades, controles e indicadores de gestión, así mismo, se resaltó la necesidad de priorizar los procesos críticos de la entidad, especialmente aquellos relacionados con la prestación de los servicios de salud, garantizando que la documentación institucional responda tanto a los requerimientos administrativos como a los estándares de calidad propios del sector salud.

Finalmente, los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño manifestaron su conformidad con la metodología presentada y respaldaron el inicio del proceso de actualización documental, reiterando el compromiso de las diferentes dependencias de participar activamente en la construcción, revisión y validación de los procedimientos institucionales, como una estrategia orientada al fortalecimiento de la gestión, la eficiencia administrativa y la mejora continua de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.

7. Socialización del Modelo de Calidad de la ESE CEO.

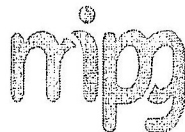
Toman la palabra el doctor Guillermo Bonilla Escobar, Coordinador del Programa de Garantía de la Calidad, y el doctor Juan Pablo Cano Rivillas, quienes realizan la socialización del Modelo Institucional de Calidad, manifestando que la E.S.E. Carmen Emilia Ospina se encuentra adelantando un proceso de fortalecimiento de su Sistema de Gestión, orientado a consolidar una cultura organizacional basada en el mejoramiento continuo, la gestión por procesos, la administración de riesgos y el cumplimiento de los estándares de calidad

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Facebook Instagram Twitter
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, Innovación y Calidad	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 11 de 13

establecidos para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Durante su intervención señalaron que la calidad debe concebirse como un eje transversal de toda la organización y no únicamente como una responsabilidad del área encargada de coordinar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC o del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en ese sentido, precisaron que cada dependencia, desde su ámbito de competencia, debe asumir un rol activo en el diseño, ejecución, seguimiento y mejoramiento de sus procesos, garantizando que estos respondan a criterios de eficiencia, eficacia, oportunidad, seguridad y satisfacción de los usuarios.

Así mismo, manifestaron que uno de los principales desafíos institucionales consiste en lograr la articulación efectiva entre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Sistema de Control Interno, la gestión documental, la administración del riesgo y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, evitando que estos se desarrollen como procesos independientes y propiciando su integración como un único sistema de gestión institucional orientado al cumplimiento de la misión de la entidad.

Los expositores hicieron énfasis en que la naturaleza de una Empresa Social del Estado exige que los procesos administrativos constituyan un soporte permanente para la adecuada prestación de los servicios de salud, razón por la cual la planeación, la gestión documental, el control interno, la calidad y los procesos asistenciales deben actuar de manera coordinada, permitiendo fortalecer la capacidad institucional, optimizar la utilización de los recursos y reducir la ocurrencia de riesgos que puedan afectar la atención de los usuarios.

De igual manera, destacaron que el fortalecimiento del modelo de calidad requiere avanzar en la actualización de los procedimientos, protocolos, manuales, guías e indicadores institucionales, de tal forma que estos reflejen la realidad operativa de la entidad y permitan estandarizar las actividades, mejorar la trazabilidad de los procesos y generar evidencias suficientes para atender los requerimientos de los organismos de control y de las entidades de inspección, vigilancia y control.

Se resaltó igualmente que la implementación del modelo demanda el compromiso permanente de la Alta Dirección y de todos los líderes de proceso, promoviendo una cultura de autocontrol, responsabilidad y mejora continua, en la cual la identificación de oportunidades de mejora, la medición de resultados y la adopción de acciones correctivas y preventivas se conviertan en herramientas fundamentales para incrementar la eficiencia institucional y garantizar la prestación de servicios de salud con criterios de calidad, seguridad y humanización.

Finalmente, los expositores reiteraron que el éxito del Modelo Institucional de Calidad dependerá del trabajo articulado entre todas las áreas de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, invitando a los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño a liderar desde cada dependencia el proceso de fortalecimiento institucional, entendiendo que la calidad constituye un compromiso de toda la organización y un elemento indispensable para el cumplimiento de la misión institucional, la satisfacción de los usuarios y el mejoramiento continuo de la

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

W F I C
ESE Carmen Emilia Ospina

18

 CARMEN EMILIA OSPINA Servicio de Salud de Bogotá	FORMATO ACTA			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S3-F1	VIGENCIA: 11/01/2023	V5	PÁGINA 12 de 13

gestión pública en salud.

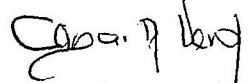
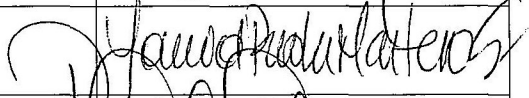
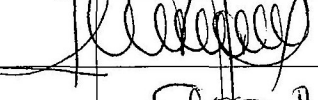
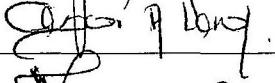
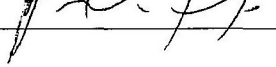
8. Propositiones y varios.

La moderadora de la sesión preguntó a los integrantes del Comité si existían proposiciones, observaciones o asuntos adicionales por tratar. No obstante, los asistentes manifestaron no tener temas adicionales para someter a consideración del Comité. Agotado el orden del día y no existiendo más asuntos por tratar, se dio por finalizada la sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, siendo las 12:30., dejando constancia de que los temas previstos fueron desarrollados y socializados conforme al orden del día aprobado, agradeciendo la participación y el compromiso de todos los asistentes en el fortalecimiento de la gestión institucional de la E.S.E. Carmen Emilia

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA		
		D	M	A

ASISTENTES

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Cesar Augusto Vera Rodríguez	Subgerente Administrativo y Financiero, presidente de la reunión delegado por la gerente	
Yanid Paola Montero García	Subgerente Técnico Científico.	
Rocío Correa Losada	Profesional Universitario	
Cesar Augusto Vera Rodríguez (E)	Profesional Especializado TIC	
Mauricio Esquivel Rojas	Tesorero	
Fernando Polo Castillo	Profesional Universitario	

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

W F @ ESE
ESE Carmen Emilia Ospina