

**LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD**



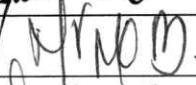
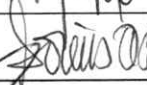

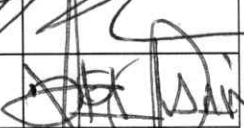

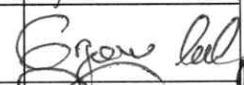


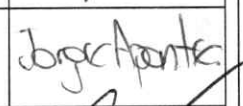

**ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño**      **CAPACITACION**      **REUNION**      **x**

**ACTA NO. : 007**

**FECHA: 27/07/2023**


**HORA: 08:16 am**

**Asistentes:**

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Miguel Tonino Botta Fernández	Gerente	Gerencia	
Ruth Xiomara Rodríguez	Subgerente	Subgerencia Administrativa	
Maribel Trujillo Botello	Subgerente	Subgerencia Salud	
Doris Angarita Acosta	Asesor	Planeación y Calidad	
Marco Antonio Navarro Palacios	Líder	Gestión y desarrollo del talento Humano	
Nefer Leandro Mora	Jurídico	Jurídica	
Martin Eduardo Herrera León	Asesor	Control Interno de Gestión	
Gregorio Antonio Leal Castro	Profesional Universitario	Sistemas	
Jonathan A. Gelvez Ramos	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	
Leonel Duarte	Profesional Especializado	Oficina de Planeación y calidad	
Jorge Aponte	Profesional de Apoyo Referente Riesgos	Oficina de Planeación y calidad	
Luis Eduardo Velasco	Profesional Apoyo Planeación	Oficina de Planeación y calidad	

**Orden del Día:**

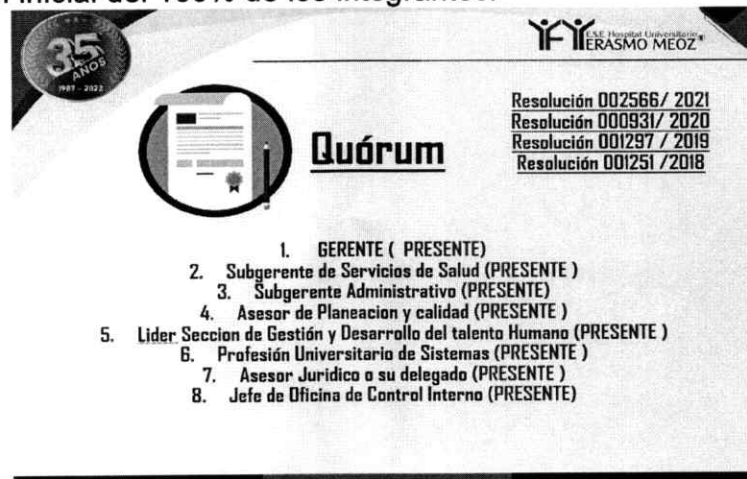
1. Apropiación Direccinamiento estratégico
  - 1.1. Presentación Coordinador Gestión Jurídica
2. Seguimiento a compromisos
3. Aprobación de Documentos por parte de los miembros de comité MES DE JULIO
4. Informe resultados Reporte FURAG
5. Presentación documentos Gestión de cartera / Gestión Contable / Gestión Financiera (Incluye resolución)

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA2 de 19

6. Indicadores Financieros ESE HUEM
7. Modificación cronograma de Comités Institucionales (Humanización)
8. Monitoreo al Plan de Acción institución 2023
9. Gestión de tramites institucionales y política de participación ciudadana
10. Gestión del Riesgo
11. Proposición y varios

Resumen de los temas tratados y conclusiones:

Como fase inicial de la sesión se realiza presentación de la verificación del quórum, con una participación inicial del 100% de los integrantes.



**Quórum**

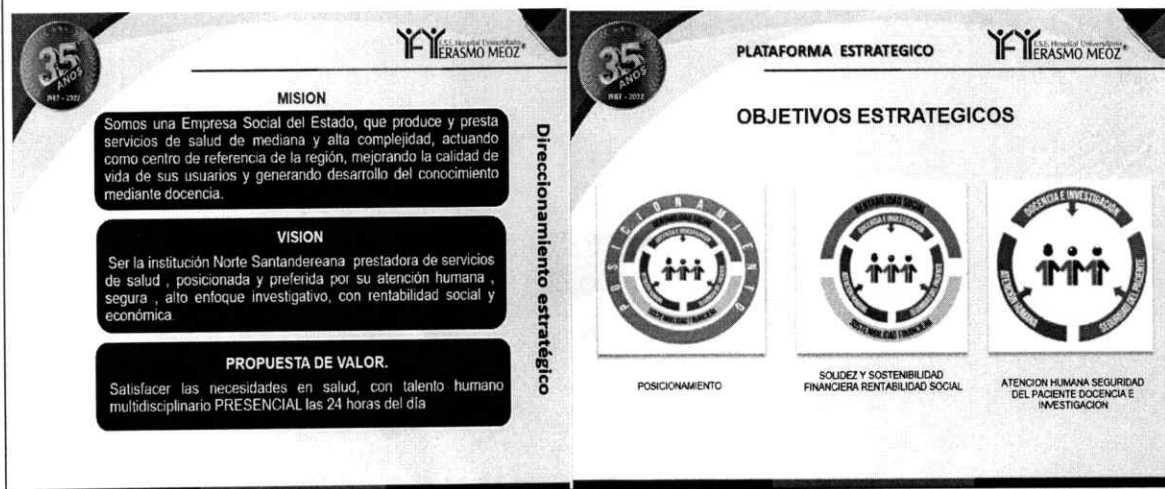
Resolución 002566 / 2021  
Resolución 000931 / 2020  
Resolución 001297 / 2019  
Resolución 001251 / 2018

1. GERENTE ( PRESENTE )
2. Subgerente de Servicios de Salud ( PRESENTE )
3. Subgerente Administrativo ( PRESENTE )
4. Asesor de Planeacion y calidad ( PRESENTE )
5. Lider Seccion de Gestión y Desarrollo del talento Humano ( PRESENTE )
6. Profesión Universitario de Sistemas ( PRESENTE )
7. Asesor Juridico o su delegado ( PRESENTE )
8. Jefe de Oficina de Control Interno ( PRESENTE )

TEMAS:

## 1. APROPIACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

Se realiza lectura del direccionamiento estratégico descrito de la siguiente manera



**MISION**  
Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

**VISION**  
Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud , posicionada y preferida por su atención humana , segura , alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica

**PROPUESTA DE VALOR.**  
Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL las 24 horas del día

**Direccionamiento estratégico**


**PLATAFORMA ESTRATEGICO**


**OBJETIVOS ESTRATEGICOS**

POSICIONAMIENTO






SOLIDEZ Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA RENTABILIDAD SOCIAL


ATENCIÓN HUMANA SEGURIDAD DEL PACIENTE DOCENCIA E INVESTIGACION

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	<p style="text-align: center;"><b>ACTA</b></p>	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 3 de 19











**VALORES**

-  **RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
-  **HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud y siempre favoreciendo el interés general.
-  **COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
-  **DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, puntualidad, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
-  **JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.



**MODELO DE ATENCION DE LA INSTITUCION**

-  **Seguridad:** Que el paciente no sufra daño durante la atención.
-  **eficiencia:** Utilizar la cantidad adecuada de recursos.
-  **Respeto:** Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.
-  **ganar confianza:** Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.
-  **Entorno:** Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.
-  **Impulsar innovación:** Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.
-  **Orientado al logro:** Conocer y apuntar al éxito de los logros organizacionales.
-  **Reconocer necesidades:** Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

### 1.1. Presentación del Líder de Gestión Jurídica

Producto de la incorporación de un funcionario a la planta de personal de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, como líder de la Gestión Jurídica institucional, se realiza presentación ante los miembros del comité, del Dr. Nefer Leandro Mora, proporcionándole previamente la resolución de conformación del Comité de Gestión y desempeño desde la Oficina de Planeación y calidad.


Este nuevo cargo asumirá las funciones descritas en la Resolución 2566 de 2021 en calidad de integrante y asistirá a las sesiones conforme a las indicaciones descritas en el documento Guía de Gestión de comités PE-GI-001

En este espacio el líder de gestión jurídica expone su inquietud si es requerido un acto administrativo adicional para su posesión dentro del comité, para lo cual se establece desde la Gerencia y desde Gestión y desarrollo del talento humano que el acta producto de esta sesión es suficiente para la incorporación como integrante y miembro del Comité de Gestión y desempeño.

Desde planeación y calidad se sensibiliza al funcionario en la Importancia del Comité como instancia del nivel directivo de la ESE HUEM.

### 2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

Seguidamente se realizó el respectivo seguimiento a los compromisos del acta, descritos a continuación:




## 2. Verificación de compromisos

**Acta de Mayo**

Compromisos		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Informe ejecutivo de Avances actualización Tablas de retención documental	Oficina de CEGDOC	30 de Julio de 2023
Actividades de formación archivística a colaboradores administrativos de la ESE HUEM	Oficina de CEGDOC	30 de Julio de 2023

Revisó: Doris Anjarita Acosta – Asesor de Planeación

**Acta de Febrero y Junio**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Seguimiento a la Gestión Financiera de la ESE HUEM	Líder Financiero / Planeación y calidad	31 de Julio de 2023

PRESENTACION  
CEGDOC

PRESENTACION  
CEGDOC

PRESENTACION  
FINANCIERA

Se presenta informe por parte del contratista en Relación a la Tablas de retención documental, se realiza presentación de las actas de formación a colaboradores del HUEM conforme al compromiso dispuesto en el mes de Mayo.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 04 de 11

**LUGAR:** SALON DE LOS SUEÑOS  
**ACTIVIDAD:** CAPACITACIÓN  
**GESTION DE DEPOSITOS DE LA E.S.E HUEM**

	CAPACITACION X	REUNION
ACTA NO. : 004	FECHA: 7 de JULIO de 2023	HORA: 3:00 A.M.

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Jefeith Puerta	Coordinador CEGDOC	CEGDOC	<i>[Firma]</i>
Silvano Pabón Villamizar	Historiador	Contratista	<i>[Firma]</i>

**Orden del Día:**  
• Capacitación Gestión de depósitos

**Resumen de los tema tratado y conclusiones:**  
Siendo las 3:00 P.M. del día 07 de julio del presente año se dio inicio a la capacitación sobre gestión de depósitos, a los compañeros encargados del archivo tales como: archivo y estadística, talento humano y al área de CEGDOC, los cuales manejan nuestros acervos documentales de la E.S.E HUEM, en esta capacitación se conversó sobre las transferencias primarias y secundarias, enfocándonos en los archivos centralizados de cada una de las áreas presentes en esta capacitación.  
A su vez se debatió sobre los procesos que ya se realizan en estos depósitos para si nos estamos saliendo algún paso normativo podemos orientarnos y corregir para de esta forma lograr un mejoramiento continuo.  
Las preguntas que fueron surgiendo se contestaron con afinidad para dejar muy claros los detalles archivísticos para todos tener un mismo enfoque normativo.  
Silvano Pabón recalca que todo este proceso que se está adelantando es producto del cumplimiento de la normatividad a su vez cumpliendo las especificaciones del contrato y apuntando al mejoramiento continuo.  
Anexo: lista de asistencia.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 04 de 11

**LUGAR:** SALON DE LOS SUEÑOS  
**ACTIVIDAD:** CAPACITACIÓN  
**GESTION DE DEPOSITOS Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES DE LA E.S.E HUEM**

	CAPACITACION X	REUNION
ACTA NO. : 002	FECHA: 12 de JUNIO de 2023	HORA: 3:00 A.M.

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Jefeith Puerta	Coordinador CEGDOC	CEGDOC	<i>[Firma]</i>
Silvano Pabón Villamizar	Historiador	Contratista	<i>[Firma]</i>

**Orden del Día:**  
• Capacitación circulación de comunicaciones oficiales.

**Resumen de los tema tratado y conclusiones:**  
Siendo las 3:00 P.M. del día 12 de junio del presente año se dio inicio a la capacitación sobre gestión de depósitos, a los líderes y coordinadores y algunos auxiliares administrativos de la E.S.E HUEM, en esta capacitación se conversó sobre las transferencias primarias y secundarias, enfocándonos en los archivos de gestión de cada una de las áreas según el organigrama.  
A su vez se mostraron documentos los cuales se han venido creando según el contrato los específicos y los cuales serán entregados junto a las TRD para que de esta forma los asistentes se vallan haciendo la idea que la aplicación a los procesos documentales cambiarían para mejor ya que tendremos la mayoría de los instrumentos actualizados.  
Los participantes hicieron muchas preguntas para aclarar sus dudas y de esta forma sentirse más a gusto con estas capacitaciones que se están generando desde el área de CEGDOC.  
Silvano Pabón recalca que todo este proceso que se está adelantando es producto del cumplimiento de la normatividad a su vez cumpliendo las especificaciones del contrato y apuntando al mejoramiento continuo.  
Anexo: lista de asistencia.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 04 de 11

**LUGAR:** OFICINA GESTION DOCUMENTAL  
**ACTIVIDAD:** CAPACITACIÓN  
**CIRCULACION DE COMUNICACIONES OFICIALES**

	CAPACITACION X	REUNION
ACTA NO. : 003	FECHA: 5 de JULIO de 2023	HORA: 11:00 A.M.

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Jefeith Puerta	Coordinador CEGDOC	CEGDOC	<i>[Firma]</i>
Silvano Pabón Villamizar	Historiador	Contratista	<i>[Firma]</i>

**Orden del Día:**  
• Capacitación circulación de comunicaciones oficiales.

**Resumen de los tema tratado y conclusiones:**  
Siendo las 11:00 A.M. del día 05 de junio del presente año se dio inicio a la capacitación sobre la circulación de comunicaciones oficiales al personal de CEGDOC, por parte del contratista Silvano Pabón Villamizar, de este manera el contratista ya mencionado nos da las pautas para saber las especificaciones de su contrato y da inicio con el tema de radicación de las ventanillas únicas y el proceso que lleva en número que se pega en cada documento a su vez se habla de la tipificación correcta y la circulación tanto en el sistema como también de manera física.  
Se enseñó al personal de CEGDOC, criterios técnicos archivistas para el manejo de dialectos al momento de conversar con los usuarios o poner notas en las observaciones de los documentos radicados.  
Silvano Pabón recalca que todo este proceso que se está adelantando es producto del cumplimiento de la normatividad a su vez cumpliendo las especificaciones del contrato y apuntando al mejoramiento continuo.  
Anexo: lista de asistencia.

Este proceso de formación alcanzó el 90% del personal auxiliar administrativo de las oficinas y difusión a 35 colaboradores con directa relación al archivo de gestión de la ESE incluyendo personal de estadística.

*[Firma]*

Posterior al Compromiso de formación, el contratista manifiesta que en el mismo desarrollo de actualización de TRD se brindó información documentada al auxiliar administrativo en temas relacionadas al Programa de Gestión Documental y se sensibilizó en la importancia de la custodia y conservación de documentos.

Se informó de la disponibilidad del inventario de activos de información y el cumplimiento que tiene la ESE en su respectiva publicación en la Pagina WEB a través de la pestaña de transparencia y acceso a la información.

En relación a las TRD se presenta como anexo B. el excel que contiene todas las oficinas conforme al organigrama funcional propuesto y aprobado por la Gerencia y la oficina de talento humano previa revisión de las Subgerencias de la ESE.

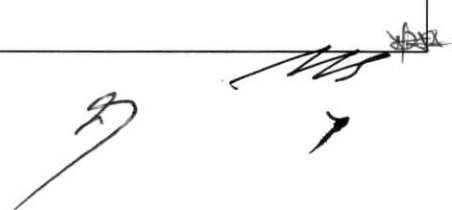
El equipo de trabajo de archivo representado a través del Coordinador de CEGDOC revisó y aprobó el contenido de la información suministradas en las tablas de retención documental y desde la Oficina de Planeación y calidad se realizó permanente acompañamiento en el desarrollo de la actividad.


Dentro de la sesión, la subgerencia de servicios de salud solicita establecer un espacio adicional para volver a revisar los detalles de forma y fondo de las Tablas de retención documental con el objetivo de garantizar el mínimo error para su posterior presentación ante el Comité departamental.

El comité en pleno aprueba la propuesta y se da un espacio de 15 días hábiles para que las dos subgerencias revisen por segunda vez con sus equipos de trabajo cada hoja plasmada en el EXCEL y de esta manera sea presentada en el próximo comité como mecanismo de validación interna de los diferentes actores del sistema de gestión documental.

En relación al tercer compromiso del Seguimiento a la Gestión Financiera y cuya propuesta era la presentación del Manual de Cartera con la ficha técnica de saneamiento contable, se toma la palabra desde la Subgerencia de servicios de salud, indicando que tiene apreciaciones significativas en toda la documentación enviada al comité.

Esta intervención es apoyada por la Subgerente administrativa quien reitera a la oficina de planeación que todo documento administrativo deberá ser enviado previamente a su despacho y realizar presentación concreta de los principales cambios para posteriormente dar su visto bueno y presentar al comité de Gestión y desempeño.



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 6 de 19

### 3. APROBACION DE DOCUMENTOS

En concordancia a lo expuesto dentro de los compromisos, se establece la necesidad de revisar cada observacion enviada mediante correo electronico [subsalud@herasmomeoz.gov.co](mailto:subsalud@herasmomeoz.gov.co) el dia 21 de julio a la secretaria de este comité con el objetivo de evaluar y subsanar los hallazgos presentados.

Desde la Subgerencia de servicios de salud se enfatiza en la responsabilidad que tiene este comité para la aprobación de planes programas proyectos y documentacion institucional encaminado al logro de los objetivos estrategicos y en concordancia a la actualización permanente de un marco normativo.

Es reponsabilidad de todos los miembros del comité, la revisión exhaustiva de cada documento enviado previamente, identificando puntos de control que garanticen el control, seguimiento y optimizacion de los recursos, dismuyendo de esta manera el riesgo de los procesos al no evidenciar responsabilidades claras, actores de contingencia, y puntos de decisión, sin ninguna relación a un procedimiento institucional.

La Gerencia interviene indicando que el desarrollo de estas observaciones deberán ser prioridad por el lider del proceso y deberán subsanarse con un tiempo prudente con el objetivo de dar cumplimiento a las acciones institucionales

De igual forma, manifiesta que si es necesario una reunión interna con los actores de documentos, la gerencia estará abierta con el objetivo de denifir puntos claros que requieran modifiación inmediata y poder de esta manera presentar los documentos en el proximo comité.


Seguidamente la oficina de planeación interviene consultado a los miembros del comité si todos los documentos presentados en esta sesión aplicarían la revisión previa por parte de las subgerencias (dependiente del caso) Para lo cual, se afirma esta proposición, quedando de esta manera por ~~NO APROBADO~~ ningún documento presentado dentro de esta sesión.

Se deja como nota aclaratoria que los documentos administrativos serán revisados por la Subgerente administrativa y los documentos asistenciales por la Subgerente de Servicios de Salud, salvo aquellos documentos transversales para el hospital, que afecten significamente en la prestacion de servicios y produzcan un riesgo para la institucion como son los documentos de facturación, cartera y contratación que vendrán con vistos buenos de las dos subgerencias.

En consecuencia a esta decisión, desde planeación se realizará ajuste a los formatos editables, con el objetivo que queden explicitas las necesidades expuestas en este comité. Necesidades cómo:

- Que los documentos tengan un punto de control claro,

*[Handwritten signatures and initials]*

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 7 de 19

- Que los documentos evidencie el ciclo de atención desde el ingreso, egreso y su respectiva educación
- Que los documentos estén asociados a un procedimiento claro, concreto y sencillo
- Que los documentos evidencien los roles y responsabilidades de los diferentes actores que intervienen
- Que los flujogramas sean acordes a los colores y modelos institucionales

Este proceso será liderado desde la oficina de planeación y calidad priorizando un enfoque educativo a los líderes de los procesos y a través de una transición que no afecte el indicador de porcentaje de actualización documental.

#### 4. Informe resultados Furag

Continuando con el orden del día, se expone que desde la Oficina de Planeación y calidad y la oficina de Control Interno de Gestión se cumplió con la información reportada en el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) en los tiempos establecidos como se evidencia en el siguiente certificado.

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2022



**FUNCIÓN PÚBLICA**

**El Departamento Administrativo de la Función Pública**

**CERTIFICA**

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: HOSPITAL ERASMO MEOZ

DEPARTAMENTO: Norte de Santander

MUNICIPIO: CÚCUTA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de planeación

NOMBRE DILIGENCIADOR: DORIS ANGARITA ACOSTA con C.C No.27805865

HABILITADO DESDE – HASTA: 21/06/2023 - 28/07/2023

VIGENCIA REPORTADA: 2022

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,





LEONARDO MOLINA HENAO  
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional



Url: <http://furag.funcionpublica.gov.co/furag/reportes/verificar-certificado/9eb6a262-9665-47e6-9ee4-06ac0285ac0c>

Fecha de impresión: 18/07/2023 Hora: 08:03 Página 1 / 1

Carrera 6 No. 12-62, Bogotá D.C., Colombia / Teléfono: 7395656 / Fax: 7395657 / Línea gratuita: 018000 917 770 / Código Postal: 111711  
[www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co) / [eva@funcionpublica.gov.co](mailto:eva@funcionpublica.gov.co)

Dentro del comité, se expone que la Pagina WEB institucional no deberá tener cambios significativos de fondo, que altere los hipervinculos enviados en el formulario de Gestión, por ende, desde esta sesión, se aprueba que el coordinador de TICs envíe a traves de correo electronico a la comunidad hospitalaria, un mensaje de prevención, con el objeto de que los lideres de procesos no recurran a la mesa de ayuda GLPI para transformación de alguna pestaña de la Pagina WEB institucional sin previa revisión de la Oficina de Planeación y calidad.

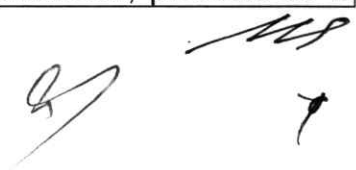
Es importante resaltar que la estrategia adoptada desde la Gerencia en el refuerzo de talento humano para el seguimiento y apoyo en la WEB institucional fortaleció significamente los canales de acceso a la información y una cercanía mayor en los espacios de participación ciudadana.

Posteriormente, se realiza un resumen desde la oficina de planeación de los aspectos criticos que la Institucion debe priorizar en la vigencia y deberá estar incorporado en el Plan de Gestión de la siguiente vigencia. Estos aspectos son:


- ✓ Implementar y Ejecutar enfoque Experimental en la Institución.
- ✓ Implementar Modelo del marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE)
- ✓ Modelo de Arquitectura Empresarial (MAE)
- ✓ Modelo de Gestión y Gobierno TI (MGGTI)
- ✓ Modelo de Gestión de proyectos de TI (MGPTI)
- ✓ Laboratorio de Innovación
- ✓ Innovación Pública Digital
- ✓ Continuar fortaleciendo el modelo IPV6
- ✓ Identificar y Establecer OPAS que maneja la institución. Publicarlas enel SUIT.
- ✓ Carpeta ciudadana Digital
- ✓ Medir índice de Percepción de la experiencia ciudadana en el uso de trámites u otros procedimientos administrativos o consultas de acceso a información pública
- ✓ Establecer Gobierno del Dato.
- ✓ Laboratorio de Simplicidad

En este sentido, la Subgerencia de servicios de salud, expone que la entidad deberá establecerse con premura las acciones de mejora producto del autodiagnóstico de las diferentes políticas del Modelo Integrado de Planeación y gestión (MIPG), con el objetivo de generar avances frente a estos aspectos críticos.

La oficina de planeación y calidad como línea de defensa, y acorde a sus roles y responsabilidades, establece el compromiso de presentar dichas acciones en el comité siguiente, aclarando que esta actividad, no se había iniciado por los cambios presentados en los lineamientos de la función pública y el riesgo de modificación, producto de la





	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 9 de 19

apertura del aplicativo FURAG, el cual indicaba a su vez cambios en los criterios de los diferentes autodiagnósticos dispuestos en la caja de herramientas.

**5. Presentación documentos Gestión de cartera / Gestión Contable / Gestión Financiera (Incluye resolución)**

De acuerdo, a las acotaciones mencionadas en el punto de seguimiento a compromisos y aprobación de documentos, este punto del orden del día, no se ejecuta debido a su debilidad estructural del documento a presentar.

**6. Indicadores Financieros ESE HUEM**

Este punto se tomarán los indicadores definidos en el Plan de Acción institucional.

**7. Modificación cronograma de Comités Institucionales (Humanización)**

Desde el área de planeación y calidad se expone la propuesta para modificar el cronograma de comités institucional vigencia 2023, de acuerdo a la revisión realizada de los actos administrativos específicamente de la Resolución 000261 del 26 de Enero de 2023 "Por el cual se deroga la resolución N.º 0823 de 2021 y se conforma el comité de humanización de la empresa social del estado Hospital Universitario Erasmo Meoz"

En concordancia a esta revisión, se evidencia que la fecha estipulada según el acto administrativo, específica en su artículo 5, la periodicidad de manera mensual cada tercer martes del mes.

Este cambio es aprobado por el comité y se ejecutará en el horario de 08:00 a 9:00 sin afectar la programación de los demás comités.

**8. Seguimiento al Plan de Acción**

Se realiza presentación del seguimiento al Plan de Acción institucional vigencia 2023 con la siguiente estructura:





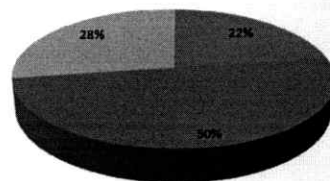

*Plan de acción institucional 2023*

70 metas establecidas en el plan de acción.

**Cumplimiento**

- Las metas del plan de acción incluidas en el plan de desarrollo institucional son en total 18 metas, de las cuales:

**Metas de Plan De Acción**



■ 100%  
■ 90% - 50%  
■ Menor 50%

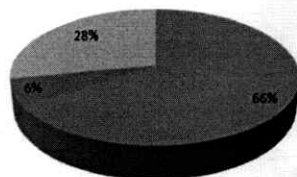
100%	4
90% - 50%	9
Menor 50%	5
<b>Total</b>	<b>18</b>



*Plan de acción institucional 2023*

- Las metas de integración de planes institucionales y estratégicos por parte de las entidades del Estado (Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública) incluidas en el plan de acción son en total 33 metas, de las cuales:

**Metas de Integración Planes Institucionales y Estratégicos**



■ 100%  
■ 90% - 50%  
■ Menor 50%

100%	21
90% - 50%	2
Menor 50%	9
<b>Total</b>	<b>33</b>

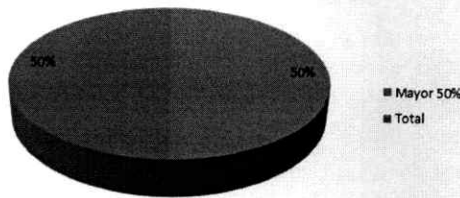
*[Handwritten signatures and initials]*



Plan de acción institucional 2023

- Las metas plan de gestión gerencial incluidas en el plan de acción son en total 19 metas, de las cuales son acciones que al finalizar la vigencia se cumplen; por lo cual se establece un cumplimiento mayor al 50% a la fecha.

Metas Plan de Gestión Gerencial



Mayor 50%	19
Total	19

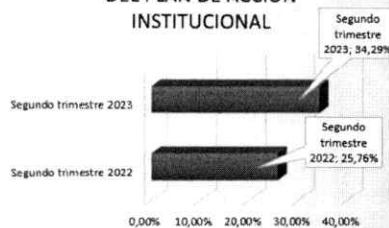


Plan de acción institucional 2023

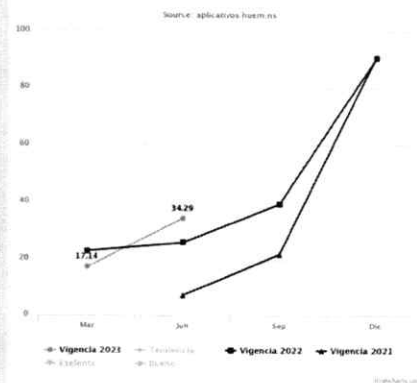
META: 90%

De acuerdo con el seguimiento realizado para el segundo trimestre 2023, se observa el cumplimiento de 24 de las 70 acciones planteadas para la vigencia. Del total de acciones 6 acciones se encuentran en un porcentaje de cumplimiento de (10%-30%), 9 acciones entre (30%-50%), 3 acciones (50%-90%). Se procede a seguir incentivando a los responsables de las tareas mencionadas para dar oportuno cumplimiento y cierre lo mas pronto posible y de esta manera tener un cumplimiento del 100%.


PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL



PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL



*[Handwritten signatures and marks]*

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 12 de 19

Por último, se resalta el envío de información a la Oficina de Control Interno en cumplimiento a sus funciones de seguimiento y evaluación.





### Plan de acción institucional 2023

COMUNICACIÓN INTERNA

150-065  
San José de Cúcuta, 14 de Julio de 2023

PARA: Martín Eduardo Herrera León, Control Interno de Gestión ESE  
HUEM


DE: Asesora de Planeación y Calidad

ASUNTO: Soportes Seguimiento I Semestre Plan de acción Institucional vigencia 2023

Cordial Saludo,

La Oficina de Planeación y calidad se permite enviar soportes del I Semestre Plan de acción Institucional de la vigencia 2023 para su respectivo seguimiento y análisis.

Cordialmente,

  
 DORIS ANGARITA ACOSTA  
 Anexo: 1 CD

Procedió: Manuel Ortiz, Profesional Planeación

## ENTREGA A CONTROL INTERNO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION



Gobernación de Norte de Santander




Av. 118 N° 6800 13, Gobernación, P.O. BOX 1718688  
 Medellín, Antioquia, 050000  
 Cúcuta, Norte de Santander


Como conclusión de esta presentación la Gerencia y Subgerencia de servicios de salud resaltan que la Oficina de planeación y calidad deberán continuar con el permanente seguimiento a las acciones establecidas e informar las desviaciones que se pudiesen presentar con el objetivo de activar planes inmediatos que prevengan el riesgo de incumplimiento.

Nota: En este espacio se indaga a los miembros del comité si desean continuar con la sesión, toda vez que superó el tiempo establecido en la Guía de Gestión de comités de 2 horas. Los miembros del comité de gestión y desempeño aprueban continuar de inmediato por una hora más.

### 9. Gestión de tramites institucionales y política de participación ciudadana

Se realiza presentación del Plan de trabajo de la Política de participación social en salud el cual integra acciones de mecanismo de participación y acciones encaminadas a la

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 13 de 19

racionalización de trámites. En este punto Planeación infiere que como integrante del comité el Profesional universitario de sistemas deberá realizar iniciativas adicionales que promuevan la cercanía a un estado digital conforme a los lineamientos de MINTIC.

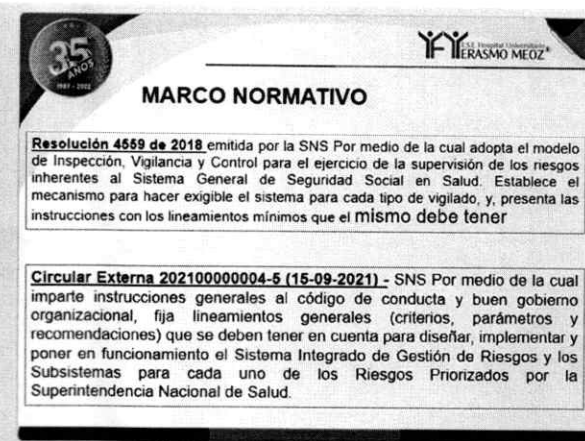
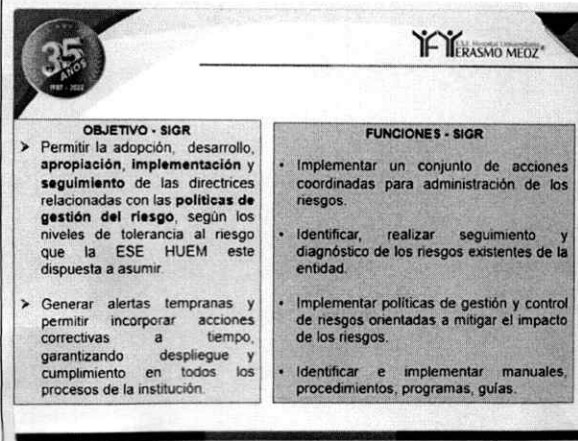
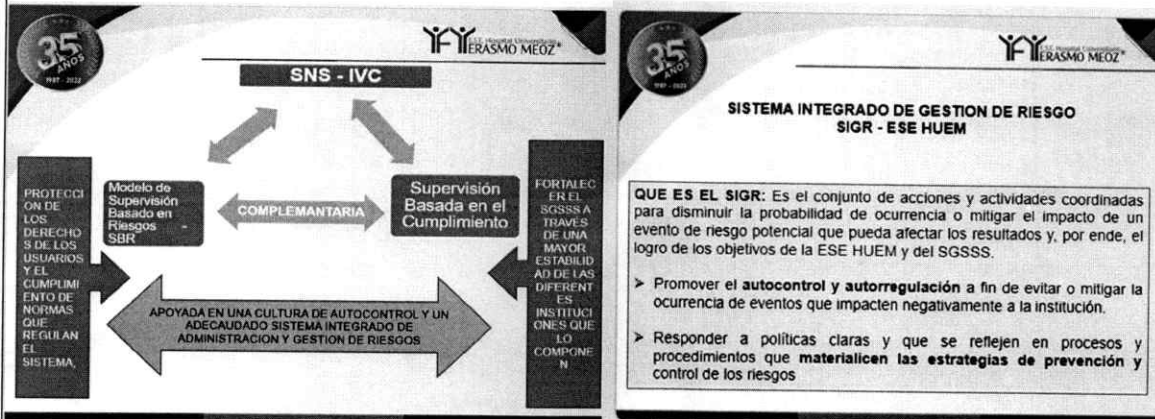
El cronograma presentado es aprobado por unanimidad por los miembros del comité.

### 10. Modelo del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo

Como último punto del orden del día se capacita a los integrantes del comité en la Gestión del riesgo como un componente del Sistema Integrado de Gestión de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Este modelo adoptado por la ESE HUEM, se basa en los lineamientos emitidos por la función pública bajo la Guía de Administración del riesgo en su versión 6 del 2022 y las circulares emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud en el 2021 y 2022

Su estructura de presentación estuvo expuesta por la Oficina de planeación y calidad de la siguiente manera:



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

**En la circular, la SNS:** establece la oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos, de la Superintendencia Delegada para Supervisión de Riesgos, aplicando el modelo de Inspección Vigilancia y Control para la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **Supervisión Basada en Riesgos (SBR)**

**Circular Externa 20211700000004-5 – 15-09-2021:** Presenta Instrucciones Generales Relativas al Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). **Diseño de políticas** para la implementación del SICOF y establece la es responsabilidad de la Junta Directiva (...). 5.2.3.1.2 para su aprobación.

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

**ELEMENTOS MINIMOS DEL SIGR Y DE LOS SUBSISTEMAS QUE LO COMPONEN**

- I. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS
- II. POLITICAS DE GESTION DE RIESGOS
- III. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE RIESGOS
- IV. DOCUMENTACION
- V. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
- VI. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA
- VII. DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

**I CICLOGENERAL DE GESTION DE RIESGOS:**

- a. Identificación de los Riesgos
- b. Evaluación y medición de riesgos
- c. Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos
- d. Seguimiento y monitoreo

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

**II. POLITICAS DE GESTION DE RIESGOS**

Lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos priorizado de forma eficiente y oportuna

Cada subsistema de Administración de Riesgos debe contar con políticas claras, aplicables y conocidas por todos los funcionarios de la entidad. Las políticas adoptadas deben contemplar los aspectos establecidos por la SNS en la circular 20212700004-5. Deben Mínimo establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad) con el contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.

**III. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE RIESGOS**

Mecanismos que instrumentan las políticas de gestión de riesgos, aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de los subsistemas de Administración de Riesgos.

Requisitos mínimos:

- a. Implementar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

- b. Garantizar el efectivo y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- c. Definir las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- d. Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la entidad.
- e. Garantizar como mínimo que las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

**IV. DOCUMENTACION – ARCHIVO DE GESTION**

**DOCUMENTOS MINIMOS DISPONIBLES EN TODO MOMENTO PARA LA SNS (entre otros):**

- a. Actas de Junta Directiva: Aprobación de las políticas de cada Subsistema, aprobación de ajustes o modificaciones del SIGR.
- b. Instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Adoptados mediante acto administrativo.
- c. Código de Conducta y Buen Gobierno
- d. Informes presentados a la Junta Directiva (con el acta respectiva de soporte) por:
  - Gerente: límites y nivel de exposición de los diferentes riesgos,
  - Revisor Fiscal: Sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los subsistemas de Administración de Riesgos.

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

- f. Constancia de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, directivos, administradores, y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- g. Documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- h. Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.
- i. Mapa de Riesgos anticorrupción y de medidas de mitigación
- j. Estrategias anti trámites.
- k. Las Políticas, el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las bases de datos utilizadas para la modelación de los riesgos, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en la circular 20211700000004-5 – SNS
- l. Disponer de un respaldo físico y en medio magnético de toda la documentación señalada en este punto

**35 AÑOS** 1982-2017

**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

**VI. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SIGR ESE HUEM**

**JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HUEM:**

Como máximo órgano de dirección y cumpliendo con lo establecido en la Circular 20211700000004-5 de fecha (15-09-2021) expedida por la SNS:

1. Adopta el sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
2. Establece los Riesgos Prioritarios que debe desarrollar la ESE HUEM.
3. Adopta las políticas o lineamientos generales del Sistema Integral de Gestión de Riesgos.
4. Establece los parámetros que le permitan a la gerencia la Administración del SIGR
5. Realiza la evaluación y vigilancia del SIGR y revisión de políticas de Gestión de Riesgos, soportado en informe presentado por la gerencia (informe mínimo una vez al año).

**35 AÑOS** 1982-2017



**YF** ESE Hospital Universitario ERASMO MEÓZ

**REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HUEM**

La Junta Directiva según las directrices de la Circular 20211700000004-5 de fecha (15-09-2021) expedida por la SNS asigna al gerente en calidad de representante legal las Entre otras las siguientes funciones:

1. Administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIGR
2. Adopción de los Subsistemas del SIGR, enfocado en: Identificar, Analizar, Valorar, Monitorear, Evaluar, Prevenir, Mitigar los Riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.
3. Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas del Sistema Integrado de Gestión de Riesgo adoptadas por la Junta Directiva.
4. Informar a la Junta Directiva respecto del cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos adoptados en el SIGR.
5. Diseño e Implementación del PTEE y presentación a la Junta Directiva

*[Handwritten signatures and initials]*



6. Dar cumplimiento a los términos y lineamientos definidos en las circulares emitidas por la SNS.

7. En el Informe de gestión y en la notas a los estados financieros incluir un apartado sobre la administración de los subsistemas y del sistema integrado de Gestión de Riesgo. Información Cuantitativa y Cualitativa.

8. El gerente como administrador del SIGR de la ESE HUEM, designará los **responsables y encargados de cada SUBSISTEMA DEL SIGR.**

Los responsables de los Subsistemas de riesgos establecidos por la gerencia, actúan como equipo de apoyo a la administración del SIGR, y a las actividades de evaluación.

El Área de planeación actuará como orientadora del SIGR.

**REVISORIA FISCAL ESE HUEM**



Deberá presentar a la Junta Directiva, mínimo una vez al año, informe escrito sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Sistemas y Subsistemas de Administración de Riesgos, informe anexo al acta de Junta Directiva y copia en el Archivo de Gestión del SIGR.

De igual forma, deberá poner en conocimiento del(os) Oficial(es) de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAF, SICOF, PTEE, así como de los controles establecidos.

**EL SIGR ESE HUEM**

Analiza los informes presentados por Auditoría Interna, por Revisoría Fiscal para que sirvan como insumos de planes de acción y mejoramiento para la adopción de medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas.

Valida la Efectividad del SIGR y de los Subsistemas por los cuales está conformado.



**CONTROL INTERNO ESE HUEM**

➤ Fomentar la cultura de autocontrol y de gestión de riesgos, de manera que sea una política de gobierno organizacional, transversal a la institución, incluyendo políticas de control interno.

**Cultura de Autocontrol** Agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Puede proveer la seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

En los manuales de procesos y procedimientos se debe establecer las **Metodologías de valoración de los riesgos**, las políticas de Gestión de riesgos y los lineamientos del Sistema de Control Interno y monitoreo frente a los diferentes riesgos.

Integrar a la auditorías, la auditoría a los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.


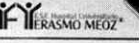
**ÁREA DE GESTIÓN DE RIESGOS (VOLUNTARIA DE CADA ENTIDAD)**

Área de Apoyo, orientadora y de evaluación, que tendrá a su cargo la administración y gestión de los diferentes riesgos.

Funciones: Identificación, Medición, Control y Monitoreo de cada uno de los riesgos

**VI. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA**

- Soporte Tecnológico que garantice el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del SIGR mediante la generación de informes confiables.
- Procesos definidos que permitan realizar un control adecuado de las políticas y límites establecidos.
- Plan de conservación, custodia y seguridad de la información.
- Centralizar la Información Relacionada con la gestión de riesgos

**II. DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES**

Diseñar, programar y coordinar planes de divulgación y capacitación a todas las áreas, mínimo una vez al año. Garantizar que el personal tenga conocimiento de la entidad, de los procesos y procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

**Divulgación de la Información Interna:**

- Reportes semestrales del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados, Informe de Gestión al cierre de ejercicio sobre el cumplimiento de políticas, límites y grado de cumplimiento, nivel de exposición a los diferentes riesgos, perfil de riesgo de la entidad.

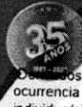

**Divulgación de la Información Externa:**

- Informe de gestión al cierre de cada ejercicio contable, que debe incluirse en las notas a los estados financieros. Información Cualitativa y Cuantitativa (sobre la gestión integral de los riesgos).



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

### 1. RIESGOS EN SALUD

Definidos de la Prestación de Servicio de Salud. Corresponde a la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del(os) individuo(s), que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.



**El evento** es la ocurrencia de la enfermedad, trauma, o evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta.

**Las causas**, son los diferentes factores asociados a eventos

**Impacto**: consecuencias máxima

**Tener en Cuenta**



- Situación en salud del territorio.
- Caracterización de los servicios ofertados según modalidades de atención y contratación, y caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención (Política de Seguridad del Paciente). Armonizado con riesgo operativo.

### 2. RIESGOS OPERACIONAL

Probabilidad de ocurrencia que en la ESE HUEM se presenten desviaciones de los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos.

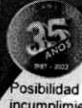

- Pérdidas en los resultados operativos esperados**, incluyendo la satisfacción de la población en su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operativos.
- Pérdidas financieras en la entidad**, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.
- La administración del riesgo operacional parte de la identificación de los riesgos, la exposición y la documentación de los procesos de la entidad.

### 3. RIESGOS ACTUARIAL

Posibilidad de incurrir en Pérdidas Económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (Contrato por eventos, PGP, Policía, etc.). Las estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta eventos futuros que podrían ocurrir.

- Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender.
- Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
- Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
- Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
- Incremento inesperado en los costos de proveedores
- Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.






### 4. RIESGO DE CREDITO :

Posibilidad de que la ESE HUEM incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como: monto, plazo y demás condiciones.

La administración incluye la estructuración de los Subsistemas del Riesgo de Crédito, que le permita desarrollar políticas, procedimientos específicos de seguimiento, mecanismos y lineamientos e incluir modelo del cálculo de deterioro y provisiones, así como los procedimientos y seguimientos a la gestión de cobro, recaudo y mecanismos de cobranza, estrategias de gestión de glosas, todos estos verificados por lo menos una vez al año. Así como una estrategia de gestión de glosas ante las ERP como EPS, ADRES.

El control debe estar orientado a establecer políticas y procedimientos que le permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas y garantizar el control financiero y jurídico de la Cartera.



### 5. RIESGOS DE LIQUIDEZ

Posibilidad que la ESE HUEM no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto plazo (riesgo inminente) como en el mediano plazo (riesgo latente). Está relacionado con:

- La gestión de riesgo de crédito por la adecuada recuperación de cartera,
- La gestión de riesgo actuarial (ingresos vs costos de los contratos de venta de servicios).

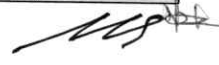
La gestión abarca la identificación de los riesgos, de políticas de mitigación. La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos y pueden limitar los pagos de obligaciones, conllevar a deficiencias en la prestación de servicios de salud, la percepción de los usuarios, y, representar un riesgo sistemático, afectando la viabilidad financiera.

Objetivo de la administración: Minimizar las pérdidas y garantizar el control financiero y jurídico de la Cartera, con la herramienta de control, la proyección de los flujos de caja.

### 6. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION AL TERRORISMO


Posibilidad que en la realización de operaciones de la ESE HUEM, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas, conforme lo establece la Circular emitida por la SNS.



7








**7. RIESGO DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF**

Posibilidad que la ESE HUEM se vea afectada por la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad y/o Fraude tanto al interior como al exterior de la entidad, por todos los implicados en los diferentes procesos.

Para mitigar el riesgo de COF, la administración garantizará la debida administración del subsistema, así como el control de los riesgos relacionados e identificados, orientados a la prevención de riesgo de diferentes procesos, para reducir inconsistencias en corrupción, opacidad y fraude que se puedan presentar en cada uno de ellos.

La ESE HUEM debe adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad y transparencia y la lucha contra la corrupción y opacidad.




**8. RIESGO DE GESTION**

Posibilidad que la ESE HUEM se vea afectada en el logro de sus objetivos estratégicos o metas establecidas en el plan de desarrollo, así como eventos que puedan tener un impacto negativo en el direccionamiento estratégico y/o en la reputación institucional.

Para mitigar el riesgo de gestión la administración debe identificar y establecer posibles efectos en los procesos, servicios y acciones que sean considerados estratégicos, los cuales puedan afectar la reputación de la entidad. Esto implica implementar herramientas de medición, como percepción de usuarios y el seguimiento del sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, así como del Sistema de Gestión de Calidad. También se deben establecer mecanismos de evaluación y seguimiento a la aplicación del Código de Conducta y Buen Gobierno. Así como, implementar protocolo de manejo de comunicaciones públicas y plan de comunicaciones institucional.


La materialización está asociada a otros riesgos como salud, operación, financieros, (...)



La administración adecuada de los riesgos de Salud, Operacional, de Crédito, de Liquidez, Actuarial, contribuirá a mitigar el riesgo de gestión para el direccionamiento estratégico

**NOTA:** El Desarrollo e implementación de cada Subsistema de Riesgo no es excluyente, se debe avanzar en el desarrollo de todos los Subsistemas priorizados de forma paralela, con el fin de articular todo el SIGR no trabajarlos de forma separada.

La implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos conlleva a la necesidad de **identificar y articular factores, riesgos, acciones de control y planes de mitigación** que puedan ser gestionados en conjunto **para aportar al logro de los objetivos a través de acciones comunes** y compartiendo recursos, capacidades, costos, conocimientos y activos. En este sentido, se deben identificar riesgos que pueden intensificar las consecuencias de otros riesgos, pues su manifestación impacta otros procesos y acciones de la entidad.



**IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LOS COMPONENTES Y LINEAMIENTOS GENERALES Y ESPECÍFICOS PARA CADA UNO DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**RIESGO EN SALUD Y RIESGO OPERACIONAL**

★ 18 MESES = 14 de Marzo -2023

**RIESGO ACTUARIAL, RIESGO DE CREDITO, RIESGO DE LIQUIDEZ**

★ 24 MESES = 14 de Septiembre - 2023

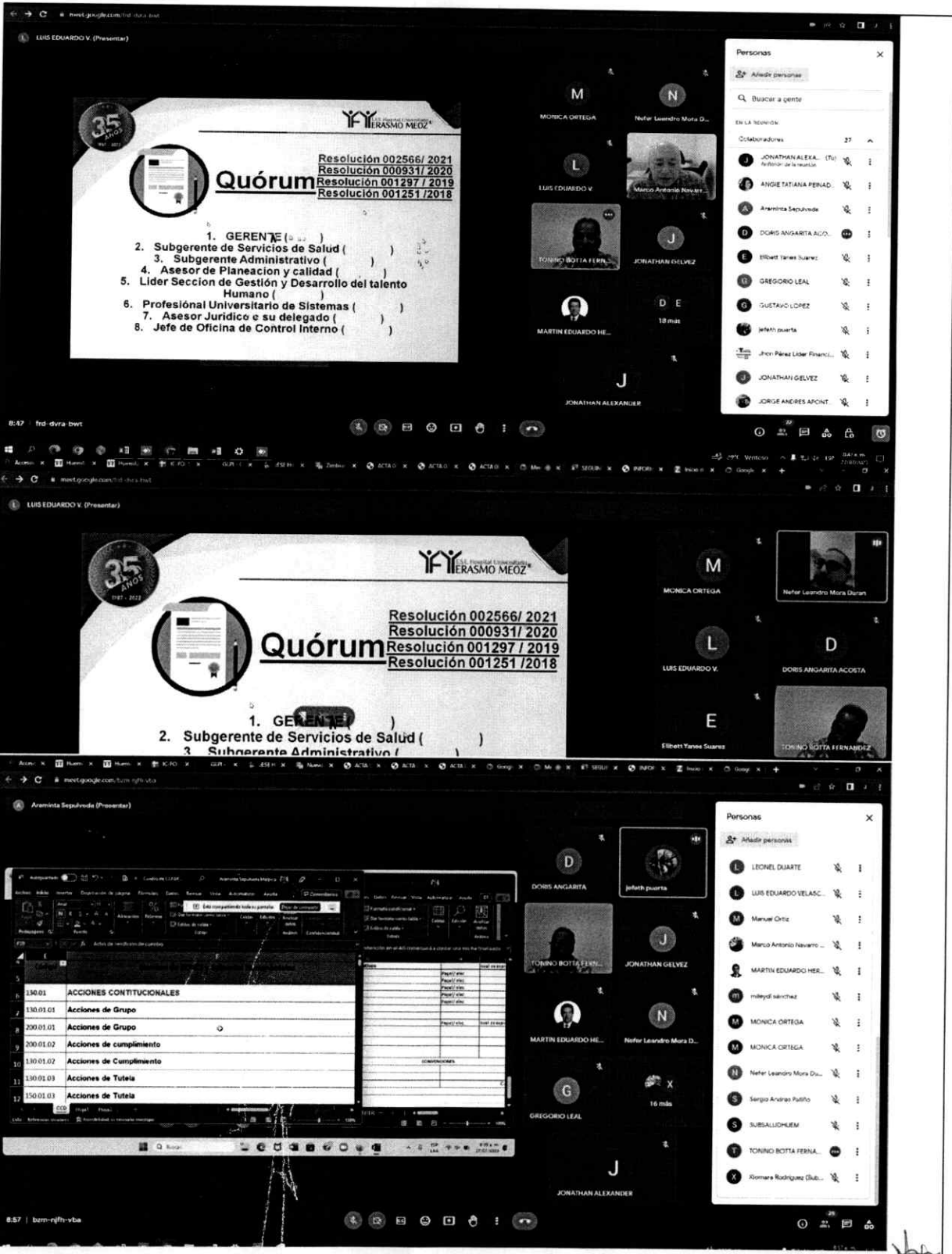
En este espacio se sensibiliza a todos los integrantes en el continuo seguimiento de la Gestión del riesgo y la importancia del líder del proceso como mecanismo de autocontrol y autogestión en la institución.

## 11. PROPOSICIONES Y VARIOS

Una vez superada la hora adicional en el comité de gestión y desempeño, la sesión no contempla algún tema de proposición y varios.







**Quórum**

Resolución 002566/ 2021  
Resolución 000931/ 2020  
Resolución 001297 / 2019  
Resolución 001251 /2018

1. GERENTE ( )
2. Subgerente de Servicios de Salud ( )
3. Subgerente Administrativo ( )
4. Asesor de Planeación y calidad ( )
5. Líder Sección de Gestión y Desarrollo del talento Humano ( )
6. Profesional Universitario de Sistemas ( )
7. Asesor Jurídico e su delegado ( )
8. Jefe de Oficina de Control Interno ( )

**Acciones de cumplimiento**

Código	Descripción	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de término	Estado
130.01	ACCIONES CONTITUCIONALES				
130.01.01	Acciones de Grupo				
200.01.01	Acciones de Grupo				
200.01.02	Acciones de cumplimiento				
130.01.02	Acciones de Cumplimiento				
130.01.03	Acciones de Tutela				
150.01.03	Acciones de Tutela				



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA 19 de 19

ACTA

### Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Establecer el seguimiento a la gestión documental conforme a los lineamientos impartidos en el comité	Oficina de planeación y calidad	Octubre 2023
Establecer las acciones producto de autodiagnóstico de MIPG	Oficina de planeación y calidad	Septiembre 2023

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación

