



GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA1 de 12

ACTA

LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño

CAPACITACION

REUNION

x

ACTA NO. : 012

FECHA: 28/12/2023

HORA: 08:12 am

Asistentes:

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Miguel Tonino Botta Fernández	Gerente	Gerencia	
Maribel Trujillo Botello	Subgerente	Subgerencia Salud	
Marco Antonio Navarro Palacios	Subgerente (E)	Subgerencia Administrativa	
Marco Antonio Navarro Palacios	Asesor (E)	Planeación y Calidad	
Marco Antonio Navarro Palacios	Líder	Gestión y desarrollo del talento Humano	
Nefer Leandro Mora	Líder	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	

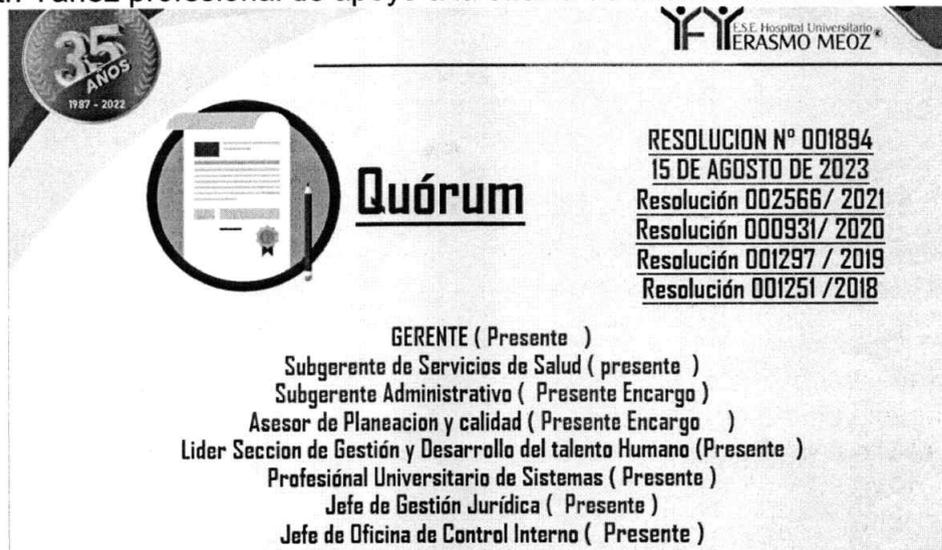
Orden del Día:

- 1. Apropriación Direccinamiento estratégico
- 2. Seguimiento a compromisos
- 3. Documentación en el Mes de Diciembre
- 4. Borrador de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano Vigencia 2024
- 5. Borrador de Mapa de Riesgos de corrupción vigencia 2024
- 6. Planes y programas Institucionales

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA2 de 12

Resumen de los temas tratados y conclusiones:

Como fase inicial de la sesión, se realiza presentación de la verificación del quórum identificando que para el desarrollo de la sesión el Dr. Marco Antonio Navarro Palacios se encuentra con encargado de la Oficina Subgerencia Administrativa y la Oficina de Planeación y calidad. Para el Desarrollo técnico de la reunión el Dr. Marco Antonio realiza invitación a la Profesional Jenny Mogollón de la Oficina Subgerencia administrativa y a la Ing. Elibeth Yáñez profesional de apoyo a la oficina de talento humano.



Quórum

RESOLUCION N° 001894
15 DE AGOSTO DE 2023
Resolución 002566/ 2021
Resolución 000931/ 2020
Resolución 001297 / 2019
Resolución 001251 /2018

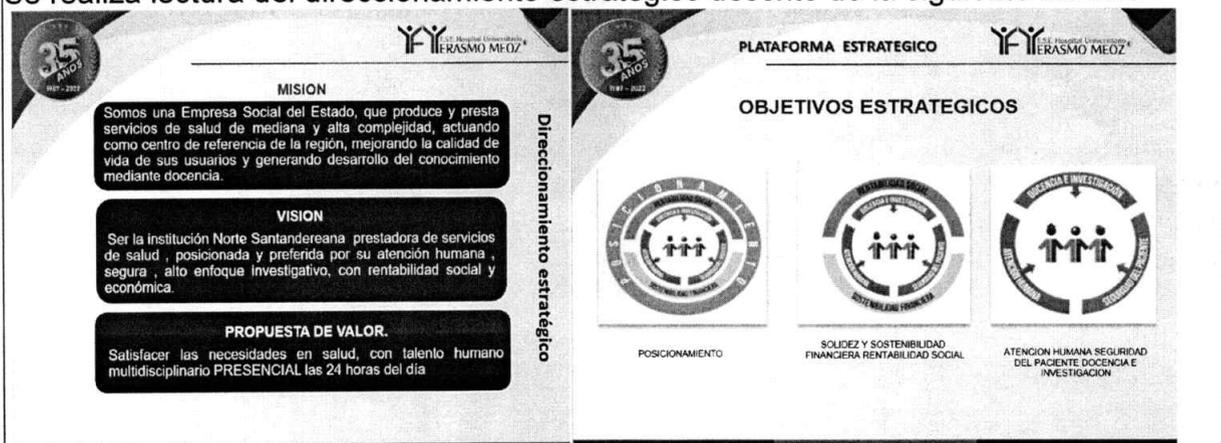
GERENTE (Presente)
 Subgerente de Servicios de Salud (presente)
 Subgerente Administrativo (Presente Encargo)
 Asesor de Planeacion y calidad (Presente Encargo)
 Lider Seccion de Gestión y Desarrollo del talento Humano (Presente)
 Profesional Universitario de Sistemas (Presente)
 Jefe de Gestión Jurídica (Presente)
 Jefe de Oficina de Control Interno (Presente)

Con la participación de la mitad más uno, se procede a ejecutar el comité de Gestión y desempeño del mes de Diciembre 2023

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 ATENCION HUMANA SEGURIDAD DEL PACIENTE DOCENCIA E INVESTIGACION



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	<p style="text-align: center;">ACTA</p>	VERSION: 2
FECHA: SEP 2017		
PAGINA3 de 12		

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, 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, prontitud, 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.

Generar confianza: Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.

Entorno: Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.

Alentar innovación: Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.

Orientado al logro: Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.

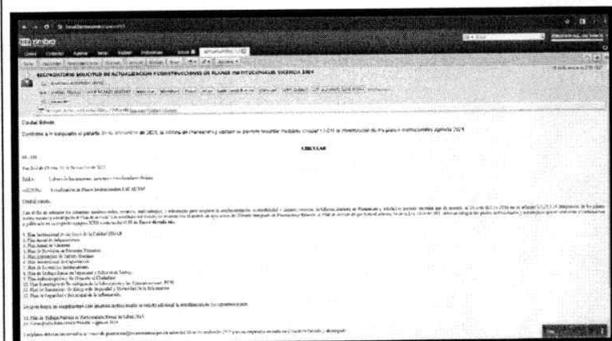
Conocer necesidades: Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

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

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Elaborar Circular para el inicio de construcción de planes de decreto 612 de 2018	Asesor de Planeación y calidad	30 de Diciembre de 2023
Establecer reunión con coordinación TICS para el diseño de estrategias a corto plazo que permita obtener mejores resultados en las Políticas de Gobierno Digital, Seguridad Digital y racionalización de tramites	Profesional Universitario Sistemas	30 de Diciembre de 2023

En relación al primer compromiso se expone que desde la Oficina de planeación y el programa se realizó envío de la circular para el inicio de construcción de planes de decreto 612 de 2018



[Handwritten signature]

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA4 de 12

En relación al segundo compromiso se realiza presentación por parte del Coordinador de TICs el Ing. Sergio Patiño con la siguiente estructura:

 <h2 style="text-align: center;">Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información</h2>	 <h3 style="text-align: center;">Riesgos Identificados Durante la Vigencia</h3> <ol style="list-style-type: none"> Exposición permanente a software malicioso a través de herramientas informáticas que requieren uso Web. Perdida de información por retiro de personal o traslado. Infraestructura de red desbordada ante incremento de uso de aplicativos institucionales. Limitación de respaldo de información en la nube. Controles mínimos a dispositivos de almacenamiento externos. Limitación a cubrimiento de necesidades de suministros y repuestos. Uso de software no validos como sistemas de información. Suplantación de identidad y de usuarios afectando la confiabilidad del sistema de información.
 <h3 style="text-align: center;">Control a Riesgos Identificados Durante la Vigencia</h3> <ol style="list-style-type: none"> Se establecieron configuraciones en Antivirus, Bloqueos de Firewall (Fortinet), se adquirieron plataformas de monitoreo ProxMox para correos y CloudFlare para servidores y motores SQL. Se mantiene formato de retiro de recolección de firmas, pero se socializo a líderes y coordinadores la necesidad de auditorías a equipos de cómputos asignados al personal retirado. Se evidencia incremento en los usos de aplicativos institucionales que demandan más recursos de infraestructura, se establecen compresiones más altas a copias de seguridad. Se establece procedimiento de copias de seguridad, en nube se respalda 100% de información asistencial. Se establece procedimiento de creación de usuario para obtención de credenciales de acceso a plataformas institucionales. 	 <h2 style="text-align: center;">Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones</h2> <p style="text-align: center;">PETI</p>
 <h3 style="text-align: center;">SERVICIOS TICS</h3> <p>Conectividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> WiFi Corporativa Conexión a internet VPN Generación de Reportes de Navegación Correo electrónico Telefonía IP INTRANET Sitio WEB Institucional 	 <h3 style="text-align: center;">SERVICIOS TICS</h3> <p>Seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios y actualizaciones Carpetas compartidas Autenticación de Usuarios Aplicación de GPO Crear, Modificar y Eliminar cuentas de Usuario y Genéricas de Aplicaciones, sistemas de información y servicios Desbloquear y Resetear cuentas de usuarios Asignación, Modificación y eliminación de Roles y Permisos de Aplicaciones, sistemas de información y servicios



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	<p style="text-align: center;">ACTA</p>	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 5 de 12

	<h3>SERVICIOS TICS</h3>		<h3>PROYECTOS PETI</h3>
<p>Seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignar Permisos de Internet • Asignación de Accesos (llamada nacional, internacional y celular) • Administración de Licencias de Antivirus • Configuraciones, cambios y actualizaciones a la consola de Antivirus • Análisis de Virus • Actualización a Clientes • Restauración de Información • Copias de Respaldo a Información organizacional 		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del proyecto: Arquitectura de Gestión y explotación de datos (100%) • Nombre del proyecto: Fortalecimiento del almacenamiento en la nube privada de la ESE HUEM (100%) • Nombre del proyecto: Cambio de la troncal PBX análogo a troncal SIP o digital (100%) • Nombre del proyecto: Renovación de Acces Point y Switches obsoletos (100%) • Nombre del proyecto: Cambio backbone fibra desde datacenter a centros de datos de Urgencias adultos, Rayos X y Banco de sangre (100%) • Nombre del proyecto: Renovación de la INTRANET institucional (65%) 	
			

En este informe, se resalta desde el comité la continua preocupación en la oportunidad para el desarrollo de estrategias que fortalecen a la institución en materia de seguridad y privacidad de la información.

El comité de Gestión y desempeño, reitera al Coordinador TICS y al Profesional Universitario de sistemas, el compromiso que sus cargos tienen con la institución y su función de velar por el correcto desarrollo de los sistemas de información.

Se recomienda en el 2024 desarrollar un PETI con una duración a corto plazo, es decir, bajo una programación de 12 meses y retomar con el porcentaje de la acción de 65% de cumplimiento bajo el nombre de "renovación de la INTRANET".

Desde planeación y calidad, se solicita una revisión de usuarios, claves y accesos a los registros clínicos con el fin de identificar en el 2024 una base actualizada y controlada del personal autorizado, constituyendo a su vez una arquitectura de información sólida para la ESE HUEM.

Por último, en el desarrollo de la sesión, se resalta la socialización nuevamente de los números de teléfono para asignación de citas y conmutador, la transición del sistema de gestión documental con sus respectivas asignaciones de usuarios, claves y firma digital y el apoyo a la Oficina de GABYS en materia de contratación y cargue en las respectivas plataformas. Como invitado al comité, el coordinador de GABYS expone su necesidad en el acompañamiento permanente en estos últimos días del área de TICS, con el fin de evitar riesgos que comprometan el funcionamiento de la entidad.

El coordinador de TICS, se compromete en el 2024 desarrollar un PETI que abarque las necesidades y prioridades institucionales que faciliten al usuario y población en general al acceso a la información y a los servicios prestados.



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA6 de 12

En ese sentido, el profesional Universitario de Sistemas, El ingeniero Gregorio Leal responsable del SUIT, identificará estrategias en la vigencia 2024 que permitan optimizar los procesos institucionales a traves de la simplificación, modernización y digitalización.

3. APROBACION DE DOCUMENTOS

De acuerdo a las estrategias diseñadas en el comité de Gestion y desempeño Los documentos a presentar en este comité, obtuvieron previamente la revision de las subgerencias validando la informacion expuesta de acuerdo a sus competencias. Los documentos asistenciales validados por la Subgerencia de Servicios de salud y los documentos administrativos validados por la Subgerente Administrativa.

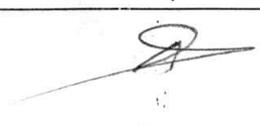
Como primer proceso a evaluar se realiza presentacion de los documentos del Proceso de Adquisicion de Bienes y servicios de la Oficina de Gabys con las siguientes denominaciones

PROCESO:	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
BS-PR-002	PROCEDIMIENTO DE CONTRATACION DE MENOR CUANTIA
BS-PR-001	PROCEDIMIENTO DE CONTRATACION DE MINIMA CUANTIA
BS-PR-003	PROCEDIMIENTO DE CONTRATACION DE MAYOR CUANTIA
BS-PR-004	PROCEDIMIENTO DE CONTRATACION ELECTRONICA
FORMATO	PROCEDIMIENTO CONTRATACION DIRECTA
FORMATO	EVALUACION-OFERTA

En este apartado, se realiza intervención por el Jefe de la oficina de Gestión Jurídica el Dr. Nefer Leandro Mora. Esta intervención presentó negativa frente a la aprobación de los documentos relacionados anteriormente, identificando la necesidad de presentar inicialmente el documento del Manual de Contratacion con los ajustes relacionados. Este Manual de contratacion a su vez es un documento que deberá ser aprobado por Junta Directiva y de allí sí desprender los procedimientos que dieran a lugar. Como jurídico de la institución y miembro del comité expone el riesgo que la institucion asumiría si los documentos se aprobaran en esta sesión.

El coordinador de GABYS solicita la palabra como invitado al comité, exponiendo las razones por las cuales se realizó presentacion de la actualización documenta. Dentro de ellas se encuentran, el seguimiento realizado al indicador de actualización documental realizado por la Oficina de Planeacion y los resultados de auditoria de la Oficina de Control interno de Gestión frente al tiempo de actualización de documentos.

El Dr. Nefer Leandro Mora solicita se considere un tiempo prudente para la revision de documentos acorde al Nuevo manual de contratacion que se presentaría a la Junta Directiva.



Tomando, las consideraciones expuestas, el Dr. Marco Antonio Navarro Palacios apoya la intervención del Jurídico de la Institución y solicita a los demás miembros considerar la proposición de presentar los documentos una vez sea aprobado el Manual de Contratación en Junta Directiva.

El Asesor de Control Interno de Gestión, realiza la recomendación de apoyar la proposición expuesta por el líder de talento humano y tomarse el tiempo suficiente para el análisis y revisión de los documentos expuestos.

En concordancia a lo expuesto, los documentos de Adquisición de bienes y servicios no son aprobados en el comité de Diciembre.

Continuando con los siguientes procesos se relaciona la siguiente documentación:

PROCESO: ene	GESTION Y DESARROLLO DE TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL DOCUMENTO	

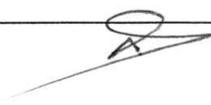
CODIGO DE INTEGRIDAD Y BUEN GOBIERNO
PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE TALENTO HUMANO
SEGUIMIENTO DE ENTREGA Y RECEPCION DE TURNO LABORAL Y REGISTRO DE NOVEDADES
TH- FO - 032 FORMATO PLAN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
TH-FO-025 FORMATO DE INDUCCION ESPECÍFICA
TH-MO-001 MODELO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO POR COMPETENCIAS (ENERO)
TH-PR-007 PROCEDIMIENTO DE INDUCCION Y REINDUCCION
TH-PR-040 PRCEDIMIENTO DE REINCORPORACION LABORAL
TH-PT-00 PROTOCOLO PARA LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN ADECUADA

PROCESO:	ATENCION HOSPITALARIA MEDICINA INTERNA
NOMBRE DEL DOCUMENTO	

PROPUESTA PROTOCOLO ACTIVACION EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA
PROTOCOLO DE MARCAPASO INTERNO TRANSITORIO
PROTOCOLO PROPUESTA OXIGENOTERAPIA
PROTOCOLO PROPUESTA SEGURIDAD PACIENTE CRITICO
HS-PR-009 PROCEDIMIENTO DE POLIPECTOMIA Y RESECCION DE LESIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL CON ASA VS 2
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE PNEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA
PRHS-PR-009 FORMATO PROCEDIMIENTO DE POLIPECTOMIA Y RESECCION DE LESIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL CON ASA

PROCESO:	ATENCION HOSPITALARIA MEDICINA INTERNA
NOMBRE DEL DOCUMENTO	

PROPUESTA PROTOCOLO CODIGO LILA
PROTOCOLO DE ANALGESIA PREVENTIVA EN LA TOMA DE ASPIRADO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA
PROTOCOLO DE EMPLEO DEL PARCHO TRANSDERMICO DE BUPRENORFINA
PROTOCOLO DE EMPLEO DEL PARCHO TRANSDÉRMICO DE LIDOCAÍNA EN MANEJO DEL DOLOR
PROTOCOLO FIBROBRONCOSCOPÍA





GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION

CODIGO: IC-FO-020

VERSION: 2

FECHA: SEP 2017

PAGINA 8 de 12

ACTA

PROCESO:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
DT-GI-007 GUIA PARA EL BUEN USO DEL DOSIMETRO	
DT-PR-000 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE MEDIOS DE CONTRASTES	
DT-PT-071 PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTEE	

PROCESO:	GESTION DE TECNOLOGIA
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
GT-PR-001 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	
GT-PR-005 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE GESTION DE TECNOLOGIA	
DT-PT-071 PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTEE	
GT-PT-001 PROTOCOLO VALIDACION DE CADENA DE FRIO DE LA ESE HUEM	
INDICE DE OBSOLESCENCIA	
PLAN DE CONTINGENCIA DE LAS TECNOLOGIAS DE LA ESE HUEM	

PROCESO:	INFORMACION Y COMUNICACIÓN / SIAU
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
IC-GI-004 GUIA PARA LA PROMOCION DE LA PARTICIPACION SOCIAL	
IC-IN-002 INSTRUCTIVO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO	
DT-PT-071 PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTEE	
IC-PR-016 PROCEDIMIENTO ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO	
IC-PR-016 PROCEDIMIENTO ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO	

PROCESO:	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
PE-PR-001 GESTION INTEGRAL DE PROYECTOS (ALIANZA ESTRATEGICA)	
PE-PR-003 PLAN BIENAL DE INVERSIONES VS 03	
PROGRAMA PROMOCION Y PREVENCION HUEM VERSIÓN	

PROCESO:	GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO SST
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	
PVE- RIESGO BIOLOGICO	

PROCESO:	AMBIENTE Y RECURSO FISICO
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
RF-PL-002 PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL	

PROCESO:	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
VE-PR-007 PROCEDIMIENTO DE VACUNACION PAI REGULAR Y COVID-19	
VE-PR-008 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE RESIDUOS DE VIALES MULTIDOSIS VACUNA COVID-19	

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	<p style="text-align: center;">ACTA</p>	VERSION: 2
FECHA: SEP 2017		
PAGINA 9 de 12		

PROCESO:	ATENCION DE URGENCIAS
NOMBRE DEL DOCUMENTO	
UR-PR-004 PROCEDIMIENTO DE APOYO TECNOLOGICO DE REFERENCIA VS 02)	
UR-PR-005 PROCEDIMIENTO DE REMISION	
UR-PR-006 PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA INTERCONSULTA	
UR-PR-007 PROCEDIMIENTO DE REMISION ORDEN DE SERVICIOS	
UR-PR-008 PROCEDIMIENTO HIPERFRECUENTADOR	

4. Borrador de Plan Anticorrupción y atención al ciudadano Vigencia 2024
5. Borrador de Mapa de Riesgos de corrupción vigencia 2024

Para el desarrollo del punto 4 y 5 se realiza presentación por parte de la Oficina de planeación y calidad en relación al Plan Anticorrupción y al mapa de riesgos de corrupción bajo la metodología expuesta por la Función Pública y los lineamientos de transparencia.

Ayúdanos a construir el

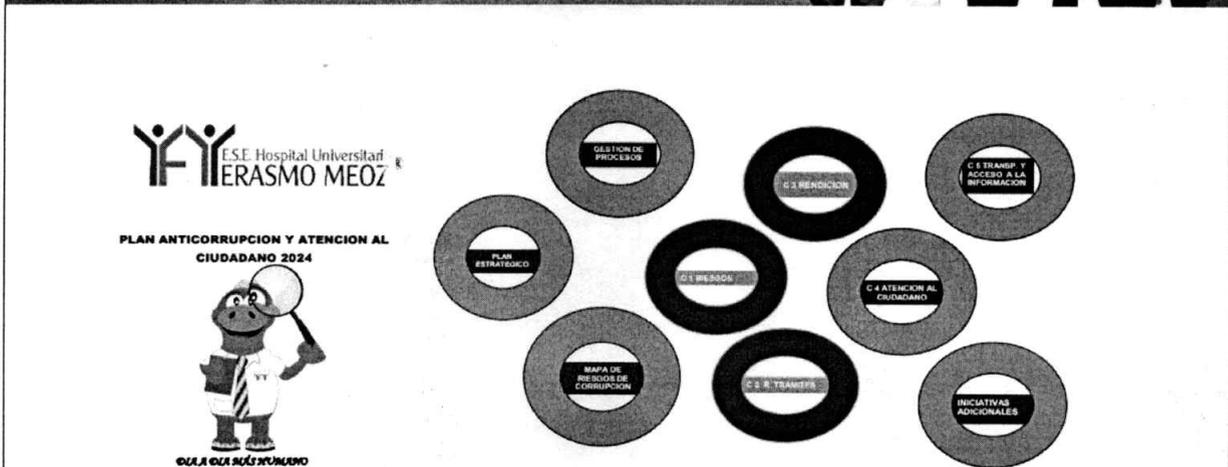
PLAN ANTICORRUPCIÓN, ATENCIÓN AL CIUDADANO Y MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

VIGENCIA 2024

Síguenos en nuestras redes sociales:

[f](#) @ESEHUJEM
 [X](#) @ese_huem
 [@oficinasicmmeoz](#)
 [v](#) ESEHUJEM





Se socializa a los miembros que la Oficina de planeación y calidad realizó los talleres con los 20 procesos institucionales en relación a su construcción y evaluación de riesgos de corrupción cuyos soportes reposan en la Oficina.

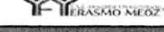


	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 10 de 12

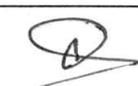
 PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2014		 VOLVER		OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD					
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	REGISTRADO
Gestión del Riesgo de Corrupción	1. Fortalecimiento de talento humano al servicio del ciudadano	1.1. Promover la Política de Administración de Riesgo Institucional actualizada	Política de Administración de Riesgo Institucional con ajuste a través de canales de comunicación interactivos internos	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-14	mar-14	Acto que permita evidencia el desarrollo y divulgación de la Política de Administración de Riesgo Institucional	
		1.2. Realizar estrategias de socialización y campañas de promoción de acciones de corrupción, capacidad y salud	Informe de los resultados de socialización	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación SISTEMAS	feb-14	mar-14	Informe elaborado	
		1.3. Promover competencias en los integrantes de la prestación de servicios en control social y en salud	3 capacitaciones durante la vigencia a la Asociación de Usuarios del Control Social en Salud	SAU	Oficina Asesora de Planeación Talentos Humanos	mar-14	mar-14	Numero de Capacitaciones Realizadas/Numero de capacitados/Numero de programas	
		1.4. Fortalecer la formación en lenguaje corporativo de las acciones	80% de los colaboradores administrativos capacitados en lenguaje claro (SIMP)	Lider Talento Humano	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-14	ago-14	Porcentaje de colaboradores administrativos capacitados en lenguaje claro	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgo de Corrupción	2. Actualización del Mapa de Riesgo de Corrupción	2.1. Realizar un diagnóstico con los integrantes del Comité de Gestión y recuperación de Mapa de Riesgo de corrupción. Vigencia 2014 para su actualización, aprobación y presente de Ejecución de la misma	Mapa de Riesgo de Corrupción Revisado Por el Comité de Gestión y Corrupción	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	TODOS	ene-14	mar-14	Acto de Comité de Gestión y recuperación de Mapa de Riesgo de Corrupción	
		2.2. Consolidar el Mapa de Riesgo de Corrupción y Publicarlo en Internet Institucional	Mapa de Riesgo de Corrupción publicado en Internet Institucional	Oficina Asesora de Planeación	SISTEMAS	ene-14	mar-14	Publicación en la Internet del Mapa de Riesgo de Corrupción Institucional	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgo de Corrupción	3. Consulta y Derogación	3.1. Poner a Consideración de la ciudadanía el Mapa de Riesgo de Corrupción	Presentación del Mapa de Riesgo de Corrupción para permitir observaciones en puntos críticos de la Página Web	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-14	mar-14	Publicación en la página Web del Mapa de Riesgo de Corrupción Institucional	
		3.2. Publicar Mapa de Riesgo de Corrupción en la página Web Institucional	Mapa de Riesgo de Corrupción Publicado en Página Web Institucional	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación SISTEMAS	ene-14	ene-14	Publicación en la página Web del Mapa de Riesgo de Corrupción Institucional	
		3.3. Actualizar y Publicar Mapa de Riesgo de Corrupción en la página Web Institucional	Mapa de Riesgo de Corrupción Actualizado y Publicado en Página Web Institucional	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación SISTEMAS	feb-14	mar-14	Mapa de Riesgo de Corrupción Actualizado y Publicado en Página Web Institucional	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgo de Corrupción	4. Monitoreo y Revisión	4.1. Promover informe del desarrollo de las acciones de control de los Mapas de Riesgo de Corrupción a nivel de Comité Interno y Aplicar ajustes en caso que lo requieran	3 Informes de Seguimiento a Mapa de Riesgo de Corrupción	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	abr-14	dic-14	Numero de Informes Presentados/Numero de Informes Programados	
		4.2. Realizar 3 Monitoreos durante la vigencia a través de ESCR y línea Anticorrupción que sea Funcional y que concuerde con los resultados y planes anticorrupción	Evidencia técnica de Actos de seguimiento Realizados a través de ESCR y línea Anticorrupción Institucional	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	SISTEMAS	abr-14	dic-14	Numero de Actos de Seguimiento Realizados/Numero de Actos Programados	
		4.3. Cerrar con 100% de Ejecución del Mapa de Riesgo de Corrupción de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz	100% de las acciones del Mapa de Riesgo de Corrupción ejecutadas	TODOS	TODOS	ene-14	dic-14	Porcentaje de Ejecución del Mapa de Riesgo de Corrupción Durante la vigencia 2014	

Ver Anexo A. Borrador 1 Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano

Una vez leído cada componente del Plan anticorrupción, las actividades propuestas serán publicadas en la Pestaña de Participa, cumpliendo los lineamientos de transparencia y acceso a la información, como mecanismo de consulta a la ciudadanía tanto del Plan como del Mapa

 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZO VIGENCIA 2014									
NO.	DESCRIPCION	CLASIFICACION	SECTOR	INDICADOR	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	ESTADO
1	Mapa de Riesgo de Corrupción Institucional	PROCESO	SECTOR	Indicador	ene-14	mar-14	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Activo
2	Mapa de Riesgo de Corrupción Institucional	PROCESO	SECTOR	Indicador	ene-14	mar-14	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Activo
3	Mapa de Riesgo de Corrupción Institucional	PROCESO	SECTOR	Indicador	ene-14	mar-14	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Activo

Ver Anexo B. Borrador 1 Mapa de riesgo de corrupcion



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
	ACTA	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 11 de 12

6. Planes y programas Institucionales

6.1. Programa de transparencia y ética pública

Como complemento a lo expuesto, se realiza presentación del Programa de Transparencia y Etica Pública 2024 articulando este documento al Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano.

El programa de transparencia y ética pública será liderado por la Oficina de Planeación y calidad, respaldando las estrategias gerenciales que permita dar cumplimiento a lo dispuesto por la Funcion publica.

Ver Anexo C. PAC y Programa de transparencia y etica publica

6.2. Política de participación ciudadana. PPSS



Se realiza presentacion del Plan Anual de la Política de Participación social en Salud liderado por la Oficina SIAU, El plan responde a la necesidad de desarrollar las directrices que le permitan a la entidad garantizar y fortalecer el derecho a la participación en salud

De igual forma responde a la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación reconociendo que las poblaciones tienen procesos de participación social en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud.

El documento en su totalidad estará publicado al Igual que el PAAC en la pestaña Participa para comentarios de la ciudadanía.

Objetivo estratégico	Línea de acción de la PPS	Área de la línea de acción	Definición del indicador de la meta de la línea de acción	Representación numérica del indicador de la meta de la línea de acción	Actividades programadas	Total de los recursos presupuestales de inversión para la meta	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Días programados para la ejecución
Fortalecimiento institucional	a. Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las instituciones.	Asignación de presupuesto de inversión para la contratación de personal del área de participación social dando cumplimiento a la meta.	Número de personas contratadas	1	Contratación del recurso humano para dar cumplimiento a la PPS	3000000	2024-01-01	2024-12-31	334
Fortalecimiento institucional	b. Gestionar los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social.	Desarrollar el plan de formación y capacitación al personal del sector salud	Número de capacitaciones/personal contratado	1	Desarrollo del plan Anual de formación y capacitación al personal del sector salud	3000000	2024-01-01	2024-12-31	334
Fortalecimiento institucional	c. Definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social.	Estructurar un plan de formación mediante curso E-learning a fin de fortalecer el conocimiento de los trabajadores en materia de participación social en salud.	Número de cursos programados	1	Curso E-learning diseñado e implementado a los colaboradores de la institución referente a la PPS	3000000	2024-01-01	2024-12-31	334

Ver Anexo D. PPSS 2024



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

6.3. Plan de Seguridad y salud en el trabajo 2024

Desde el Area de Seguridad y salud en el trabajo se realiza socializacion del Plan de Seguridad y salud en el trabajo vigencia 2024 como un instrumento de planificación el cual especifica la información de modo que pueda tenerse una perspectiva de las actividades a realizar, se definen los responsables, recursos y períodos de ejecución a través de un cronograma de actividades.

El plan de SST de la ESE HUEM estará publicado en la Pagina WEB externa pestaña de transparencia y acceso a la informacion.

Ver Anexo E. Plan del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo vigencia 2024

6.4. Plan de Gestion ambiental y matriz de riesgos ambientales

Continuando con el desarrollo de los planes y programas, se realiza presentacion por el area de ambiente y recurso fisico exponiendo el documento de gestion ambiental con su respectiva matriz de impactos ambientales dando cumplimiento a la normatividad y realizado acorde a un contexto de la vigencia 2023.

Los documentos seran cargados en la Intranet y pagina web externa respectivamente.

Ver Anexo F. Plan de Gestión Ambiental y matriz de riesgos ambientales.

7. Proposiciones y varios

Conforme al tiempo expuesto de dos horas y debido al inicio de otros comités en la agenda de la gerencia, se realiza presentación como anexo al acta y dirigido a la gerencia los informes de gestión del plan de capacitaciones 2023 y el cumplimiento del plan de bienestar e incentivos 2023.

Ver Anexo G. Informe de Plan de capacitaciones

Ver Anexo H. Informe de Plan de bienestar e incentivos

Siendo las 10:09 de la mañana se da por finalizado el Comité de Gestión y desempeño.

Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Realizar el envío a la comunidad hospitalaria del borrador número uno (1) del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano	Planeación y calidad	31 de Enero de 2024
Realizar cargue en Pagina WEB institucional de la PPSS, del Plan de SST y del Plan de Gestión ambiental	Planeación y calidad	31 de Enero de 2024

Revisó: Marco Antonio Navarro Palacios – Asesor de Planeación (E)