| Nº DE ACTA | FECHA | HORA DE INICIO | HORA FINAL |
|---|---|---|---|
| 020 | 21 Octubre 2021 | 9:00 am | 10:45 am |
| **LUGAR**: | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE ACTIVIDAD:** | SOCIALIZACIÓN: | | CAPACITACIÓN: | | OTRO |
| | VISITA AUDITORIA: | | COMITÉ /EQUIPO: | **x** | |
| **OBJETIVO:** | Segundo avance recomendaciones priorizadas por áreas resultados FURAG 2020 | | | | |
| **RESPONSABLE:** | Planeación (Felipe Tierradentro) | | | | |
| **AGENDA:** | Se convoca responsables y líderes de cada área para hacer la presentación del segundo avance en las tareas designadas y el porcentaje que se adjudica según su trabajo desarrollado. | | | | |

| **PARTICIPANTES** | |
|---|---|
| Gladys Duran (Gerente) | Carolina Yasno Gómez (SIAU) |
| Angelica Losada (SST) / Ambiental (e) | Edwin Fabian Castro (Sistemas) |
| Angelica Cruz Rojas (Control Interno) | Nelson Felipe Tierradentro (Planeación) |
| Silvia Daniela Valencia (Mercadeo) | Nury Hernández Luna (Talento Humano) (e) |
| Wilfredo Cárdenas (Gestión Documental ) | |

| **AUCENTES** | |
|---|---|
| Rodrigo Castro (Activos Fijos) | Lizeth Dayana Cabrera( Asesor Administrativa) |

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

**Tabla 1**

| REVISION DE COMPROMISOS | | | |
|---|---|---|---|
| **COMPROMISOS POR EJECUTAR** | **RESPONSABLE** | **FECHA CUMPLIMIENTO** | **ESTADO EJECUCIÓN** |
| Recomendaciones priorizadas a Talento Humano (6) | Nury Hernández Luna (e) | 21/10/2021 | 33.33 %<br>Pendiente 4 |
| Recomendaciones Integridad Gerencia, Planeación (6) | Gerencia, Planeación | 21/10/2021 | 83.33 %<br>Pendiente 1 |
| Recomendación Planeación (4) | Planeación | 21/10/2021 | 50 %<br>Pendiente 2 |
| Fortalecimiento Institucional (7) | Planeación, Activos Fijos, Ing. Ambiental, Asesor Administrativo | 21/10/2021 | 85.71 %<br>Pendiente 1 |
| Gobierno Digital (4) | Silvia Valencia Apoyo Mercadeo | 21/10/2021 | 75 %<br>Pendiente 1 |
| Seguridad Digital (7) | Ing. Edwin y Equipo Sistemas | 21/10/2021 | 85.71 %<br>Pendiente 1 |
| Servicio al Ciudadano (4) | Carolina Yasno, Laura Median SIAU | 21/10/2021 | 75 %<br>Pendiente 1 |
| Racionalización Tramites (2) | Talento Humano, Planeación | 21/10/2021 | 100 % |
| Participación Ciudadana (2) | Carolina Yasno, Laura Median SIAU | 21/10/2021 | 100 % |
| Desempeño Institucional (1) | Planeación | 21/10/2021 | 100 % |
| Gestión Documental (6) | Wilfredo Cárdenas, Gestión Documental | 21/10/2021 | 55 %<br>Pendiente 3 |
| Gestión del Conocimiento (2) | Rafael Luna Talento Humano | 21/10/2021 | 100 % |
| Control Interno (4) | Angelica Cruz | 21/10/2021 | 75 % |

1. Se realiza el comité de avance de las recomendaciones priorizadas FURAG 2020 por cada área y socializada por cada líder y presenta la evidencia de sus avances el Jueves 21 Octubre de 2021 en sala de gerencia 9:00 am y culminando 10:45 am.

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

2. Se priorizaron un total de 61 recomendaciones ajustadas a la institución y que fueron concertadas con cada líder para ser ejecutadas y desarrolladas para el mejoramiento continuo de la institución.

3. Recomendaciones priorizadas por cada área se relacionan a continuación y se deja el porcentaje de avance según la evidencia presentada por cada líder.

**3.1 Recomendaciones priorizadas a Talento Humano (6):**

se realiza la socialización del avance por parte de Gestión del Talento Humano en sus 6 recomendaciones priorizadas por parte de su encargado a la fecha Nury Hernández donde se especifica cada uno de los puntos y el avance que se ha tenido en su ejecución, se revisa los empleos de la entidad y sus niveles jerárquicos según acuerdo 008 de 28 noviembre del 2017, también se verifican la necesidades de capacitación de los servidores de la entidad y se comenta que en la política de Gestión del Talento Humano en el 7.3 está consignada la información de como se realizara este tipo de capacitaciones, seguido de este proceso de capacitación se deberá presentar el cronograma de capacitación para la entidad, también se nombre el plan de retiro asistido a los funcionarios de planta nombrando que en la política en el punto 7.9.2 está reflejada la información referente a esta necesidad, por ultimo por parte de gerencia se hace un acuerdo para modificar los dos últimos puntos de las recomendaciones por otros que se ajuste mas a la institución y se pueda dar cumplimiento.

**Porcentaje avance: 33.33 %**

**3.2 Recomendaciones Integridad Gerencia, Planeación (6):**

Se Socializa Código Integridad Actualizado de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila, adicional su Política de Integridad y Resolución 207 de 17 Agosto 2021. La socialización y Promoción se realizó el 15 Septiembre del 2021 en conjunto por la Política de Integridad, adicional se han realizado los informes de seguimiento al plan anticorrupción cada cuatrimestre en las siguiente fechas 31 Mayo del 2021 y 14 Septiembre del 2021. Adicional el plan de anticorrupción y atención al ciudadano se encuentra ejecutado y actualizado el 26/01/2021 con código MDE-GPDI-PG PL001, también se hacen envíos masivos de la Política de Integridad y el Código de Integridad a los Colaboradores de la Institución y adicional están cargadas en la página de la Institución.

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

Se tiene implementado 9 Buzones en la institución para recibir PQRSDF y adicional en la página Web se tiene disponible para recibir los comentarios vía digital, los lunes de cada semana se hace la apertura de los buzones en compañía del representante de la asociación de usuarios Enrique Cadena

**Porcentaje avance: 83.33 %**

**3.3 Recomendación Planeación (4):**

Se está adoptando la caracterización de los grupos de valor de la institución. Entrega presupuestada 02 Noviembre 2021, se realizó la actualización de la Política de Servicio al Ciudadano por parte del área de SIAU el 10 Agosto del 2021 bajo Res. 203, donde se tienen lo mecanismo de seguimiento y evaluación por medio de los buzón y encuestas de satisfacción y los indicadores consignados en la Política, en el proceso de Participación Ciudadana como componente del plan de anticorrupción y atención al cuidado se tiene ejecutado la rendición de cuentas el 30 Marzo del 2021, adicional la participación del representante de usuarios en la apertura de buzones, seguimiento de revisoría fiscal en los informes presentados en el área financiera y Plan de Gestión Gerencial bajo Res. 408, quedando pendiente hacer seguimiento al plan Antitramites como componente del plan anticorrupción.

**Porcentaje avance: 50 %**

**3.4 Fortalecimiento Institucional (7):** Resultados ya generados después de la Rendición de Cuentas del 30 Marzo y su respectivo informe estadístico https://esesanantoniodepadua.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Rendici%C3%B3n-Cuentas-Vigencia-2020.pdf ,se viene trabajando en la adecuación de las áreas de trabajo tanto en el área misional y administrativa de la E.S.E con su líder Administrativo, teniendo en cuenta los requerimientos que están pendientes para poderlos suplir y consignando la información en el plan de Adquisiciones 2022, se tiene consignado el Programa PGIRASA y Política de Gestión Ambiental donde se toman las medidas para optimizar el consumo de bienes y servicios, siguiendo se pone en consideración el tema de Apertura del Inventario Institucional el 19 Octubre 2021 por parte de su Líder, apoyo de sistemas y vigilancia de control interno, queda pendiente de culminar el inventario para hacer el cruce con contabilidad, se tiene el reporte de residuos peligrosos, se tiene también el

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

cronograma preventivo, toda la información esta reflejada por cada líder en medio digital o físico según el requerimiento.

**Porcentaje avance: 85.71 %**

### 3.5 Gobierno Digital (4):

En la iniciativa de proyecto o planes la institución cuenta con el manejo de las TI de cada uno de los procesos que están desarrollando y que son liderados por la parte Misional, estos planes tienen sus componentes en TI basados en la normatividad vigente y que la E.S.E cuenta con la información detallada de cada uno de los proyectos presentado en el plan bienal, el Plan de Comunicaciones propone el desarrollo de acciones que permitan una adecuada y oportuna comunicación con el cliente interno y externo, reconocimiento institucional, construcción de identidad y el posicionamiento de imagen corporativa a través de los medios de comunicación, para mantener la comunicación con los diferentes públicos de interés, se están empleado medios digitales para la promoción, socialización y visualización de la información generada por la E.S.E (Facebook, Instagram, Grupos Institucionales Internos), Modelo de Plan de Medios.

**Porcentaje avance: 75 %**

### 3.6 Seguridad Digital (7):

Se tiene los siguiente informes generados por el área de sistemas para el cumplimiento de sus recomendaciones generadas, Informe Plan PETI Punto 6, Avance Informe BACKUP Seguridad de la Informacion Punto 9, Informe Evaluación plan de Seguridad y Privacidad de la Informacion Punto 15, Informe de Capacitación de MINTIC Punto 18, Informe Incidentes de Seguridad Punto 20, Informe de FIREWALLL Punto 21 quedando pendiente el punto en efectuar evaluaciones de vulneraciones informáticas.

**Porcentaje avance: 85.71 %**

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

**3.7 Servicio al Ciudadano (4):**

Se tienen los informes de atención al usuario generados por SIAU cada tres meses donde se describen las actividades, el comportamiento global de satisfacción y las iniciativas de los grupos de interés para el direccionamiento estratégico de la institución, según la información Recaudada en las Encuestas de Satisfacción y Buzones y diferentes actividades realizadas por SIAU se tiene la información para caracterizar cada una de la estrategias y poderlas implementar, Se cuenta con un Ángel del Servicio Aux. Enfermería como guía bilingüe en lengua naza para la atención de usuarios en su gran mayoría de poblaciones indígenas, quedando pendiente la señalización en una segunda lengua para su implementación.

**Porcentaje avance: 75 %**

**3.8 Racionalización Tramites (2):**

Acuerdo No. 008 de 28 Noviembre de 2017 por la cual se ajustó el manual de funciones y de competencias laborales para los empleados de la plata de personal de la E.S.E HDSAP, Se tiene 10 tramites establecidos en la Institución de los cuales 8 ya están actualizados con codificación y normatividad, pendiente de hacer el proceso en la página SUIT

**Porcentaje avance: 100 %**

**3.9 Participación Ciudadana (2):**

Apertura de Buzones todos los lunes en compañía del grupo verificador para evidenciar las peticiones de la ciudadanía y usuarios para establecer las mejoras en los procesos y atenciones de la E.S.E, se tiene en medios de comunicación Internos (paños, cuadros etc.) donde se tiene la información de derechos y deberes y notas de interés, adicional medios digitales como Facebook e Instagram.

**Porcentaje avance: 100 %**

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

**3.10 Desempeño Institucional (1):**

Se cuenta con el envío de la información a los grupos de interés por medios digitales para la participación activa en cada una de las actividades y poder mostrar los resultados obtenidos en la gestión gerencial de la E.S.E

**Porcentaje avance: 100 %**

**3.11 Gestión Documental (6):**

Se realizo la socialización de ciclo vital de los documentos donde se capacito y evaluó al personal de E.S.E resultados estadísticos reposan en planeación y Gestión Documental, se menciona la activación nuevamente del comité de archivo para mostrar los avances, también se está realizando la organización documental adecuada en la E.S.E teniendo en cuenta la falencia en equipos de cómputo y escáner para la digitalización de los documentos, como también se lleva la hoja de Control evidencia en Gestión Documental por parte del líder, por parte de gerencia y el equipo de trabajo se buscara nuevas recomendaciones para poder implementar y cumplir satisfactoriamente el proceso.

**Porcentaje avance: 55 %**

**3.12 Gestión del Conocimiento (2):**

Las campañas se vienen generando con apoyo del área de Mercadeo en la difusión de la información a los grupos de interés y se realizó la encuesta de clima laboral para personal de Planta y OPS, por parte de la agremiación también se tiene esta información, por medio del Plan de Medios 2020-2024 establecido por la E.S.E Código MAG-GC-CS-PL-001 bajo Res. 075 de Marzo 12 2021

**Porcentaje avance: 100%**

**3.13 Control Interno (4):**

Se tiene el inicio de las auditoria por parte de control interno a partir del mes de Julio y culminado en Septiembre. Áreas auditadas 16 quedando Costos, Financiera y Jurídica pendiente, Se tiene ejecutada la Matriz de Riesgo Actualizada de los servicios de la institución, quedando pendiente Almacén, toda la información reposa en medio digital y físico Az en Control Interno, verificación por parte de Control Interno que todos los

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

procesos de la Institución cuenten con las evidencias y soportes respectivos para cada actividad desarrollada, quedando pendiente generar las alertas al comité de gestión y desempeño de los hallazgos y oportunidades de mejora encontradas en la auditorias.

**Porcentaje avance: 75 %**

| AREAS | # PRIORIZADAS | # EJECUTADAS | PENDIENTES | % EJECUCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| TALENTO HUMANO | 6 | 2 | 4 | 33,33% |
| INTEGRIDAD | 6 | 5 | 1 | 83,33% |
| PLANEACIÓN | 4 | 2 | 2 | 50% |
| FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL | 7 | 6 | 1 | 85,71% |
| GOBIERNO DIGITAL | 4 | 3 | 1 | 75% |
| SEGURIDAD DIGITAL | 7 | 6 | 1 | 85,71% |
| SERVICIO AL CIUDADANO | 4 | 3 | 1 | 75% |
| RAZIONALIZACIÓN TRAMITES | 2 | 2 | 0 | 100% |
| PARTICIPACIÓN CIUDADANA | 2 | 2 | 0 | 100% |
| DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | 1 | 1 | 0 | 100% |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | 6 | 3 | 3 | 50% |
| GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | 2 | 2 | 0 | 100% |
| CONTROL INTERNO | 4 | 3 | 1 | 75% |
| **TOTAL** | **55** | **40** | **15** | **77,93%** |

**PROPOSICIONES Y VARIOS:**

1. Se informa la importancia alta de seguir con los proceso de mejora y dejar la evidencia según lo establecido.

| COMPROMISOS Y TAREAS | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| 1. Compromiso para el tercer avance presentar un desarrollo final para cada de las priorizaciones pendientes y que están en un porcentaje de ejecución inferior al 80% | Cada líder de área. | 1 Semana de Diciembre |

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*

| | |
|---|---|
| **FECHA Y HORA PROXIMA REUNIÓN:** | Primera Semana Diciembre 2021 |
| **LUGAR:** | Sala de Gerencia E.S.E HDSP |

REDACTÓ: NELSON FELIPE TIERRADENTRO QUINTERO (Planeación)

ANEXOS:

| |
|---|
| **Anexo 1** Listado Asistentes Reunión |
| **Anexo 2** Evidencia envío de correo electrónicos |

DOCUMENTO CONTROLADO



*"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"*