Nº DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
027	06/09/2024	8:10 am	9:05 am
LUGAR: AUDITORIO CENTRAL			

TIPO DE ACTIVIDAD:	SOCIALIZACIÓN:		CAPACITACIÓN:		OTRO
	VISITA AUDITORIA:		COMITÉ /EQUIPO:	**x**	
OBJETIVO:	Desarrollar el Comité de Gestión Desempeño seguimiento segundo trimestre 2024				
RESPONSABLE:	Todos los lideres del Proceso				
AGENDA:	1. Verificación del Quorum 2. Informe Índice Desempeño Institucional FURAG 3. Informe Riesgos Institucionales 4. Informes Riesgos Corrupción 5. Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 6. Proposiciones y Varios				

PARTICIPANTES	
Rafael Luna Joyas (Talento Humano)	Cesar Eduardo González (Subgerente)
Nelson Felipe Tierradentro (Planeación)	Silvia Daniela Valencia (Mercadeo)
Edwin Castro (Sistemas)	Wilfrido Cárdenas (Archivo)
Luisa Castañeda (SIAU)	Marleny Ramon Ospina (Control interno
Claudia Cediel (Auditora Calidad)	Diana González (Aux Subgerencia)
Gilbert Otero (Asesor Financiero)	Carlos Joan Useche (Ambiental)

AUSENTES	
Angelica Losada (SST)	Asesor Jurídico

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"

El día 06 de Septiembre se realiza comité de Gestión y Desempeño en cumplimiento de la Res. 213 del 18 Julio 2024.

E.S.E.Hospital Departamental San Antonio de Padua

RESOLUCIÓN NO. 213 DE 2024

(Julio 18)

" Por medio del cual se actualiza el Comité de Gestión Institucional de Gestión Desempeño y se deroga la resolución 328 de 2019 de Julio 2, en la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA, en cumplimiento del Decreto 1499 del 11 Septiembre 2017"

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA, en uso de sus atribuciones legales y estatutarios, en especial las que les confiere la Ley 10 del 10 Enero, y sus decretos reglamentarios, y

En cumplimiento del mejoramiento continuo de la institución y en los proceso internos de la E.S.E, se realiza la presentación de los avances de cada uno los informes que se generaron para los meses de Junio, Julio y Agosto del 2024.

Toma la palabra líder de Planeacion dando la bienvenida al comité a las 8:10 am a los participantes de la reunión y se hace la presentación del quorum para el día y posterior aprobación.

1. **VERIFICACIÓN DEL QUORUM**
2. Informe Índice Desempeño Institucional FURAG
3. Informe Riesgos Institucionales
4. Informes Riesgos Corrupción
5. Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
6. Proposiciones y Varios

Se pone en consideración la aprobación del orden día, es aprobado por todos los participantes y se procede a realizar la prestación del punto 2 del orden del día.

2. INDICE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL 2023 MIPG

Se realiza la presentación índice de desempeño institucional que obtuvo la E.S.E para el periodo 2023, información que se diligencio durante el mes de mayo y junio, donde lo resultados por parte de la función publica llegaron terminando el mes de Julio, se hace un comparativo del resultado del 2022 Vs 2023 y la proyección que se tiene para la vigencia 2024, se aclara que esta es la ultimo seguimiento que hace Planeacion para FURAG teniendo en cuenta que se contrató por parte del Hospital una persona que estará encargada solamente de MIPG.

"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"

DOCUMENTO CONTROLADO

Adicionalmente se indica que todas las políticas y sus dimensiones serán manejadas por la persona encarga de MIPG y su posterior seguimiento y cargue en la pagina web, como evidencia para el diligenciamiento de la vigencia 2024, se aclara que desde planeación solo se realizara un acompañamiento a este proceso.

A continuación se hace el comparativo 2022 y 2023 del índice de desempeño de la E.S.E. y se explica que dimensiones aumentaron su puntaje y cuales bajaron.

2022

2023

Como se evidencia la institución presento un repunte en la calificación general de la índice de desempeño institucional de un año a otro donde paso en el 2022 de 53.5 a un 66 en la vigencia 2023, con un aumento del 12.5 puntos permitiendo ir avanzado más en todos los proceso administrativos de la institución.

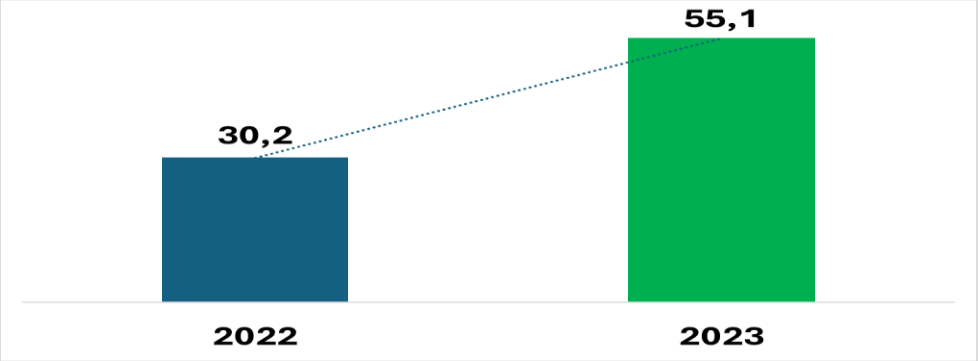
Se procede a realiza la presentación de cada una de las dimensiones:

DIMENSIÓN No.1 TALENTO HUMANO

La dimensión de talento que comprende dos política como son Política de Gestión Estratégica de Talento y la Política de Integridad, presento un aumento en el índice para cada una de ellas, por el trabajo coordinado entre las áreas y teniendo en cuenta que se debe seguir trabajando para aumentar la puntuación para el 2024.

DOCUMENTO CONTROLADO

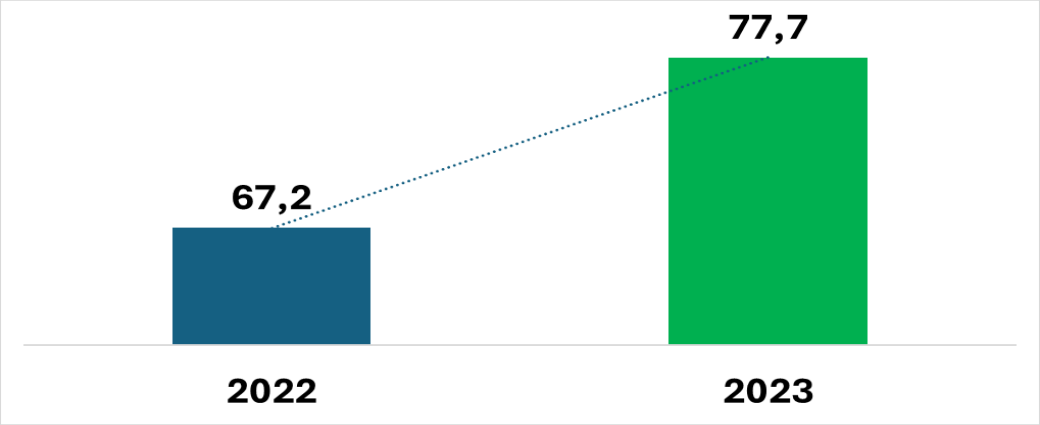
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"



Se paso de 30.2 puntos a 55.1 puntos en esta dimensión, cabe resaltar que por parte del Gerente Dr. José Antonio Muñoz Paz manifestaba que para vigencia se debe aumentar como mínimo cinco (5) puntos por cada año.

Para la segunda dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeacion también presento un aumento significativo en el puntaje de las políticas que lo componen.

DIMENSIÓN No.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN

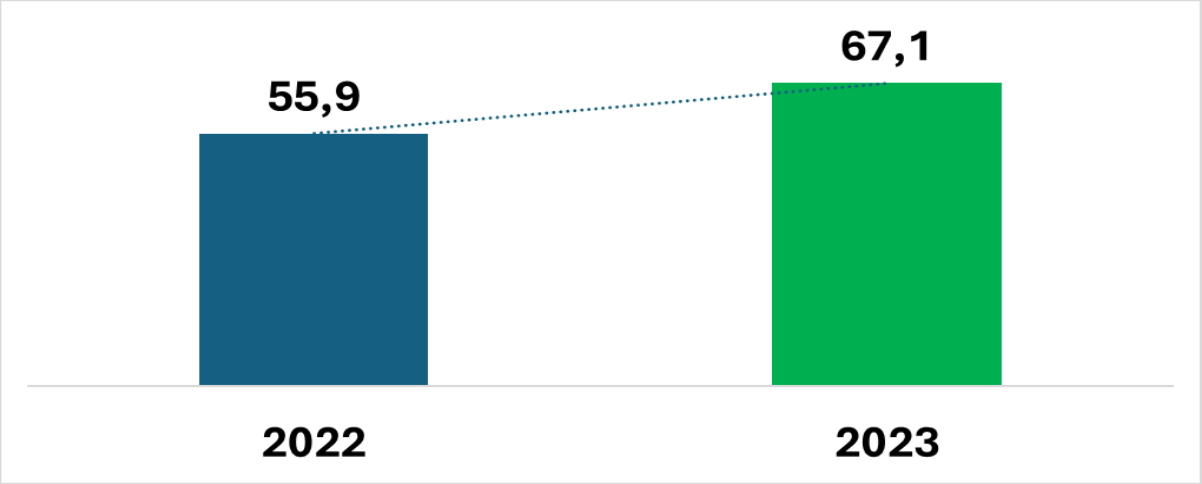


Para este dimensión se presento un aumento de 67.2 puntos para el 2022 y para la vigencia 2023 se alcanzo un puntaje de 77.7, importancia alta seguir con el compromiso en cada uno de los proceso de planeación para ir aumentando cada vigencia más el puntaje.

"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"

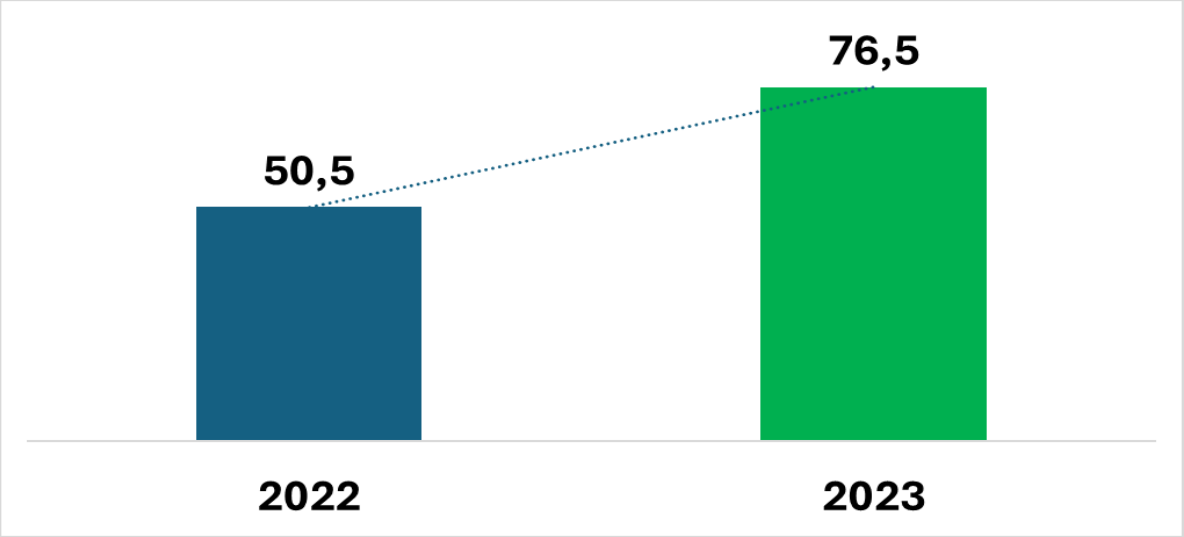
DOCUMENTO CONTROLADO

DIMENSIÓN No.3 GESTIÓN PARA RESULTADOS



Para la dimensión No.3 es la mas grande y que abarca en gran totalidad las políticas de MIPG, se presento un aumento significativo pasado de 55.9 a 67.1 aumentando 11.2 en el índice de desempeño.

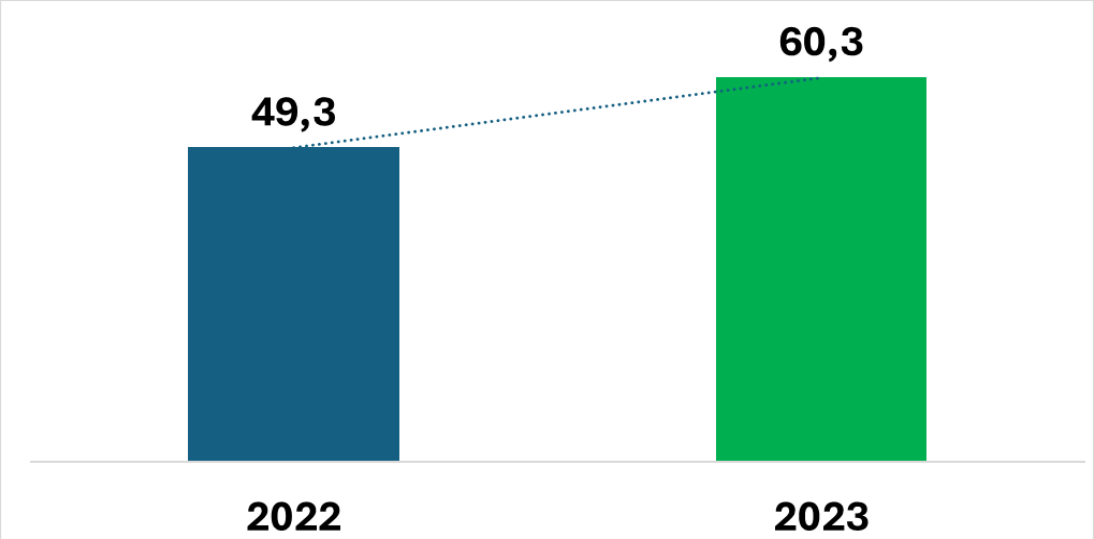
DIMENSIÓN No.4 EVALUACIÓN PARA RESULTADOS



Para la dimensión No. 4 se presento un aumento también significativo de una vigencia para la otra aumentando 26 puntos para el índice.

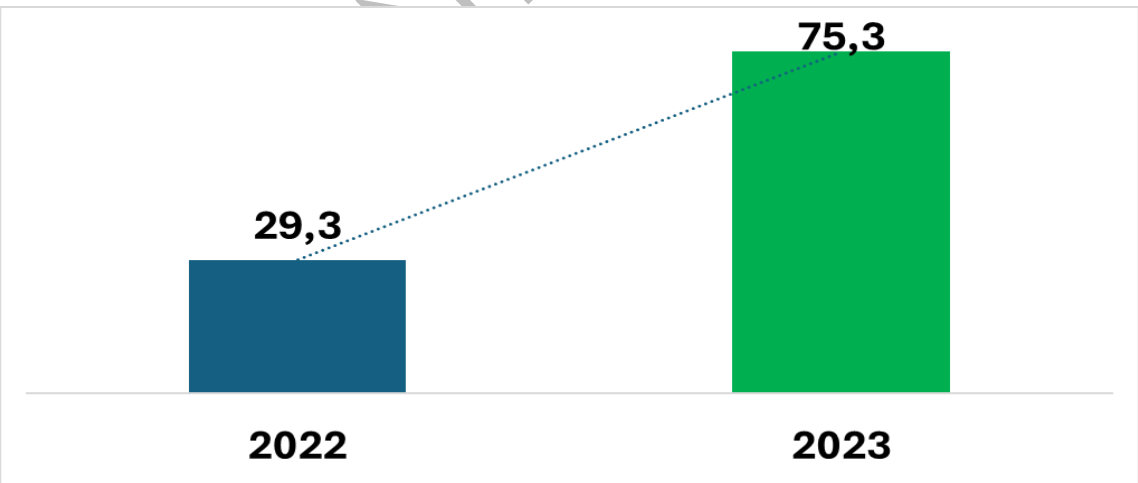
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

DIMENSIÓN No.5 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN



Para la dimensión No.5 se alcanzo un considerable aumento pasando de 49.3 a 60.3 puntos con un aumento de 11 punto para esta dimensión, teniendo en cuenta que se debe mejorar mas este puntaje alcanzando un 70 para el 2024.

DIMENSIÓN No.6 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



"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"

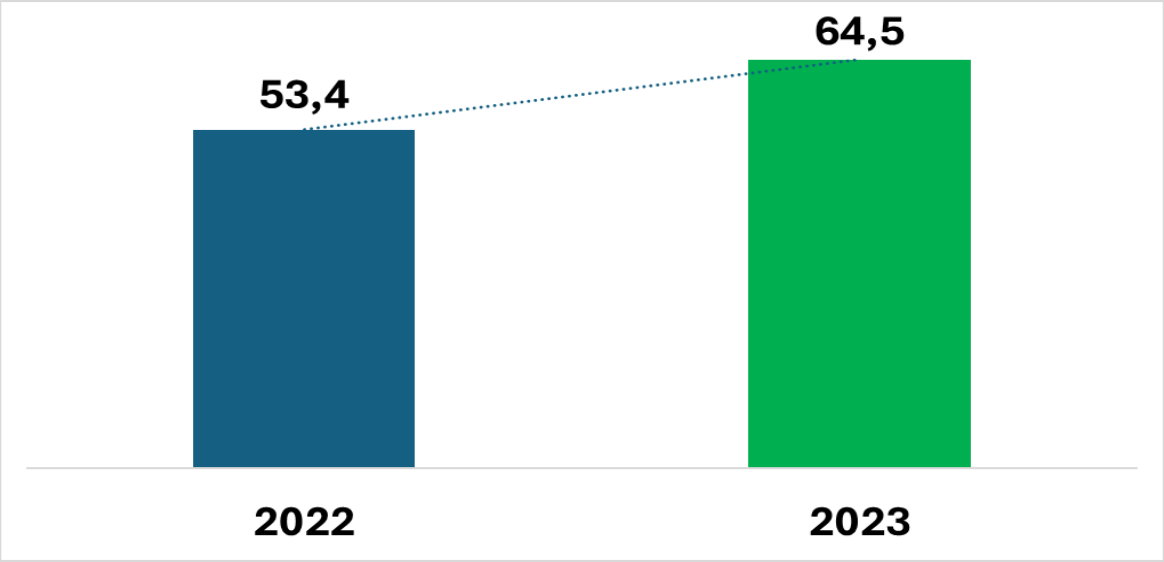
No cabe duda que para esta dimensión se presentó un aumento extraordinario pasando del 2022 con 29.3 puntos a 75.3 puntos para el 2023, esto logrado por la apertura de la Producción Académica Institucional en la pagina web, donde se muestra todos los avance que se han tenido en gestión de conocimiento por parte de la E.S.E

Producción Académica Institucional

Producción Académica Institucional

TITULO	DOCUMENTO
Producción Académica Institucional	PDF
Simposio Seguridad del Paciente	PDF

DIMENSIÓN No.7 CONTROL INTERNO

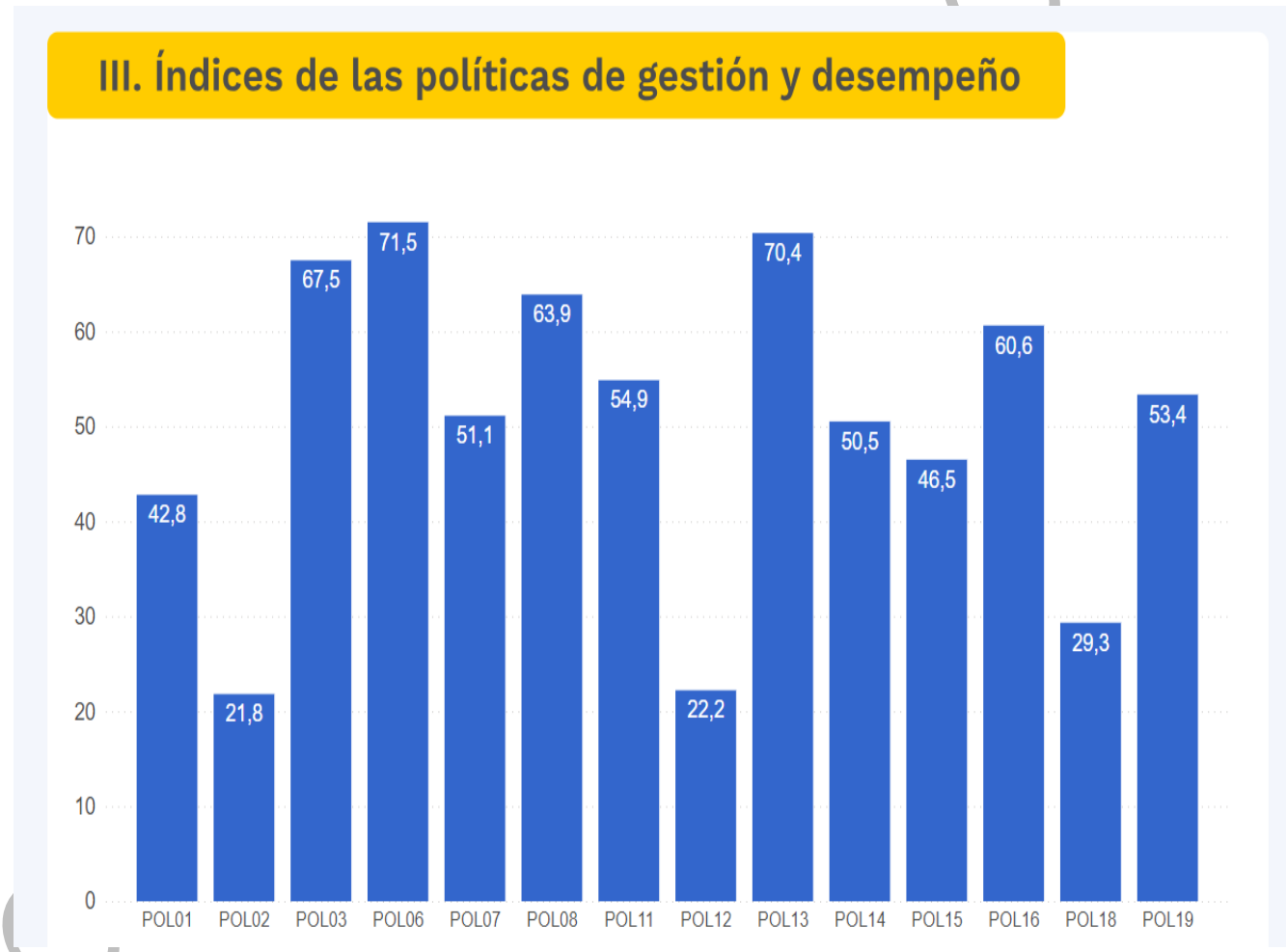


"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

Para la dimensión No. 7 Control interno, presento un aumento 11.1 puntos referente a la anterior calificación , teniendo en cuenta que esta área también presenta un formulario adicional en la institución.

Presentado el panorama de cada una de las siete (7) dimensiones de MIPG se evidencia que en todas se presento un aumento sustancial en cada una de sus políticas para la vigencia 2023 de la siguiente manera:

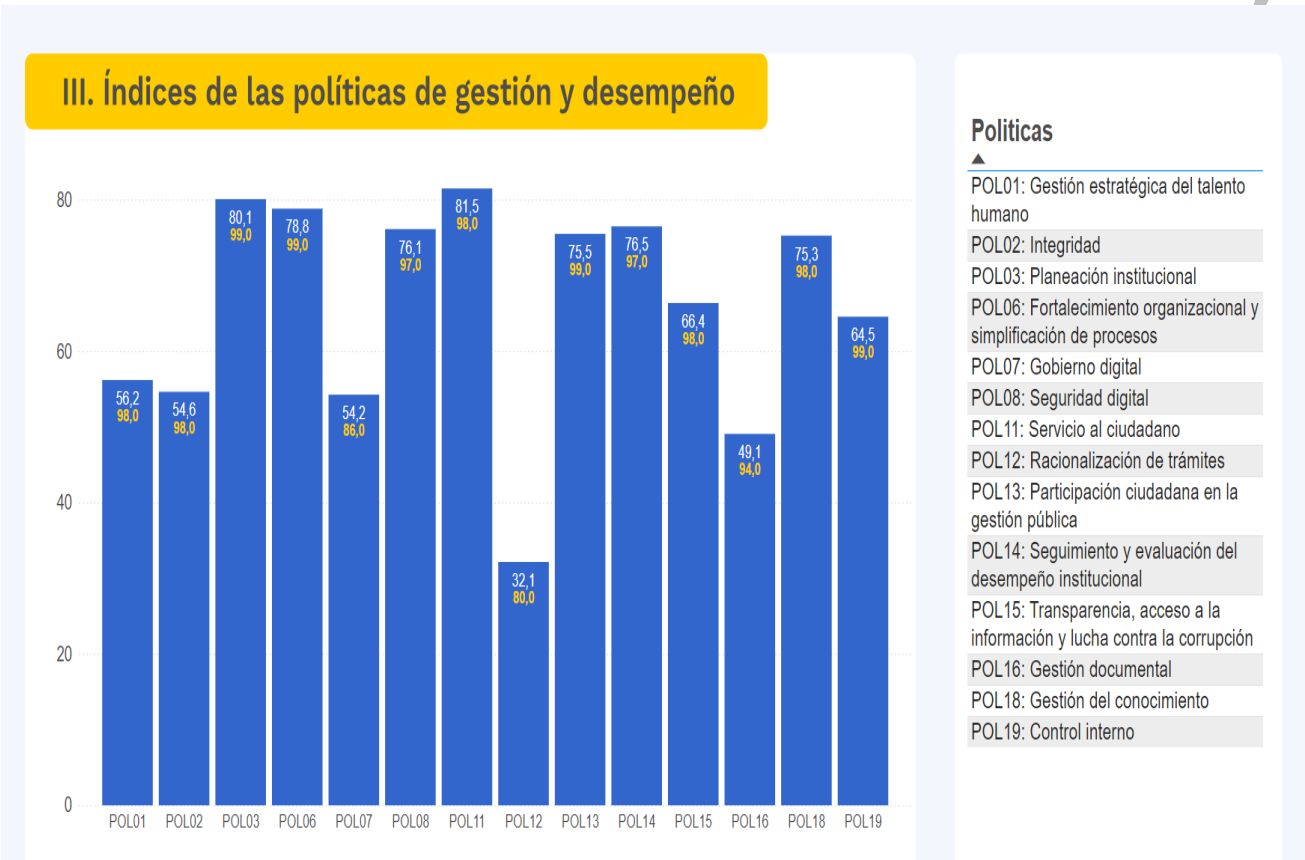
2022



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"

2023



Polo 1: **Gestión estratégica de Talento Humano** aumento en 13.4 puntos de una vigencia a la otra.

Polo 2: Integridad aumento 32.8 puntos de una vigencia a otra

Polo 3: Planeacion Institucional aumento 12.6 puntos de una vigencia a la otra

Polo 6: Fortalecimiento Organización y Simplificación de Procesos aumento 7.3 puntos

Polo 7: Gobierno Digital aumento 3.1 punto de una vigencia a la otra

Polo 8: Seguridad Digital aumento 12.2 puntos

Polo 11: Servicio al Ciudadano aumento 26.6 punto de una vigencia a la otra

"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"

DOCUMENTO

Polo 12: Racionalización de Tramites aumento 9.9 puntos teniendo en cuenta que esta política está bastante débil en la institución ya que no están racionalizados todos los tramites en la institución ante el SUIT, adicional no tiene persona encargada de este proceso.

Polo 13: Participación Ciudadana en la Gestión Pública aumento 5.1 puntos

Polo 14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional aumento 26 puntos de una vigencia a la otra.

Polo 15: Transparencia y acceso a la información pública aumento 19.9 puntos

Polo 16: Gestión Documental bajo considerablemente ya que obtuvo un puntaje de 11.5 menos que el año 2022, teniendo en cuenta que la institución no cuenta con TRD y el formulario FURAG habla de las Tablas de Retención en su gran mayoría.

Polo 18: Gestión del Conocimiento aumento 46 puntos de una vigencia a la otra, todo esto logrado por la articulación de las producción académica institucional en la pagina web y todos los avances que se vienen teniendo con simposios y capacitaciones tanto personal administrativo y asistencial de la E.S.E.

Polo 19: Control Interno aumento 11.1 puntos de una vigencia a otra

3. Informe Riesgos Institucionales

La distribución de los riesgos por procesos en el Hospital Departamental San Antonio de Padua se encuentra así:

85 Riesgos Institucionales aportados por las diferentes áreas de la E.S.E donde se registra el grado de severidad y la semaforización de cada uno de ellos, como también la barreras y acciones preventivas o de mejora.

Nivel de Riesgos	No. Riesgos	% Riesgos
Bajo	18	21.17%
Moderado	36	42.35%
Alto	31	36.47%
Total	**85**	

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"

- **Distribución de los riesgos según Macroprocesos Institucionales**

Macroprocesos	No.	% Participación
Macroproceso Direccionamiento Estratégico	19	22.35%
Macroproceso Prestación de Servicios Misionales	32	37.64%
Macroproceso Apoyo a la Gestión	34	40%
Macroproceso Evaluación, Control y Seguimiento	0	0%
Total	**85**	**100%**

- **Distribución de los riesgos según Subproceso Institucional**

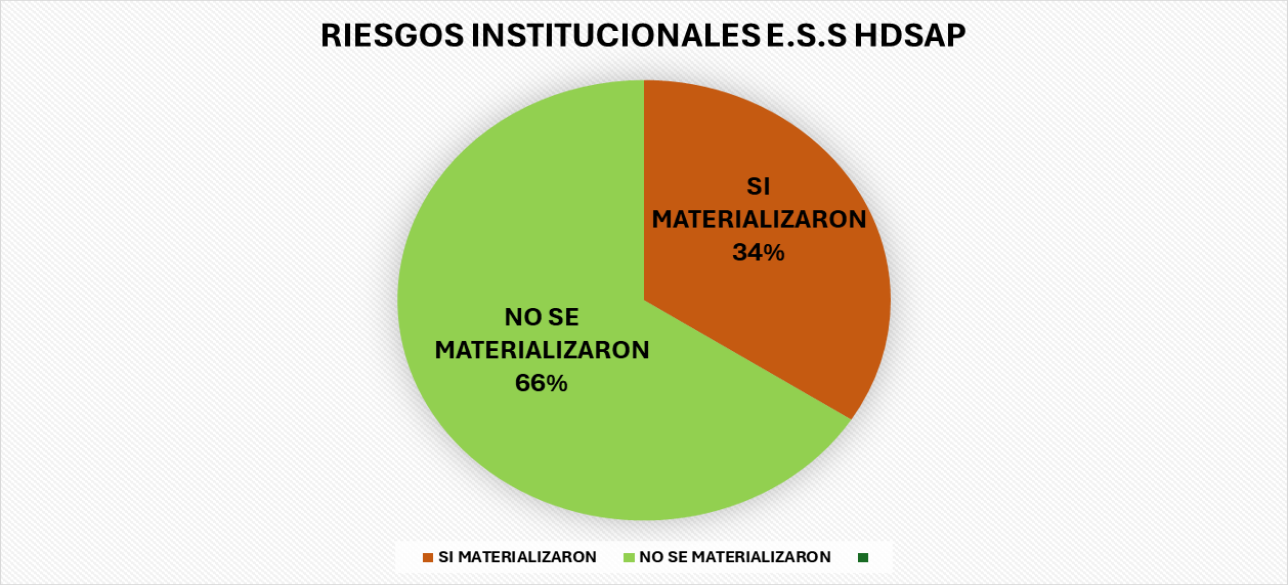
	Subprocesos	No. Riesgos
Macroproceso Direccionamiento Estratégico	SIAU	5
	IAMII	2
	Calidad	6
	Humanización	3
	Gestión Documental	3
	Planeación	2
Macroproceso Prestación de Servicios Misionales	C. Externa	3
	Referencia y Contrarreferencia	3
	Esterilización	7
	Farmacia	1
	Rx	2
	Hospitalización	4
	Urgencias	4
	UCI	6
Macroproceso Apoyo a la Gestión	Gestión Ambiental	3
	Contratación	8
	Auditoria de Cuenta medicas	6
	SST	1
	Ambiente Físico	5
	Sistemas	3
	Jurídico	5
	Facturación	3

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"

Número de Riesgos que NO se materializaron en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua **(56)**

Número de Riesgos que SI materializaron en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua **(29)**



RIESGOS INSTITUCIONALES PROYECTADOS POR LAS AREAS 2024 93 Riesgos

Matriz de Calor Inherente		Impacto				
Probabilidad						
	Muy Alta 100%					R55-R56-R57-R68 R50-R54-R80-R81-R83-R84-R89-R90-R91-R92 R42-R43-R45-R46-R67-R71-R78-R79
	Alta 80%				R21-R22-R23-R24-R25-R26 R65 R14-R15-R16 R17-R18	R47 R82
	Media 60%			R12-R27-R74 R20-R66 R40-R60 R3	R77-R88-R93 R44-R48 R29-R33-R34-R37-R63 R51-R52-R53-R58-R59-R60-R61-R62	
	Baja 40%	R75-R85-R87	R11-R69 R5-R28-R70	R13-R19-R32-R35-R36		
	Muy Baja 20%	R1-R2-R64 R4-R6-R10-R49-R86 R7-R8-R10-R73	R9 R39			
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%

Extremo
Alto
Moderado
Bajo

"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"

https://hospitaldelaplata.gov.co/informacion-al-ciudadano/mapa-de-riesgos/

Mapa de Riesgos

Portada » Información al Ciudadano » Mapa de Riesgos

+ MAPA DE RIESGOS 2024

− FORMATO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2023

TITULO	DOCUMENTO
FORMATO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION E.S.E HDSP 2023	XLS
INFORME DE CIERRE DE RIESGOS E.S.E HDSP 2023	PDF
INFORME CONSOLIDADO DE RIESGOS E.S.E HDSP 2023	PDF

+ MAPA DE RIESGOS 2023

+ MAPA DE RIESGOS 2022

+ INFORME RIESGOS INSTITUCIONALES CIERRE 2022

+ MAPA DE RIESGOS 2021

+ MAPA DE RIESGOS 2020

4. Informes Riesgos Corrupción

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	CONTROLES	MEDIDAS DE MITIGACIÓN		SEGUIMIENTO	
PROCESO Y/O SUBPROCESO	**DESCRIPCIÓN**	**PROBABILIDA DE MATERIALIZACIÓN**		**ADM DEL RIESGO**	**TIPO DE CONTROL**	**ACCIONES REALIZADAS**	**RESPONSABLE**
R1 Gestión Gerencial	Extralimitación de funciones en las decisiones institucionales en beneficio propio o de un tercero	Posible	1. Manual de funciones y competencias laborales. 2. Mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad y Control Interno. 3. Estatuto y Manual de Contratación.	Control	Prevenir	Entrega del manual de funciones cada que se posesiona un funcionario de la Entidad. Auditorías internas y externas al SGC y MECI.	Gerencia Talento Humano Calidad Contratación

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"

R2 Recibir dadivas por manipular la información de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua	Presiones internas o externas Amiguismo Falta de ética por parte del servidor público.	Posible	Socializar dos veces durante el año el código de Integridad de la institución al personal del área Financiera y demás áreas vinculadas	Control	Prevenir	Socialización y evaluación en prevención de posibles actos de manipulación indebida de información institucional	Talento Humano Control Interno Financiera
R3 Gestión de Contratación	No aplicabilidad del estatuto y manual de Contratación, adoptado por la entidad.	Posible	Aprobación del Estatuto de Contratación y adopción del Manual de contratación. Actualización del estatuto Seguimiento a la contratación mediante auditorias independientes de Control Interno.	Control	Prevenir	Socialización de los documentos. Aplicabilidad del manual y estatuto de contratación. Seguimiento a la Contratación mediante evaluaciones independientes de Control Interno	Gerencia Contratación Control Interno
R4 Hurto de equipos de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de activos muebles y/o bienes de consumo	Falta de sentido de pertenencia Falencias en los controles de seguridad de ingreso y egreso de la institución Falta de espacio idóneo para el almacenamiento de insumos, activos o bienes de consumo de la ESE	Posible	Inventarios generales de los activos institucionales Asignación de activos por líder de oficina Realizar jornadas de sensibilización al personal relacionada con el sentido de pertenencia y preservación de los activos de la institución	Control	Prevenir	Matriz de activos asignados a los lideres de oficina Evidencia, informes de las jornadas realizadas	Líder Activos Fijos Almacén Líder Administrativo Sistemas (Dinámica)

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"

R5 Gestión de Calidad	Cohecho propio, cambiar informes de auditoria para el beneficio de terceros.	Posible	Programa anual de auditorías Coordinador de Auditorias Equipos de Auditoria Manual de procedimientos Revisión por la dirección Auditorías externas al proceso de auditoría interna	Control	Prevenir	Cronograma de auditorías. Revisión y actualización de procedimientos. Archivo documental de las auditorías internas.	Calidad Subgerencia Control Interno
R6 Recurso Normativo Asesoría Jurídica	Pérdida intencional de procesos judiciales que ocasionen perjuicio económico para la entidad	Posible	Manual de procedimientos. Control de procesos jurídicos Seguimiento a los procesos.	Control	Prevenir	Revisión y actualización de procedimientos. Informes periódicos del estado de los procesos jurídicos	Oficina Jurídica de la Institución
R7 Recurso Normativo/ Asesoría Jurídica y Control Interno Disciplinario	Prescripción de términos de los procesos para beneficio propio o de terceros.	Posible	Control a los procesos radicados. Informe del estado de los procesos.	Control	Prevenir	Cuadro de control de vencimiento de términos. Informes entregados a la gerencia sobre el estado de los procesos.	Asesoría Jurídica y Control Interno Disciplinario
R8 Servicio de Urgencias y Consulta Externa	Emisión de documentos como incapacidades, certificados de defunción, entre otros, no acordes a la realidad que beneficien a terceros.	Posible	Valores institucionales Evaluaciones de desempeño Seguimiento a los contratistas de prestación de servicios. Auditoria Medica-Evaluación de Historias clínicas.	Control	Prevenir	Revisión y actualización de valores institucionales. Realización de evaluación de desempeño y Actas de supervisión de contratos Informes de evaluación de historias clínicas y adherencia a guías médicas.	Calidad Talento Humano Auditoria Medica

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"

R9 Gestión Administrativa y Financiera	Desvío de recursos físicos y económicos de la entidad.	Posible	Auditorías internas y externas, cruces y conciliación de información.	Control	Prevenir	Programa anual de auditorías, informes y planes de mejoramiento. Notas contables, conciliaciones. Verificación de saldos en libros y bancos. Análisis de indicadores y tableros de comando diligenciados	Control Interno Calidad Tesorería y Contabilidad Subgerencia Sistemas Lideres de Procesos Administrativos y Financieros
R10 Gestión para el Usuario	No Recepcionar las Quejas de los usuarios o no dar respuesta a las mismas.	Posible	Consecutivo de PQRS Informes periódicos Control a repuesta de PQRS Cuadro de comando	Control	Prevenir	PQRS con su respectivo consecutivo Informes mensuales del SIAU Diligenciamiento del formato tramite de la queja Cuadro de comando actualizado	SIAU Subgerencia Calidad
R11 Sistemas de Información	Uso indebido de la información.	Posible	Claves y perfiles de usuarios para uso de aplicativos institucionales. Restricción de acceso a los archivos institucionales. Políticas de confidencialidad de la Historia Clínica. Entrega de la información por parte del colaborador cuando termina su contrato	Control	Prevenir	Revisión periódica de las políticas de operación. Depuración de claves de acceso del personal. Anexo en contratación de confidencialidad de la información.	Lideres de procesos. Sistemas Gestión Documental Contratación

DOCUMENTO CONTROLADO

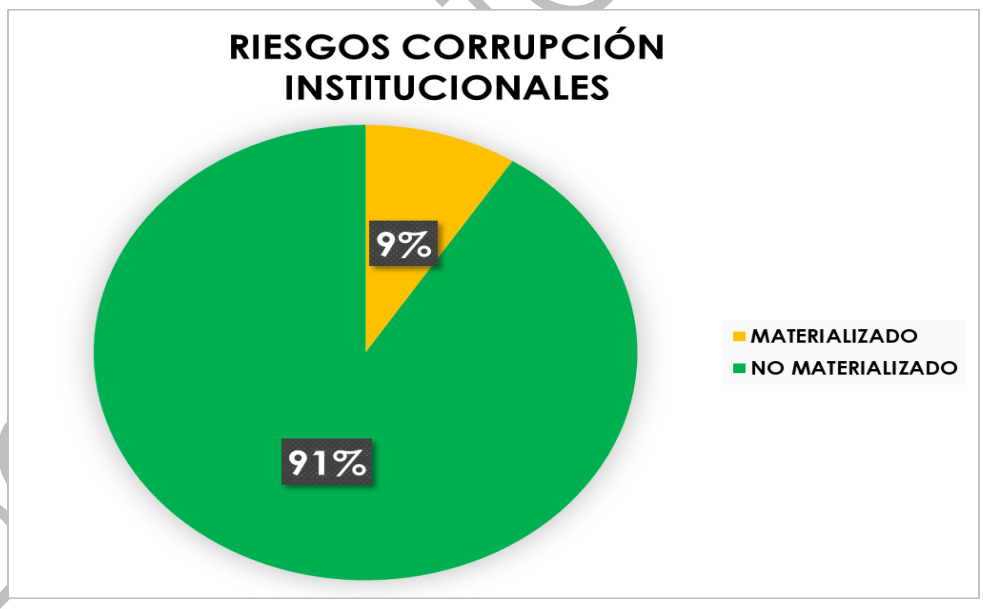
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

Matriz de Calor

Matriz de Calor Inherente		Impacto				
Probabilidad	Muy Alta 100%				R9	
	Alta 80%				R2 R4 R6 R7 R8 R10	
	Media 60%			R11	R5	
	Baja 40%				R3	
	Muy Baja 20%		R1			
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%

Extremo
Alto
Moderado
Bajo

	RIESGOS	PORCENTAJE
MATERIALIZADO	1	9%
NO MATERIALIZADO	10	91%



"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"

5. Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), es un instrumento de tipo preventivo para el control de la corrupción, su metodología adoptada para la E.S.E HDSAP 2024, incluye 5 componentes autónomos e independientes, que ejecutan los parámetros y soportes normativos que permitirán fortalecer la estrategia de la lucha contra la corrupción.

De acuerdo con la metodología diseñada por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, en el marco del programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, se incluyen estos cinco componentes.

PRIMER COMPONENTE: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y LAS MEDIDAS PARA MITIGAR LOS RIESGOS

SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

COMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA	Meta
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y MEDIDAS PARA MITIGAR LOS RIESGOS	Socializar y Evaluar la Política de Gestión del Riesgo de la E.S.E a todos los colaboradores de la institución.	Publicación Pagina Web, Socialización de la política por medios virtuales y grupos de la institución, evaluación formulario Formas	Control interno / Planeación	Abril 2024	Si
	Actualización de los Riesgo de Corrupción de la E.S.E para la construcción del Mapa de Riesgo.	Archivo en Excel con los posibles riesgos que tiene la institución y que se puedan materializar	Líderes del Proceso / Control Interno / Apoyo Planeación	Abril 2024	No
	Socialización de la Política de prevención del daño antijurídico de la Entidad	Video por parte del área jurídica y socialización a toda la institución	Equipo jurídico de la E.S.E HDSAP	Junio 2024	No
	Publicación de los Riesgo de la E.S.E en la Página Web de la Institución	Publicación página Web	Planeación	Junio 2024	No

"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"

DOCUMENTO CONTROLADO

	Realizar el seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción, reportando y publicando el resultado de la revisión efectuada, en los plazos establecidos por ley.	3 informes en la Vigencia 2024	Planeación	Enero a Diciembre 2024	No

RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Adopción del Programa de gestión Documental	Documento / Programa	Sistema información para la Calidad / Apoyo Líder de gestión Documental	Agosto 2024	No
	Dar a conocer el uso del aplicativo para PQRSF de la E.S.E página Web	Formulario Institucional PQRSF nueva página Web	SIAU / Apoyo Sistemas	Febrero 2024	Si
	Capacitación de Personal en Orientación y Atención a usuarios.	Informes de Capacitaciones Generadas por SIAU	Oficina SIAU	Enero a Diciembre 2024	No
	Socialización política Participación Social en Salud a los Municipios de la Zona de Influencia	Cinco Visitas para socialización	Líder SIAU, planeación, Mercadeo, Gerencia	Enero a Diciembre 2024	Si
	Realizar la actualización de los dos trámites pendientes ante SUIT (Paz y Salvo, Formato de Terapia)	normalización tramite en la Página del SUIT	Sistemas / Apoyo Planeación	Septiembre 2024	No

RENDICIÓN DE CUENTAS	Consolidar datos, entregar oportunamente y publicar informe de Gestión 2023	Informe gestión 2023	Planeación	Marzo 2024	Si
	Comunicar la fecha de rendición de Cuentas y la información Relaciona según normatividad 1 Mes antes del evento publico	Publicación Pagina Web, invitaciones y pauta radial	Mercadeo, Sistemas, Planeación	Marzo 2024	Si
	Realizar formatos para preguntas tanto en físico y virtual para los asistentes y evaluación	Formatos físicos y Virtuales / Informe de Cierre	Planeación	Abril 2024	Si

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"

	del cierre de esta				
	Informe Final de Cierre de planeación y Control Interno y posterior publicación Pagina Web	Informe Cierre	Planeación / Control Interno	Abril 2024	Si
	Publicación fecha de rendición de cuentas en la Plataforma Supersalud, Contraloría Departamental	Certificación del Cargue	Planeación	Marzo 2024	Si

MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	Implementación Política Participación Social en Salud	Política Institucional PPSS	SIAU / Planeación	Enero a Diciembre 2024	Si
	Conocer la percepción de la ciudadanía de los trámites y servicios que se prestan en la E.S.E HDSAP	Informe Anual	SIAU	Enero a Diciembre 2024	No
	Brindar a la ciudadanía jornadas que permitan socializar todos los trámites y servicios prestados por la institución.	Lista de asistencias e Informe de las Jornadas	SIAU	Enero a Diciembre 2024	No
	Que la ciudadanía conozca la información por medio de las redes sociales y página de la institución.	Enlace de publicaciones	SIAU	Enero a Diciembre 2024	No

MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	Actualizar la información institucional registrada en "Transparencia y Acceso a la Información" del portal web institucional, frente a la normativa vigente	Página Web Actualizada bajo la NTC 5854	Oficina de Sistemas	Enero a Diciembre 2024	No
	Verificar el registro de los contratos suscritos por la Función Pública en el SECOP- SIA OBSERVA	Informe Cargue de la Información	Contratación	Enero a Diciembre 2024	Si
	Actualización Matriz ITA	Archivo actualización para cargue en el ente de control	Sistemas / Apoyo Planeación	Noviembre 2024	No

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"

GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN 2024

Primer Cuatrimestre

PLAN ANTICORRUPCIÓN 2024	
INDICADOR	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN
FORMULA	Número de metas del Plan de Acción (Plan Anticorrupción) /Numero de metas del Plan de Acción (Plan Anticorrupción) programadas
RESULTADO	**(10/22) *100 = 45 %**

Después de la presentación de los informes de Riesgos Institucionales, Riesgos de Corrupción y el informes de Plan Anticorrupción se hace un balance de cada uno de estos procesos, Toma la Palabra el Dr. Cesar González Subgerente de la E.S.E manifestando la importancia de seguir con estos procesos al día para dar cumplimiento al ITA, adicional pregunta en cuanto quedo la calificación del 2020, 2021, 2022, 2023, se procede a dar respuesta de la siguiente manera:

2020: 89 puntos ya que la institución no tenia dominio de la pagina y adicional no había mucha información cargada, adicional el Ing. Edwin complementa más la información indicando que una pagina que no tenía los permisos establecidos para la E.S.E y no cumplía con la NTC 5854.

2021: 99 punto 2022: 99 puntos y 2023: 99 puntos.

Se indica que por parte de control interno se realizara el seguimiento a los riesgos que se materializaron y se proyectaran los planes de mejoras.

Se pone en consideración proposiciones y varios pero no se presentaron, se da por terminado el comité de Gestión y Desempeño, agradeciendo la asistencia.

REVISION DE COMPROMISOS			
COMPROMISOS POR EJECUTAR	**RESPONSABLE**	**FECHA CUMPLIMIENTO**	**ESTADO EJECUCIÓN**
Seguimiento y presentación de los riesgos que se materializaron por parte de Control Interno	Control Interno	Diciembre 2024	En proceso
Aumento del puntaje en todas las políticas MIPG	Líder MIPG	Inmediato	En proceso
Seguimiento a las 108 actividades plan de acción integrado MIPG 2024	Líder MIPG	Inmediato	En proceso

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"

Seguimiento a la Ley 1712 ITA esta actividad estará a cargo del área del Mercadeo	Líder Mercadeo	Inmediato	En proceso
Cumplimiento con la ejecución de los comité de Gestión y Desempeño según la Res. 213 Julio 2024	Planeacion	Cada dos meses	En proceso
Seguir la gestión para la consecución de la TRD para la E.S.E	Líder de Gestión Documental	Diciembre	En proceso
Actualizar, socializar y evaluar todas las actividades para el Código de Integridad.	Equipo Talento Humano	Diciembre	En proceso
Delegar a la esposa encarga de actualizar los tramites de la institución SUIT	Por Definir	Por Definir	Por Definir
Se menciona la importancia del seguimiento y proyección del Plan de Adquisidores para el 2025	Líder Administrativo Financiero	Por Definir	Por Definir

PROPOSICIONES Y VARIOS:
No se presentaron

FECHA Y HORA PROXIMA REUNIÓN:	Por definir
LUGAR:	Auditorio Central E.S.E HDSP

REDACTÓ: NELSON FELIPE TIERRADENTRO QUINTERO (Planeación)

ANEXOS:

Anexo 1 Listado Asistentes Reunión
Anexo 2 Fotográfico

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"