

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ☒ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ☐ Acta de Sede de una Unidad ☐

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) _____

Tipo de acta		NÚMERO DE ACTA: 07 de 2023
COMITÉ ☒ REUNIÓN ☐ OTRO ☐		
FECHA: 13/12/2023	LUGAR: Sede Administrativa Asdincgo	HORA INICIO: 8:00 AM
RESPONSABLE: Dra. Martha Yolanda Ruíz Valdés		HORA FINAL: 11:20 AM

OBJETIVO DE LA REUNION
REALIZAR EL COMITÉ GESTION Y DESEMPEÑO DEL CUARTO TRIMESTRE DE 2023

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)	
1.	Llamado a lista y verificación de quórum
2.	Revisión de Compromisos
3.	Seguimiento Plan de Trabajo MIPG – Resultados FURAG 2022
4.	Resultados Encuesta de PIPE
5.	Gestión de Riesgos (Matriz de Riesgos Actualizada - Análisis de los Controles)
6.	Presentación Plan de Trabajo 2024 (Programa de Transparencia y Ética Pública PTEE)
7.	Presentación y Aprobación Sistema Integrado de Conservación
8.	Presentación y Aprobación del Modelo de requisitos para la gestión de Documentos Electrónicos de Archivo
9.	Seguimiento a Planes de Mejora y Producción Documental
10.	Varios

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Revisar Programa de Transparencia y ética empresarial	MIEMBROS DEL COMITÉ	07 DE SEPTIEMBRE DE 2023	X		Se realizó comité extraordinario donde se aprobó el programa con los ajustes propuestos.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
1	1	100%

DESARROLLO

Se inicia el comité Institucional de Gestión y Desempeño a las 8:00 Am. por parte de la Dra. Diana Mendivelso secretaria del comité, Se realiza la presentación de la agenda del día, la cual es aprobada por los miembros del comité; la sesión se realiza mixta unos miembros de manera virtual y otros presencial.

Se inicia la presentación se lee el tema corporativo DERECHOS Y DEBERES de nuestros usuarios.



Nuestro Tema Corporativo

Derechos y Deberes de Nuestros Usuarios

Los usuarios de la Subred Sur Occidente cuentan con **15 derechos y 10 deberes**, establecidos en Resolución 219 de 2017 y en la Carta de Trato Digno, expedida en la Circular 014 del 30 agosto de 2022.

Dar a conocer los Derechos y Deberes es una responsabilidad de todos los colaboradores que atienden a los ciudadanos en los diferentes servicios intramurales y extramurales de la Subred Sur Occidente.

Para mayor recordación, estos son nuestros Deberes y Derechos agrupados por verbos:

Derechos:
A conocer
A elegir
A recibir

Deberes:
A Informar
A cumplir
A respetar

Consúltalos aquí
Escaneando el Código QR

Logos: Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Bogotá D.C.

I. VERIFICACIÓN DE QUÓRUM

Se realiza llamado verificando la asistencia

Gerencia: Dra. Martha Yolanda Ruíz Valdés

Subgerente de Prestación de Servicios: Dra. Sandra Roza

Jefe oficina asesora Desarrollo Institucional: Dra. Diana Mendivelso

Jefe oficina asesora Jurídico: Dr. Germán Orozco

Jefe oficina Calidad (e) : Dra. Lucía Mora

Jefe Oficina Participación Comunitaria y servicio al ciudadano: Dra. Marcela Castellanos

Jefe de Oficina de Sistemas de Información – TIC: Ing. Miguel Mojica

Jefe Gestión del Conocimiento: Dra. Lucía Mora

Jefe de comunicaciones: Carmen Acero.

Director Administrativo: Dra. Tatiana Marín

Director financiero: Dr. Mauricio Jiménez

Directora de Contratación: Dra. Ingrid Vásquez

Para una asistencia de 12 de 14 de los integrantes.

Invitados:

Jefe Oficina de Control Interno : Dra. Claudia Quintero *Invitada permanente con voz pero sin voto*

Dra. Lidia Mayorga, asesora de gerencia – Dra. Sharon referente de Acreditación, Ing. Daimary Cuenca - Coordinadora gestión de TICS, Gilberto Sierra, referente Gestión de Riesgos, Pablo Herrera referente de Gestión Ambiental, Mauricio Rincón - referente de Gestión documental, Yurany Bolívar -apoyo subgerencia corporativa.

DESARROLLO

Se excusa con justificación Dra. Adriana Fanny Ariza - Subgerente Corporativa y Dra. Lorena Colmenares - Directora de Gestión del Talento Humano

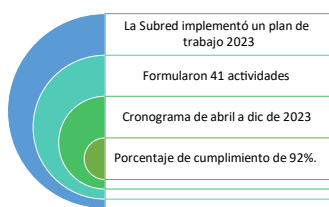
II. REVISIÓN DE COMPROMISOS

- ✓ Revisar Programa de Transparencia y Ética Pública, compromiso cumplido, para ello se realizó una sesión extraordinaria el día 7 de septiembre en donde se aprueba el programa por los miembros del comité.

III. SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO MIPG – RESULTADOS FURAG 2022

- ✓ En la Subred se implementó un plan de trabajo 2023 donde se formularon 41 actividades con el cronograma de abril a diciembre 2023 con un porcentaje de cumplimiento de 92%, la Dra. Diana comenta la importancia de cumplir con las acciones pendientes teniendo en cuenta que faltan dos semanas para terminar diciembre y corresponde a la fecha de terminación del plan de trabajo.

3. Seguimiento Plan de Trabajo MIPG



DIMENSIÓN	ACCIONES	AVANCE PONDERADO
TALENTO HUMANO	5	72,5%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	5	90%
DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS	18	90%
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	3	100%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	6	90%
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	2	100%
CONTROL INTERNO	2	100%
TOTAL	41	92%

Fuente: Seguimiento Dic 4 de 2023



• RESULTADOS FURAG 2022

Se informa que como para esta medición cambiaron las actividades del modelo y las preguntas por eso no es comparable con los resultados de la vigencia anterior, En los resultados obtenemos un 94.7% con un nivel alto para el ranking, se presentan los resultados por dimensión y por política.

RESULTADOS FURAG 2022



Fuente: Tercero de Función Pública MIPG Resultados Medición del Desempeño Institucional 2022



RESULTADOS POR DIMENSIÓN



Fuente: Tercero de Función Pública MIPG Resultados Medición del Desempeño Institucional 2022



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

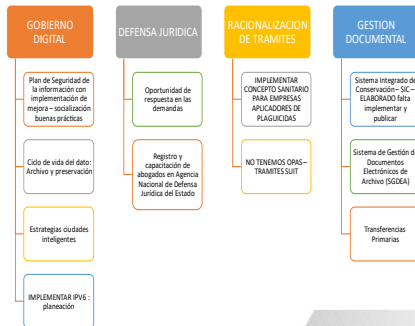
DESARROLLO

RESULTADOS POR POLITICA



PROPUESTA PLAN DE TRABAJO 2024

Realizar mayor énfasis en la implementación de las políticas de menor cumplimiento



Asumiendo las políticas de menor cumplimiento del 90% se propone realizar las acciones para el plan de mejoramiento 2024. La Dra. Diana comenta que estos resultados son satisfactorios teniendo en cuenta los cambios y el ajuste en la medición; comparando con los resultados de las otras Subredes, fuimos la Subred de mejor cumplimiento por la medición del Sistema de Control Interno que fue mayor y también propone que en la última semana de enero se realice mesa de trabajo con los líderes para validar el plan y presentar en el mes de febrero en el primer comité de MIPG

IV. RESULTADOS ENCUESTA DE PIPE

- ✓ Se presenta la metodología realizada:
- ✓ La campaña expectativa del 17 al 20 de octubre 2023 se divulga piezas comunicativas, con el fin de generar interés y recordación en las partes interesadas.
- ✓ Se consolidó los resultados del 1 al 7 diciembre 2023 con aprobación de 7 o más repuestas acertadas, la meta definida para la vigencia 2023 es del 85%.
- ✓ El cálculo de la muestra de participación fue de un 97% de nivel de confianza y un 3% de margen de error, la muestra definida de participantes fue de 1.091 con un total de 6.565 de grupos de interés.
- ✓ La Entrega y socialización de resultados se realiza entre el 11 al 29 de diciembre 2023 en el comité de gestión y desempeño se socializaron los resultados y por los diferentes medios de comunicación institucionales.
- ✓ Se presentan resultados de la participación de acuerdo al enfoque diferencial por edad, grupos étnicos, sexo y género para un cumplimiento del 108% (1.180) de todos los grupos de interés.

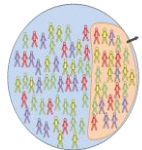
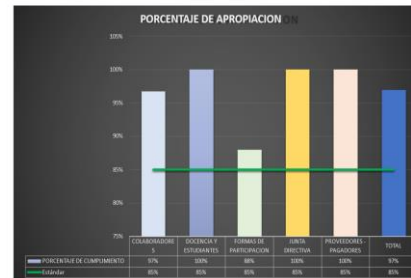
DESARROLLO

CALCULO MUESTRAL- PARTICIPACIÓN

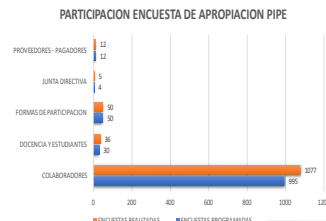
Muestra: Cálculo con un 97% de nivel de confianza
3% de margen de error
Muestra definida 1.091 participantes

GRUPOS DE INTERÉS	PROGRAMADOS	REALIZADOS	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
JUNTA DIRECTIVA	4	5	125%
COLABORADORES	995	1077	108%
DOCENCIA	30	36	120%
FORMAS DE PARTICIPACIÓN	50	50	100%
PROVEEDORES-PAGADORES	12	12	100%
TOTAL	1.091	1.180	108%

RESULTADO GENERAL



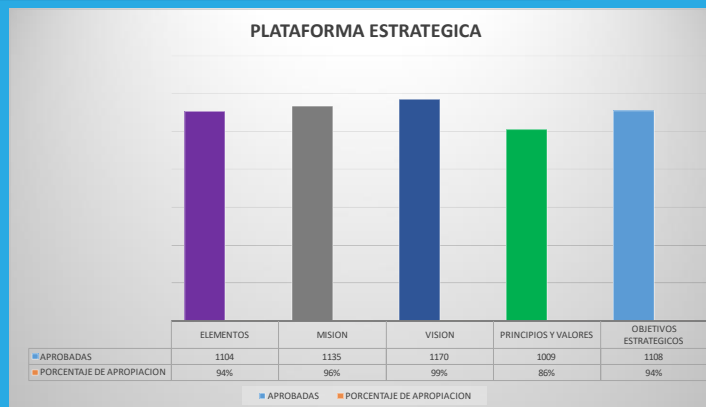
Total: 6.565 Grupos de Interés



El resultado general de apropiación fue del 97% superándola meta del 85% y se presentan los resultados por los elementos de la plataforma estratégica, la mayor adherencia es la Visión, luego Misión, elementos de la plataforma y objetivo estratégico, los principios y valores cumplen el 86% aclarando que las respuestas sobre el comportamiento del principio son las bajan el resultado.

RESULTADOS POR ELEMENTOS

PLATAFORMA ESTRATEGICA



La Jefe Diana agradece a todos los directivos por la participación y colaboración en el diligenciamiento de la encuesta y de los resultados presentados.

V. GESTIÓN DE RIESGOS (MATRIZ DE RIESGOS ACTUALIZADA - ANÁLISIS DE LOS CONTROLES)

- ✓ Se Presenta la matriz institucional de riesgos con los ajustes determinados por la primera de defensa en acompañamiento técnico de la segunda línea de defensa en el diseño y ejecución de controles, con el fin de mejorar el análisis de los mismos y proporcionando los elementos necesarios para una adecuada toma de decisión.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-FO-0001	

DESARROLLO

Los cuales están concordes a lo establecido en el formato verificación diseño de controles 01-01-FO-0016, versión: 3, el cual sirve como insumo para la formulación de los controles y evaluación de los mismos:

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL		OPCIONES DE RESPUESTA	PUNTAJE
Responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?		Asignado	15
			No asignado	0
	¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?		Adecuado	15
			Inadecuado	0
Periodicidad	Riesgo	13. Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por la posibilidad de muerte en paciente originado por dolor abdominal sin una adecuada identificación o diagnóstico en el momento del Triage, falta de adherencia a la guía de práctica clínica y/o interpretación de resultados en el aplicativo Dinámica Clínica, complicaciones no identificadas y la oportunidad en la prestación de los servicios.		
Tipo	Unidad de riesgo	Gestión Clínica de Urgencias (DAFP Riesgos Operativos 2023)		
Propósito	Clasificación	☒ Operativo ☒ Clínico		
Cómo se realiza control	Causa Inmediata	Demanda por posibilidad de muerte originada por la causa del dolor abdominal sin identificación, tratamiento o diagnóstico inadecuado.		
Qué pasa observaciones o	Causa Raíz	1. Clasificación no adecuada de Triage 2. No adherencia a la guía de práctica clínica 3. Interpretación de resultados en el aplicativo Dinámica Clínica 4. Complicaciones no identificadas 5. Oportunidad en la prestación de los servicios		
Evidencia de la control	Factor de riesgo	Procesos		
	Descripción del factor	Falta de capacitación, temas relacionados con el personal		
Naturaleza	Clasificación del riesgo	Ejecución y administración de procesos		
Documentación	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Trimestral		
	Impacto	Económico y Reputacional		

Se muestra el ejemplo de modificaciones realizadas con el riesgo N° 13 de Gestión Clínica de urgencias en concordancia con los elementos de verificación del formato presentado y en donde, de igual manera se puede apreciar la actualización de la parametrización aplicada en la plataforma Almera, de las tipología o clasificación de riesgos, de acuerdo con lo estipulado en la Guía de administración del riesgo (código: 01-01-GI-0002) 7° versión.

Código	Nombre	Descripción	Color	Imagen
FINANCIERO	Financiero		Texto	\$
FINANCIERO	Fallas de mercado		Texto	📉
FISCAL	Fiscal		Texto	📄
OPERACIONAL	Estratégico		Texto	🏠
OPERACIONAL	Cumplimiento		Texto	🕒
OPERACIONAL	Operativo		Texto	📦
OPERACIONAL	Imagen/Reputacional		Texto	👤
OPERACIONAL	Derechos Humanos		Texto	👤
OPERACIONAL	Tecnológico		Texto	💻
OPERACIONAL	Riesgo Ambiental		Texto	🌿
SALUD	SST		Texto	❤️
SALUD	Seguridad del Paciente		Texto	❤️
SALUD	Clínico		Texto	❤️
SEGURIDAD D.	Seguridad Digital		Texto	💻
SICOF	Riesgos de LA/FT		Texto	🔒
SICOF	Opacidad		Texto	🔒
SICOF	FPADM		Texto	🔒
SICOF	Fraude		Texto	🔒
SICOF	Soborno		Texto	🔒
SICOF	Corrupción		Texto	🔒

Alguna de las actualizaciones Almera (tipologías)

DESARROLLO

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL	OPCIONES DE RESPUESTA	PESO
● Responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	Asignado	15
	¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	No asignado	0
		Adecuado	15
● Periodicidad	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna?	Inadecuado	0
		Oportuna	15
		Inoportuna	0

Se valida el control frente a los criterios del formato

El **apoyo profesional de la Dirección del Gestión Clínica de Urgencias** realiza análisis de los resultados del **informe de auditoría a adherencia de Guías de Práctica Clínica** bajo los lineamientos estandarizados en el aplicativo Almera de buenas prácticas clínicas, según las 3 primeras causas de perfil morbilidad urgencias, en **forma trimestral** con el fin de **prevenir las practicas inadecuadas** en la prestación del servicio.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL	OPCIONES DE RESPUESTA	PESO
● Tipo	¿Las actividades que se desarrollan el control busca prevenir, detectar o corregir las causas que dan origen al riesgo?	Prevenir	15
		Detectar	10
		Corregir	5
● Propósito	Ej.: verificar, validar, cotejar, comparar, revisar, etc.?	No es un control	0
		Confiable	15
		No confiable	0
● Cómo se realiza la actividad de control	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo?	Confiable	15
		No confiable	0
		No es un control	0

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL	OPCIONES DE RESPUESTA	PESO
● Naturaleza	¿El control se ejecuta de forma manual o automática?	Automático	15
		Manual	10
		Si	15
● Documentación	¿El control se tiene documentado (manual, procedimiento, guías, instructivos etc.) y publicado en la intranet de la Subred?	No	0
		Si	15

1. Seguimiento a los informes de auditorías a la adherencia de Guías de Práctica Clínica (IVU adultos, rinofaringitis, Dolor Abdominal primera y segunda causa)

Control	El apoyo profesional de la Dirección del Gestión Clínica de Urgencias realiza análisis de los resultados del informe de auditoría a adherencia de Guías de Práctica Clínica bajo los lineamientos estandarizados en el aplicativo Almera de buenas prácticas clínicas, según las 3 primeras causas de perfil morbilidad urgencias, en forma trimestral con el fin de prevenir las practicas inadecuadas en la prestación del servicio.
Último seguimiento	Noviembre 17 de 2023 / DIANA ANDREA PAZ ACUÑA - (Apoyo asistencial a la dirección de urgencias) Desde PAMEC se realizó auditoría de adherencia a la guía de dolor abdominal en urgencias y hospitalización 2023 , donde la adherencia para los servicios de urgencias fue del 96% clasificado como optimo, sin requerir plan de mejoramiento  INFORME FINAL AUDITORIA DE ADHERENCIA A LA GUIA DE DOLOR ABDOMINAL DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION II 2023 1.docx
Responsable	DIANA ANDREA PAZ ACUÑA

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL	OPCIONES DE RESPUESTA	PESO
● Qué pasa con las observaciones o desviaciones	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna?	Se investigan y resuelven oportunamente	15
		No se investigan y resuelven oportunamente.	0
		Completa	15
● Evidencia de la ejecución del control	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control que permita a cualquier tercero con la evidencia llegar a la misma conclusión?	Incompleta	5
		No existe	0

Evaluación en seguimiento:

DESARROLLO

RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO
CONTROL FUERTE (DAFP – 2018)

Fuerte (Calificación entre 96 y 100)

Moderado (Calificación entre 86 y 95)

Débil (Calificación entre 0 y 85)

De acuerdo a lo expuesto y los criterios cumplidos en los ítems del ejemplo la calificación es fuerte.

Mostrando las correcciones generadas del análisis o evaluación de las fallas o deficiencias que presentaban los controles asociados a los riesgos, igualmente se presentan los criterios priorizados para la implementación de los riesgos clínicos y seguridad del paciente, sacados del informe del perfil de morbilidad de Gestión del Riesgo en Salud, para la vigencia 2023.

Presentando también el número de riesgos y controles actualizados a la fecha:

CÓD	PROCESO	Operativos			
		CANTIDAD		Estado anterior del Control	Avance en calificación
		RIESGOS	CONTROLES		
1	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	7 a 4	14 a 11	Débil	Fuerte
2	Gestión Jurídica	2	2	Moderado	Moderado
3	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	2	5	Débil	Fuerte
4	Gestión de Comunicaciones	2	5	Débil	Fuerte
5	Gestión del Conocimiento	4 a 5	11 a 12	Débil	Fuerte
6	Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo	19	43	Débil	Fuerte
7	Gestión Clínica Ambulatoria	8	14	Moderado	Fuerte
8	Gestión del Riesgo en Salud	5	16 a 12	Débil	Fuerte
9	Gestión Clínica de Urgencias	12 a 13	32 a 37	Débil	Moderado
10	Gestión Clínica Hospitalaria	6 a 8	10 a 16	Débil	Fuerte
11	Gestión de Servicios Complementarios	16	38	Moderado	Fuerte
12	Gestión Financiera	3 a 4	14 a 15	Moderado	Fuerte
13	Gestión de TICS	2	6	Moderado	Fuerte
14	Gestión del Ambiente Físico	8	24	Fuerte	Fuerte
15	Gestión de Contratación	0	0	Fuerte	Fuerte
16	Gestión del Talento Humano	2	5	Moderado	Fuerte
17	Control Interno	3	7	Fuerte	Fuerte
18	Control Interno Disciplinario	3	11	Fuerte	Fuerte
TOTAL RIESGOS DE OPERACIÓN Y CONTROLES		104 a 106	257 a 263		

HOSP. ALTA COMPLEJIDAD

10 PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD	
MOTIVOS DE CONSULTA	FRECUENCIA
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1.109
COLELITIASIS	995

URGENCIAS

10 PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD	
URGENCIAS MD. GENERAL	
MOTIVOS DE CONSULTA	FRECUENCIA
DOLOR ABDOMINAL	9.172
TRAUMA EN MANOS Y PIES	6.030

Criterios priorizados para la implementación de los riesgos:

INSTITUCIONAL

10 PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD INSTITUCIONAL

MOTIVOS DE CONSULTA	FRECUENCIA
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	45.528
CARIES DE LA DENTINA	45.254
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	13.270
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	12.006

DESARROLLO

Finalmente se presenta la actualización realizada a los riesgos de SICOF, donde se evidencia que cumplen con todos los criterios para definirlos como riesgos de corrupción

RIESGOS SICOF - CONTROL INTERNO: Posibilidad de afectación reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con probables efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones observadas en el desarrollo de los diferentes trabajos de auditoría por parte del auditor debido al interés de favorecer a un tercero (en razón a conflictos de interés y/o situaciones en las que solicite y/o reciba favores, regalos, dádivas o dinero).

Criterios riesgo de corrupción:	
Acción u omisión:	Posibilidad de favorecer una evaluación de auditoría por órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.
Uso del poder:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones observadas realizando uso de su autoridad y autonomía como auditor ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.
Desviación de la gestión de lo público:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones observadas a los procesos financieros ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero.
El beneficio privado:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones observadas realizando uso de su autoridad y autonomía como auditor ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por entes externos que busquen afectar la imagen reputacional de la entidad

RIESGOS SICOF - SARLATF: Posibilidad de afectación Económica y reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos SARLATF) por adjudicar contratos a oferentes con malas prácticas o que representen un riesgo de lavado de activos y de financiación del terrorismo, debido a la omisión de la verificación en listas restrictivas de los terceros interesados en contratar con la Subred.

Criterios riesgo de corrupción:	
Acción u omisión:	Posibilidad de favorecer un ofertante con reporte negativo por desconocimiento del uso del aplicativo.
Uso del poder:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar pasos de verificación en el proceso de contratación en realizando uso de su autoridad y privilegios del usuario ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.
Desviación de la gestión de lo público:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar pasos en el proceso de verificación realizando uso de su autoridad y privilegios del usuario por dádivas o dinero que salen del mismo contrato de la Subred.
El beneficio privado:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar pasos en el proceso de verificación y contratación en secop ya sea por conflictos de interés o regalos, dádivas o dinero de oferentes externos

RIESGOS SICOF - GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD: Posibilidad de afectación reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por la posibilidad de ofrecimientos de dadivas o contraprestaciones por parte de la población abordada en el marco de las acciones extramurales desarrolladas desde los diferentes procesos que bajo la supervisión de la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud, irrespeto por los dineros públicos (mal uso de las facultades administrativas) debido a la baja o poca adherencia al plan anticorrupción de la Institucional

DESARROLLO

Criterios riesgo de corrupción:	
Acción u omisión:	Posibilidad de favorecer un concepto por órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.
Uso del poder:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar un concepto realizando uso de su autoridad y autonomía ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.
Desviación de la gestión de lo público:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar un concepto dado establecimientos no visitados por justificación de honorarios en la cuenta de cobro.
El beneficio privado:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar un concepto ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por los mismos establecimientos visitados.

RIESGOS SICOF - GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Posibilidad de afectación reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por vinculación de Talento Humano a la institución sin el cumplimiento de requisitos establecidos por la entidad que garantice la prestación de servicios con un talento humano idóneo y competente, debido a la presentación de credenciales y/o soportes alterados y/o fraudulentos que se aportan durante el proceso de selección y vinculación del personal a la Entidad, así mismo por la referenciación durante el proceso de selección del talento humano desde fuentes internas y externas, que puedan llegar a generar conflicto de intereses e incumplimiento de la normatividad legal vigente.

Criterios riesgo de corrupción:	
Acción u omisión:	Posibilidad de favorecer una evaluación de los requisitos de contratación por órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.
Uso del poder:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar la evaluación de los requisitos de contratación realizando uso de su autoridad y autonomía como seleccionador y verificador, ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.
Desviación de la gestión de lo público:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar la evaluación de los requisitos de contratación ya sea por favores políticos, regalos, dádivas o dinero, en donde el recurso humano a contratar no va a cumplir con sus actividades.
El beneficio privado:	Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar la evaluación de los requisitos de contratación ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por un particular u ente externo.

RIESGOS SICOF - GESTIÓN DE TICS: Posibilidad de afectación económica y reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por manipulación indebida de la información con intereses personales o a terceros, debido a inseguridad en las políticas de autenticación y contraseñas de los sistemas de información o por ofrecimiento de dadivas por parte de personal interno o externo o presiones indebidas.

Criterios riesgo de corrupción:	
Acción u omisión:	Posibilidad afectar a la institución o un usuario por manipulación indebida de información de resguardo institucional por órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.
Uso del poder:	Posibilidad afectar a la institución o un usuario por manipulación indebida de información de resguardo institucional por el uso de privilegios dados en los sistemas ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.
Desviación de la gestión de lo público:	Posibilidad de afectar a la institución o un usuario por manipulación indebida de información de resguardo institucional ya sea por beneficios en la venta de información pública reservada.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

El beneficio privado:

Posibilidad afectar a la institución o un usuario por manipulación indebida de información de resguardo institucional ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por entes externos.

RIESGOS SICOF - GESTIÓN FINANCIERA: Posibilidad de afectación económica y reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por desviación y/o perdida de recursos financieros, de igual forma la no realización de los arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y de recaudo de la Subred y a la no verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos autorizados por los diferentes conceptos por la acción u omisión de las actividades.

Criterios riesgo de corrupción:

Acción u omisión:

Posibilidad de favorecer a un tercero realizando una inadecuada realización de los arqueos de caja en los diferentes puntos de atención y de recaudo de la Subred y a la no verificación, cruce y descargue del sistema de información de los pagos autorizados por los diferentes conceptos, ya sea por desconocimiento u órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.

Uso del poder:

Posibilidad afectación financiera por la inadecuada gestión de los arqueos de caja, gestión de recaudo y verificación de cruces en la información de los pagos autorizados realizando uso de sus privilegios en el proceso y sistema ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.

Desviación de la gestión de lo público:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar la información de la gestión de los arqueos de caja, gestión de recaudo y verificación de cruces en la información de los pagos autorizados realizando ya sea por apropiación de recursos públicos.

El beneficio privado:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar información en la gestión de los arqueos de caja, gestión de recaudo y verificación de cruces en la información de los pagos autorizados realizando ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por entes externos o particulares.

RIESGOS SICOF - GESTIÓN FINANCIERA: Posibilidad de afectación económica y reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por favorecer a un proveedor en el momento de cancelar las obligaciones, sin tener en cuenta la forma de pago establecida en el contrato y el respectivo respaldo presupuestal, debido al cambio en las cláusulas contractuales y a la no socialización de estos cambios, de igual forma por la falta de respaldo presupuestal, no contar con un Acto administrativo y la ausencia de los reportes de las cuentas por pagar adquiridas por la Subred.

Criterios riesgo de corrupción:

Acción u omisión:

Posibilidad de favorecer a un proveedor por desconocimiento de las actividades o cláusulas y/o por órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.

Uso del poder:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones de pago para favorecer a un proveedor realizando uso de su autoridad empleada en el proceso ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.

Desviación de la gestión de lo público:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones de pagos a un proveedor ya sea por favores, regalos, dádivas, dinero o apropiación del presupuesto público.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

El beneficio privado:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar situaciones de pago en favorecimiento de un proveedor ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por entes externos.

RIESGOS SICOF - GESTIÓN JURIDICA: Posibilidad de afectación económica y reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por alteración o falsedad en documento público, debido a que en cumplimiento de sus actividades, funciones o poder otorgado allegue como prueba algún documental que contenga una falsedad, oculte total o parcialmente la verdad y la ausencia de integridad y ética de los colaboradores del proceso, en favor propio o de un tercero.

Criterios riesgo de corrupción:

Acción u omisión:

Posibilidad de favorecer un proceso por desconocimiento o por órdenes de un superior u situación con conflicto de interés.

Uso del poder:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar información de los procesos que se adelantan, realizando uso de su autoridad y autonomía como profesional a cargo del proceso ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.

Desviación de la gestión de lo público:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar información de los procesos que se adelantan en búsqueda de favorecerse con recursos públicos.

El beneficio privado:

Posibilidad de ocultar, distorsionar o tergiversar información de los procesos que se adelantan ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por entes externos o particulares.

RIESGOS SICOF - GESTIÓN JURÍDICA: Posibilidad de afectación económica y reputacional (susceptibilidad riesgo: SICOF con efectos de corrupción, opacidad, fraude y/ soborno) por el vencimiento de términos o la prescripción del proceso, debido a una posible omisión o negligencia del funcionario o contratista que mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes, evite o postergue su aplicación para beneficio propio o de un tercero y a la dilación o la no presentación de la acción judicial en tiempo de conformidad a los procedimientos y normatividad vigente.

Criterios riesgo de corrupción:

Acción u omisión:

Posibilidad de favorecer a un tercero por vencimiento de términos o la prescripción del proceso por desconocimiento u ordenes de un superior y/o situación con conflicto de interés.

Uso del poder:

Posibilidad de favorecer a un tercero por vencimiento de términos realizando uso de su autoridad y autonomía profesional a cargo del proceso ya sea por favores, regalos, conflictos de interés, dádivas o dinero.

Desviación de la gestión de lo público:

Posibilidad de favorecer a un tercero por vencimiento de términos con el fin de favorecerse con los recursos públicos directa o indirectamente.

El beneficio privado:

Posibilidad de favorecer a un tercero por vencimiento de términos ya sea por favores, regalos, dádivas o dinero por entes externos.

De igual manera se presente el avance gradual de su calificación:

DESARROLLO

CÓD	PROCESO	Corrupción			
		CANTIDAD		Estado anterior del Control	Avance en calificación
		RIESGOS	CONTROLES		
2	Gestión Jurídica	2	3	Fuerte	Fuerte
8	Gestión del Riesgo en Salud	1	3	Débil	Fuerte
12	Gestión Financiera	2	7	Moderado	Fuerte
13	Gestión de TICS	1	5	Fuerte	Fuerte
15	Gestión de Contratación	2	5	Moderado	Fuerte
16	Gestión del Talento Humano	1	2	Fuerte	Fuerte
17	Control Interno	1	3	Fuerte	Fuerte
TOTAL RIESGOS DE OPERACIÓN Y CONTROLES		10	28		

VI. PRESENTACIÓN PLAN DE TRABAJO 2024 (PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL PTEE)

- ✓ El objetivo es fortalecer de manera participativa la construcción del plan de trabajo del programa de transparencia y ética pública de la Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E para la vigencia 2024 con el alcance de vinculación participativa de las instancias de participación, entes y organizaciones sociales que cuenten con algún grupo de interés en las acciones, se presenta normatividad y los ajustes realizados.

[illegible]

A continuación se relaciona los componentes definidos en el plan de trabajo para la vigencia 2024 con sus objetivos, metas y actividades descritas que ya se encuentra en Almera por el módulo de proyectos, lo que nos permitirá realizar los seguimientos y subir los soportes por cada responsable de las actividades.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

ACTA

DESARROLLO

Mecanismos para la transparencia y acceso a la información COMPONENTE 1 Objetivo General: Garantizar el acceso a la información pública y la transparencia en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para la transparencia y acceso a la información pública. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para la transparencia y acceso a la información pública. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para la transparencia y acceso a la información pública. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual	Estrategia de Rendición de Cuentas COMPONENTE 2 Objetivo General: Establecer los mecanismos para la rendición de cuentas en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para la rendición de cuentas en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para la rendición de cuentas en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para la rendición de cuentas en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual	Mecanismos para mejorar la atención y participación al ciudadano COMPONENTE 3 Objetivo General: Establecer los mecanismos para mejorar la atención y participación al ciudadano en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para mejorar la atención y participación al ciudadano en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para mejorar la atención y participación al ciudadano en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para mejorar la atención y participación al ciudadano en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual
Racionalización de trámites COMPONENTE 4 Objetivo General: Establecer los mecanismos para la racionalización de trámites en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para la racionalización de trámites en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para la racionalización de trámites en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para la racionalización de trámites en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual	Apertura de información y datos abiertos COMPONENTE 5 Objetivo General: Establecer los mecanismos para la apertura de información y datos abiertos en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para la apertura de información y datos abiertos en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para la apertura de información y datos abiertos en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para la apertura de información y datos abiertos en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual	Innovación COMPONENTE 6 Objetivo General: Establecer los mecanismos para la innovación en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para la innovación en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para la innovación en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para la innovación en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual
Fortalecimiento de una cultura de integridad COMPONENTE 7 Objetivo General: Establecer los mecanismos para el fortalecimiento de una cultura de integridad en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para el fortalecimiento de una cultura de integridad en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para el fortalecimiento de una cultura de integridad en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para el fortalecimiento de una cultura de integridad en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual	Gestión de riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno) - Mapa de riesgo COMPONENTE 8 Objetivo General: Establecer los mecanismos para la gestión de riesgos SICOF en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para la gestión de riesgos SICOF en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para la gestión de riesgos SICOF en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para la gestión de riesgos SICOF en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual	Medidas de control diligencia y prevención de lavado de activos (LI) y financiación del terrorismo - SARLAFT COMPONENTE 9 Objetivo General: Establecer los mecanismos para las medidas de control diligencia y prevención de lavado de activos (LI) y financiación del terrorismo (SARLAFT) en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Objetivo Específico: Establecer los mecanismos para las medidas de control diligencia y prevención de lavado de activos (LI) y financiación del terrorismo (SARLAFT) en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Actividades: 1. Realización de talleres de sensibilización y capacitación para el personal de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2. Implementación de los mecanismos para las medidas de control diligencia y prevención de lavado de activos (LI) y financiación del terrorismo (SARLAFT) en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 3. Realización de campañas de difusión y comunicación para el público en general. 4. Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los mecanismos para las medidas de control diligencia y prevención de lavado de activos (LI) y financiación del terrorismo (SARLAFT) en la gestión de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Indicadores: 1. Número de talleres de sensibilización y capacitación realizados. 2. Número de actividades de monitoreo y evaluación realizadas. 3. Número de campañas de difusión y comunicación realizadas. 4. Número de actividades de sensibilización y capacitación realizadas. Responsables: 1. Secretaría de Salud 2. Subred Integrada de Servicios de Salud 3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Fecha de inicio: 2024-01-01 Fecha de fin: 2024-12-31 Periodicidad: Anual

Una vez presentado el plan de trabajo y con las aclaraciones respectivas, Se pone a consideración de los miembros del comité para ser aprobado, para esto se toma lista por cada uno de los integrantes preguntando si aprueban el plan de trabajo para la vigencia 2024 con los ajustes definidos, para lo cual, se aprueba por los 12 miembros del comité presentes que tienen voto. debido a que control interno tiene voz pero no voto, por lo tanto no entra en el conteo. Realizada la votación queda aprobado por unanimidad .

VII. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN

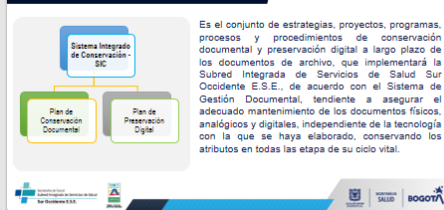
La Dirección Administrativa, en el marco de fortalecer el subproceso de gestión documental y de acuerdo con los proyectos definidos en el Plan Institucional de Archivos (PINAR), elaboró el Sistema Integrado de Conservación (SIC) mediante el equipo interdisciplinario (archivista, restauradora e ingeniero de sistemas), de conformidad con los lineamientos emitidos en el Acuerdo 006 de 2014 del Archivo General de la Nación. Por lo anterior, los profesionales de la Dirección Administrativa, presenta el plan de conservación documental y el plan de preservación digital a largo plazo del SIC, en donde se realiza las siguientes consideraciones:

- ✓ Conformado por 6 estrategias y 11 proyectos que se desarrollan en actividades para cada uno, se asignaron tiempo recursos y costos indicativos para asegurar su implementación a lo largo de siete (7) años, de acuerdo con el sistema de gestión documental tendiente a asegurar el adecuado mantenimiento de los documentos físicos, análogos y digitales.

DESARROLLO

- ✓ Los objetivos generales es conservar y preservar la documentación producida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E permitiendo la consulta y acceso a la información
- ✓ El objetivo específico es implementar los programas del sistema integrado de conservación con el fin de garantizar la conservación y preservación de la información del medio en que se encuentre.
- ✓ Formular las estrategias actividades, recursos y condiciones tendientes a gestionar los riesgos identificados en el corto, mediano y largo plazo.
- ✓ La importancia de la implementación de las estrategias del plan de conservación documental está dirigida para evitar y detectar los factores de los riesgos que generan deterioros en los documentos de archivo en soportes físicos o analógicos.

7. ¿QUÉ ES EL SIC?



49

¿QUÉ HICIMOS?

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en cabeza de la Dirección Administrativa formuló el Sistema Integrado de Conservación - SIC, junto con la Oficina de Sistemas de Información TICs.

El cual, se encuentra con los lineamientos definidos por el Archivo General de la Nación, acuerdo 80 del 2014 y la Guía para la estructuración del Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

50

OBJETIVOS

GENERALES

Conservar y preservar la documentación producida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. permitiendo la consulta y acceso a la información.

ESPECÍFICOS

- Implementar los programas del Sistema Integrado de Conservación, con el fin de garantizar la conservación y preservación de la información, independientemente del medio en que se encuentre.
- Mantener los atributos de unidad, integridad, originalidad y accesibilidad de los documentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., desde el momento de su producción y vigencia, hasta su disposición final.
- Formular estrategias, actividades, recursos y condiciones tendientes a gestionar los riesgos identificados, en el corto, mediano y largo plazo.
- Sensibilizar a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en la producción, trámite, consulta y disposición final de los documentos analógicos y/o digitales que se producen en sus actividades diarias.

51

COMPONENTES DEL SIC



OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

- Definir los principios y reglas de la conservación que se pondrán en práctica en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para evitar la aparición de deterioros en los documentos de archivo.
- Identificar las áreas y el personal responsable de la formulación, implementación y seguimiento de las actividades del Plan de conservación Documental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Diseñar las estrategias para implementar las actividades de los programas de conservación del presente plan a corto, mediano y largo plazo, junto con la identificación de los recursos necesarios para su adecuada ejecución.

55

ALCANCE DEL PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

La implementación de las estrategias del Plan de Conservación Documental, están dirigidas a evitar y detener los factores de riesgo que generan deterioros en los documentos de archivo en soportes físicos o analógicos y que han sido valorados y registrados en las Tablas de Valoración Documental y las Tablas de Retención Documental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Se excluyen documentos en formatos electrónicos o digitales por ser objeto del PPDP.

56

POLÍTICA DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. se compromete con aplicar las buenas prácticas de la conservación para los documentos de archivo en soportes físicos desarrolladas en las normas nacionales, mediante la ejecución de las actividades formuladas en el Plan de Conservación Documental del Sistema Integrado de Conservación.

Para garantizar la ejecución de los programas de conservación, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. gestionará los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para dar cabal cumplimiento a los compromisos del Sistema Integrado de Conservación y los demás instrumentos archivísticos que estén vinculados con la preservación a largo plazo de los documentos de archivo.

57

Principios para la conservación documental

- o La conservación preventiva será el principio que orientará la formulación de las estrategias, programas, proyectos y actividades del Plan de Conservación Documental.
- o Las actividades de intervención en conservación o restauración estarán restringidas solo para los documentos de archivo que presenten deterioros.
- o Toda intervención en conservación restauración que se realice en los documentos de archivo será registrada en los instrumentos de descripción documental para llevar una trazabilidad y control.
- o La armonización del Plan de Conservación Documental con los demás instrumentos archivísticos y sistemas de gestión de la Entidad será de carácter permanente, de tal manera que se revisen, ajusten o actualicen los documentos que describen los procesos, procedimientos, registros, entre otros, y se asignen en los planes de acción anuales los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades propuestas.

58

Reglas para la conservación documental

- Todo el personal, funcionario o prestador de servicios, que interactúe con los documentos de archivo en soportes físicos será responsable de su adecuada conservación y custodia desde la producción, trámite, organización y transferencia al archivo central de la entidad.
- Los espacios y mobiliarios destinados al almacenamiento de archivos físicos contarán con la seguridad, mantenimiento y condiciones adecuadas para retardar los deterioros que se producen de manera acumulativa por el envejecimiento y uso normal de los soportes documentales.
- Se mantendrá un estricto monitoreo y control de las condiciones ambientales en los espacios de depósito de archivo, sean espacios destinados para el almacenamiento de archivos de gestión o archivo central.

59

Reglas para la conservación documental

- El saneamiento ambiental, que comprende las actividades de limpieza y el control de factores bióticos nocivos para los documentos, se realizará periódicamente en los archivos de gestión y en los depósitos de archivo central, para minimizar el impacto negativo de estos agentes de deterioro.
- La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. adquirirá los materiales de producción, almacenamiento y conservación documental que cuenten con las características de calidad de archivo.
- La evaluación de riesgos para la conservación documental se realizará rutinariamente; se evaluarán los factores de deterioro frente a la realidad normativa, de infraestructura y situación administrativa de la Entidad para formular los controles que más se adecuen para evitar los deterioros en los documentos de archivo en soportes físicos.

60

DESARROLLO

ESTRATEGIAS

PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

- 1. Proyecto – Etapa para: **ESTRATEGIA 1**
- 1. Proyecto – Etapa para: **ESTRATEGIA 2**
- 1. Proyecto – Etapa para: **ESTRATEGIA 3**
- 1. Proyecto – Etapa para: **ESTRATEGIA 4**
- 1. Proyecto – Etapa para: **ESTRATEGIA 5**
- 1. Proyecto – Etapa para: **ESTRATEGIA 6**

PDCO

El Plan de Conservación Documental está conformado por 6 estrategias correspondientes a los programas de conservación preventiva y 11 proyectos que se desarrollan en actividades, para cada uno se asignaron tiempos, recursos y costos indicadores para asegurar su implementación a lo largo de siete años.

61

[illegible]

62

Diagrama de la Estrategia Digital de PPOLP:

- ESTRATEGIA 1 - 1 Proyecto
- ESTRATEGIA 2 - 4 Proyectos
- ESTRATEGIA 3 - 3 Proyectos
- ESTRATEGIA 4 - 1 Proyecto
- ESTRATEGIA 5 - 1 Proyecto

PLAN DE PRESERVACIÓN DIGITAL A LARGO PLAZO

63

OBJETIVO GENERAL

DEL PLAN DE PRESERVACIÓN DIGITAL A LARGO PLAZO

Garantizar el acceso y la preservación a largo plazo del acervo de documentos electrónicos de archivo, que son generados, tramitados y almacenados que están tipificados en las Tablas de Retención Documental – TRD, a fin de asegurar sus características, tales como: integridad, autenticidad, inalterabilidad, originalidad, fiabilidad y accesibilidad, desde la producción hasta la disposición final.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE PRESERVACIÓN DIGITAL A LARGO PLAZO

- Identificar los documentos electrónicos de archivo nativos o convertidos, recibidos o generados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente en atención de sus funciones, que de acuerdo con la estrategia archivística deben estar disponibles en el largo plazo.
- Identificar y evaluar los riesgos que afectan la permanencia y accesibilidad de la información documental durante el activo durante el tiempo que se conserven de acuerdo conforme con las TRD y TMD.
- Seleccionar los documentos o información que será objeto de preservación a largo plazo, conforme con el proceso de valoración documental.
- Definir lineamientos para la preservación de los documentos electrónicos de archivo en todo su ciclo vital, desde su producción o recepción hasta la disposición final.
- Formular e implementar las estrategias que permitan garantizar las características de integridad, autenticidad, confiabilidad, originalidad, totalidad y accesibilidad de los documentos electrónicos de archivo.



ALCANDE DEL PLAN DE PRESERVACIÓN DIGITAL

Inicia desde la producción hasta la disposición final de los documentos (textos, bases de datos, imágenes fijas o en movimiento, grabaciones sonoras, material gráfico, programas, informáticos o páginas web), nativos digitales y los convertidos a digital a partir de material analógico ya existente, cuyo tiempo de retención determinado en las Tablas de Retención Documental (TRD) y las Tablas de Valoración Documental (TVD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. superior a diez (10) años.

MEDIOS ALMACENAMIENTO

30"



Disquete 30"

Capacidad máxima
1.2 MB

60"



Disquete 60"

Capacidad máxima
5.25 MB

5 1/4"



Disquete 5 1/4"

Capacidad máxima
1.44 MB

3 1/2"



Disquete 3 1/2"

Capacidad máxima
1.44 MB

CD-ROM



Disco compacto

Capacidad máxima
700 MB

DVD



Disco digital

Capacidad máxima
4.7 GB

Blu-ray



Disco de alta capacidad

Capacidad máxima
25 GB

HD-DVD



Disco de alta capacidad

Capacidad máxima
15 GB

Cloud



Almacenamiento en la nube

Capacidad máxima
Ilimitada

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

USB



Dispositivo de almacenamiento

Capacidad máxima
128 GB

SD



Dispositivo de almacenamiento

Capacidad máxima
64 GB

Actualidad



Almacenamiento en la nube

Capacidad máxima
Ilimitada

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

SSD



Disco sólido

Capacidad máxima
2 TB

67

POLÍTICA DE PRESERVACIÓN DIGITAL

La política de preservación digital a largo plazo, es uno de los componentes del Sistema Integrado de Conservación que forma parte del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

Establece los lineamientos tecnológicos que permiten asegurar la estabilidad física de los datos, la permanencia y el acceso de la información de los documentos digitales y la protección intelectual asegurando los principios de la preservación digital: integridad, equivalencia, economía, autenticidad, compensación y normalización.

Sistema Integrado de Conservación - SIC

- Plan de Conservación Documental
- Plan de Preservación Digital a Largo Plazo
- Política de Conservación Documental
- Política de Preservación Digital a Largo Plazo
- Política de Gestión de Archivos
- Política de Gestión de Bases de Datos
- Política General de Gestión Documental

68

POLÍTICA DE PRESERVACIÓN DIGITAL

→ OBJETIVO

Ser un instrumento rector de lineamientos y decisiones para determinar acciones que aseguren la integridad, fidelidad, accesibilidad, permanencia y disponibilidad de los documentos electrónicos de archivo para los ciudadanos, por los tiempos establecidos en las Tablas de Retención Documental (TRD) y las Tablas de Valoración Documental (TVD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente C.S.S. a través de la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

→ ALCANCE

La Política de Preservación Digital a Largo Plazo aplica desde la producción hasta la disposición final de los documentos, nativos digitales y los convertidos a digital a partir de material analógico ya existente, cuyo tiempo de retención determinado en las Tablas de Retención Documental (TRD) y las Tablas de Valoración Documental (TVD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente C.S.S. sea superior a diez (10) años.

69

PRINCIPIOS

- **Integridad.** Asegurar la autenticidad y fiabilidad del documento electrónico, conservando la estructura lógica y la información contextual (metadatos), que permitan preservar el contenido informativo por el tiempo necesario para soportar las actuaciones administrativas y misceláneas.
- **Equivalencia.** Para hacer frente a la obsolescencia tecnológica y asegurar el acceso a la información, se puede modificar, cuando sea necesario, y siempre que se practique protocolos confiables y normalizados, la forma tecnológica, la cual debe prever no alterar el valor intrínseco de la documentación electrónica de archivo.
- **Economía.** Consistente en ejecutar procesos, procedimientos y técnicas de producción digital, que respondan a las necesidades de cada época, pero con los patrones adecuados en cuanto a practicidad en la apropiación tecnológica, sin dejar de lado la sostenibilidad y el uso racional de los recursos organizacionales.

PRINCIPIOS

- **Actualidad:** Posibilidad de incorporar al sistema de preservación digital, los últimos avances tecnológicos de conformidad a la época, para asegurar el robustecimiento necesario, a través de la actualización de las prestaciones y servicios en torno a la preservación digital.
- **Cooperación:** consiste en reutilizar y compartir las soluciones existentes, particularmente aquellas que son desarrolladas conjuntamente (por ejemplo: con otros archivos digitales), principalmente en procesos que permiten la centralización en su gestión.
- **Normalización:** Garantizar buenas prácticas en la gestión de la preservación digital de documentos a través de la adopción, desarrollo y aplicación de herramientas y lineamientos acordes a dicho fin, los cuales deben estar dados siempre a la luz de la normatividad y los estándares vigentes, tanto nacionales como aquellos internacionales que son procedentes en su aplicación basados en el contexto organizacional.



MANDATO Y REQUISITOS

Garantizar el acceso y la preservación a largo plazo del acervo documental digital, que están definidos en las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental (TVD), con las características de unidad, integridad, autenticidad, confidencialidad, materialidad, originalidad, fiabilidad, accesibilidad, durante todo el ciclo de vida de los documentos de acuerdo con los lineamientos institucionales, normativas distrital y nacional, a través de la adopción e implementación del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.

DESARROLLO

ESTRATEGIAS	
ESTRATEGIAS	PROYECTOS
1. Sensibilizar funcionarios y contratistas	1: Realizar jornadas de sensibilización y capacitación
2. Identificar Documentos Digitales, Medios de Producción y Almacenamiento que puedan ser objeto de preservación digital a largo plazo	1: Generar un catálogo de documentos digitales a partir de las Tablas de Retención Documental - (TRD) 2: Identificar los documentos digitales susceptibles de preservación digital a largo plazo producidos por sistemas de información 3: Identificar los documentos digitales susceptibles de preservación digital a largo plazo que se encuentran en unidades de almacenamiento (SAN, nube, estaciones de trabajo y Disco duros) 4: Identificar los documentos digitales susceptibles de preservación digital a largo plazo que se encuentran en medios de almacenamiento (CD, DVD, Blu-ray, memorias USB, cintas magnéticas, tarjetas de memoria externa, unidades de disco magneto-óptico [Disquetes] y Zip.) que se encuentren en el archivo de gestión y archivo central.
3. Normalizar acciones para preservar documentos digitales a largo plazo	1: Establecer los metadatos de preservación para los documentos digitales susceptibles de preservación a largo plazo 2: Establecer los requisitos técnicos y funcionales de un SGDEA 3: Elaborar y/o articular procedimientos para asegurar la preservación digital
4. Realizar el proceso de adquisición y/o actualización de medios y sistemas de almacenamiento	1: Identificar y adquirir de medios y sistemas para el almacenamiento seguro de los documentos electrónicos de archivo susceptibles de preservación digital a largo plazo
5. Aplicar técnicas de preservación digital según estado de los documentos electrónicos de archivo	1: Seleccionar y aplicar técnicas de preservación digital a largo plazo

Se presentan las estrategias, programas, proyectos, y actividades de cada uno de los planes, los cuales, una vez sea aprobado y adoptado el Sistema Integrado de Conservación, iniciarán con la implementación y se articularán con los subsistemas que actualmente tiene la entidad, ejemplo: gestión ambiental y emergencias y desastres, entre otros, para establecer las acciones definidas en las estrategias de los planes.

VIII. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL MODELO DE REQUISITOS PARA LA GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO

- ✓ Instrumento archivístico de planeación que formula los requisitos funcionales, técnicos y no funcionales de la gestión de documentos electrónicos de las entidades en decreto 1080 de 2015, decreto 2609 de 2014 su elaboración está basada en el modelo de requisitos técnicos y funcionales para SGDEA- DC del archivo de Bogotá el cual resultado de la combinación de la versión 3.0
- ✓ Los requisitos funcionales mencionadas, el MOREQ 2008y el MOREQ 2010
- ✓ El alcance del MOREQ se involucra a todo los procesos o dependencias de la subred integrada de servicios de salud Sur Occidente, busca controlar organizar y administrar los EDOCS independientes del formato, medio de producción y canal de recepción mediante la implementación de los requisitos técnicos y funcionales de acuerdo con las particularidades y necesidades identificadas en la materia de gestión documental.
- ✓ Los objetivos generales es establecer los requisitos técnicos, funcionales y no funcionales propios de la entidad que debe cumplir el SGDEA para la producción.
- ✓ El objetivo específico es controlar el ciclo de vida de los documentos electrónicos de archivo, desde la producción hasta el destino final, siguiendo los principios de la gestión y apoyados en un sistema informatizado.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

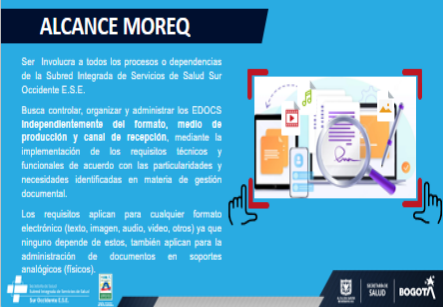
DESARROLLO



76

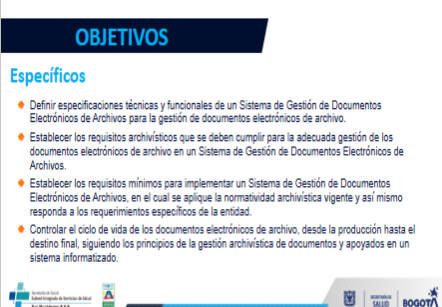


77



78







Una vez presentado el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos; Se pone a consideración de los miembros del comité para ser aprobado, es por ello, que se toma lista por cada uno de los integrantes preguntando si aprueban el Sistema Integrado de Conservación (plan de conservación documental y plan de preservación digital a largo plazo), de acuerdo con los tiempos establecidos en el cronograma de implementación del SIC, así mismo, el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos, para lo cual, se aprueba por los 12 miembros del comité presentes que tienen voto. debido a que control interno tiene voz pero no voto, por lo tanto no entra en el conteo.

Realizada la votación queda aprobado por unanimidad .

IX. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA Y PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

- ✓ La Dra. Sharon presenta el seguimiento a planes de mejora y la producción documental con corte a 30 de noviembre, informa que se cuenta con 186 acciones correspondientes a 31 oportunidades de mejora derivadas de 13 planes de mejoramiento provenientes de la vigencia 2022, las acciones por proceso presentan un avance a la fecha del corte del 99% de cumplimiento.
- ✓ Se cuenta con 837 acciones correspondientes a 197 oportunidades de mejora derivadas de 77 planes de mejoramiento y las acciones por proceso presentan un avance de 95% de cumplimiento
- ✓ El cumplimiento de 286 acciones de mejora derivadas de 96 oportunidades de mejora planeadas hasta el 30 de noviembre tiene un cumplimiento del 93% es importante resaltar que todas las acciones de mesas de mejora deben tener un cumplimiento del 95% para la visita de ICONTEC.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

En constancia se firma,



PRESIDENTE
MARTHA YOLANDA RUÍZ VALDÉS
 Gerente



SECRETARIA TÉCNICA
DIANA MILENA MENDIVELSO DÍAZ
 Jefe Oficina Desarrollo Institucional

Anexos: Anexos (2)

Se Adjunta presentación del comité.

Se adjunta LISTADO DE ASISTENCIA

Proyectó: Mónica Puche Aroca— Líder Planeación Estratégica, *Mónica Puche Aroca*

FECHA: 13/12/2023	TEMA: COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO
-------------------	-------------------------------------

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Coordinar con los líderes de política las acciones del plan de mejoramiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión para la vigencia 2024.	Desarrollo Institucional	última semana de enero
Revisión de OPAS	Desarrollo Institucional	Próximo comité MIPG
Publicar el 31 de enero 2024 el plan de trabajo del programa de transparencia y ética pública	Desarrollo Institucional	Próximo comité MIPG

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES						
N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	SE ADJUNTA LISTADO DE AS PRESENCIAL Y VIRTUAL.					

Indicaciones de diligenciamiento del Formato

En el Formato de acta se registra de forma física o magnética la información más importante o relevante de los diferentes espacios de reunión que se generen en la institución de manera formal (comités, análisis de casos, etc.) o de manera informal. Su objetivo es relacionar lo que sucede, se debate y acuerda en una reunión.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Versión:

3

Fecha de aprobación:

17-11-2021

Código:

02-01-FO-0002



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Marque con una X según corresponda

Reunión de Subred ☒ Reunión de Unidad Prestadora de Servicios _____ Reunión de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) _____

FECHA:

(dd-mm-aaaa)

13-12-2023

LUGAR:

Asdinego

HORA INICIO:

8 a.m.

RESPONSABLE:

(Proceso, servicio, dependencia que lidera)

Dr. Martha Yolanda Ruiz Valdes

HORA FINAL:

TEMA DE LA REUNION:

Comite Gestio'n y Desempeño 4to trim.

Nº	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NOMBRE	UNIDAD	PROCESO/AREA /SERVICIO	CARGO Y/O PERFIL	FIRMA
1	52344005	Sharon Mc.Cortney	Asdinego	Calidad	Referente Acreditación	Sharon Mc.Cortney
2	43871908	TOTOTRON	SISSSO	Ambiente FISICO	Director Administrativo	TOTOTRON
3	39788222	Manuela Castellano	Asdinego	Jefe Oficina	Participación y Servicio	Manuela Castellano
4	65704509	Daimary Cuenca M.	Asdinego	Sistema de inf.	Coab. Gest. ties	Daimary Cuenca M.
5	1010176616	Ingrid Vasquez	Asdinego	Contactar	Director	Ingrid Vasquez
6	79879464	Pablo Herrera Orozco	SISSSO	Dir. Administrat.	Lider PISO	Pablo Herrera Orozco
7	101545028	Luis Yancy Bolivar S.	Asdinego	S. Corporativa	Profesional Exp.	Luis Yancy Bolivar S.
8	79329918	Yannero Jimenez	Asdinego	Financiero	Director	Yannero Jimenez
9	52.117.538	LIDIA MAYORGA	ASDINEGO	GERENCIA	ASesor	LIDIA MAYORGA
10	66830270	Claudia Quintero	Asunción Bochica	Control Interno	Jefe OC1	Claudia Quintero
11	52468234	Diana Mendivelso	SISSSO	Dpto. Inst. H.	Jefe Of.	Diana Mendivelso
12	52262776	Sandra Roro	SISSSO	Subgerente Salud		Sandra Roro



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

Versión:

3

Fecha de
aprobación:

17-11-2021

Código:

02-01-FO-0002



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Nº	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NOMBRE	UNIDAD	PROCESO/AREA	CARGO Y/O PERFIL	FIRMA
13	023877013	Gemma Orozco	SSSSO	Juridica	Jefe Of	
14	79625066	Miguel Mojica	SSSSO	Gestión	Jefe Of	
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

ID	Fecha:	Tema:	Nombres y apellidos:	# de identificación:	Unidad de Servicios de Salud o part	Cargo o activ	Sexo:	¿Pertenece a
1362209	2023-12-13	Comite MIPG	Martha Yolanda Ruiz Valdes	51837463	Sede Administrativa - Asdincgo	GERENTE	Femenino	Ninguno
1362331	2023-12-13	COMITÉ GESTIÓN Y DESEMPEÑO	Lucia Mora Quiñones	52228484	Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	JEFE DE OFICINA	Femenino	Ninguno
1362346	2023-12-13	Comité MIPG	Carmen Acero	1018409967	Sede Administrativa - Bodega Gestión Documental / B. Carvajal	JEFE DE OFICINA	Femenino	Ninguno