

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

COMITÉ  REUNIÓN  OTRO

NÚMERO DE ACTA:003

FECHA: 30 DE SEPT DE 2022

LUGAR: ASDICGO

HORA INICIO: 2 PM

RESPONSABLE: MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS  
(Proceso, servicio, dependencia que lidera)

HORA FINAL: 4 PM

### OBJETIVO DE LA REUNION

Realizar el Comité de Gestión y Desempeño Tercer Trimestre 2022

### ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Verificación del Quorum
2. Revisión de Compromisos
3. Seguimiento Plan de Trabajo MIPG 2022
4. Ajuste y Evaluación Políticas Institucionales
5. Modificación PAAC v 2 Presentación Riesgos de Corrupción
6. Gestión Ambiental
7. Varios

### REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Enviar el Plan de Trabajo a DAEPS	Jefe oficina Desarrollo Institucional	30/06/2022	X		Se envía plan de trabajo por correo electrónico Dr. Bolívar SDS
2	Verificar los requisitos del convenio con SDS para el plan de trabajo de Sistema de Gestión Documental.	Directora Administrativa	30/06/2022	X		Dra. Tatiana realiza revisión no realiza ajustes.
3	Revisar frente al informe de seguimiento cuatrimestral al PAAC el cumplimiento del botón de denuncia	Jefe Oficina Control Interno	Agosto 2022	X		Se ajustó la versión 2 se cambió por Instalar y en esta evaluación se cumplió la actividad.
4	Realizar la gestión de adquisición de los	Jefe Oficina de Comunicaciones	Agosto 2022	X		Se hace la gestión y la página ya está en producción.

	<b>ACTA</b>	Versión:	4	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	15-09/2021	
		Código:	02-01-F0-0001	

	desarrollos para la	página web.				
--	---------------------	-------------	--	--	--	--

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
4	4	100

## DESARROLLO

La Dra. Diana Mendivelso como Secretaria Técnica da inicio al comité de Gestión y Desempeño a las 2 pm presentando la agenda del día, la cual es aprobada por los miembros del comité; de esta manera se comienza con el orden del día.

1. Verificación del Quorum
2. Revisión de Compromisos
3. Seguimiento Plan de Trabajo MIPG 2022
4. Ajuste y Evaluación Políticas Institucionales
5. Modificación PAAC v 2 y Presentación Riesgos de Corrupción
6. Gestión Ambiental
7. Varios

### DESARROLLO:

1. Verificación del Quorum

La Dra. Diana Mendivelso da la palabra a la Dra. Mónica Puche Aroca, líder de planeación estratégica para iniciar con la verificación del Quorum contando con la asistencia de 15 de 15 de los integrantes cumpliendo el 100% de participación

2. Revisión de Compromisos

Se procede a presentar el cumplimiento del primer compromiso, el Plan de Trabajo del MPG fue enviado por correo electrónico al Dr. Juan Carlos Bolívar Subsecretario de Planeación SDS.

El segundo compromiso fue realizado por la Dra. Tatiana Marín - Directora Administrativa quien realizó revisión del plan y no se generaron ajustes adicionales.

El tercer compromiso se ajustó la versión 2 del PAAC en donde se cambió la redacción de realizar consulta por Instalar y en esta evaluación se cumplió con la actividad.

El cuarto compromiso se realizó la gestión para poner en producción la página web sin embargo la Dra. Carmen Acero - Jefe de Comunicaciones aclara que sigue en tramites varios procesos de accesibilidad con el fin de mejorar con el enfoque diferencial.

3. Seguimiento Plan de Trabajo MIPG 2022

Se realiza el seguimiento con los soportes que se encuentran en el aplicativo Almera y se presenta por cada dimensión el cumplimiento de las actividades de las políticas. Aclarando que las actividades que iniciaron

## DESARROLLO

en junio de 2022 llevan un cumplimiento del 50% por eso se cuentan con cumplimientos del 50% al 100% que corresponden a las actividades que se iniciaron a principio de año.

### **DIMENSIÓN 1: TALENTO HUMANO**

**Política de Talento Humano y Política de Integridad:** presentan cumplimiento de todas las actividades al tercer trimestre de 2022.

### **DIMENSIÓN2: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN**

**Política Planeación Institucional:** se tiene dos actividades a una ya se le dio cumplimiento 100% la de caracterización y la otra está en 75% de avance cumpliendo al tercer trimestre

**Política de Compras y Contratación** tiene la actividad de formulación del Plan Anual de Adquisiciones ya se cuenta con la propuesta y cronograma para su formulación entre octubre y noviembre de 2022.

### **DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS**

**Política Fortalecimiento organizacional y simplificación de trámites:** En la actividad actualización mapa de procesos la Dra. Claudia Rosero – Jefe de Calidad, explicó que de los 18 procesos ya 16 procesos realizaron actualización de esas dos ya están aprobados, se tienen pendiente dos procesos por actualización; comenta los ajustes en Control Interno Disciplinario se solicita cambio del nombre de Control Interno Disciplinario a Control Disciplinario Interno, la Dra. Monica Flórez - Directora de Talento Humano aclara que de acuerdo a la estructura organizacional no se había realizado cambio de nombre por lo tanto ese cambio no está avalado.

En Urgencias se determinó un subproceso adicional La ruta de agresiones, accidentes y traumas y se solicita revisión con la Subgerencia de Servicios de Salud - la Dra. Sandra Roza para realizar la revisión y aprobación.

En financiera se proponen unos subprocesos adicionales a lo cual quedaron en realizar revisión con la Dirección Financiera y Subgerencia Corporativa.

Se definió que las subgerencias y direcciones revisen los ajustes solicitados para establecer el cumplimiento de la actividad.

**Política Gobierno y Seguridad Digital:** El Ing. Miguel Mojica -Jefe de Tics comenta los avances que se llevan en ambas políticas y en la actividad de satisfacción se va a programar una encuesta para que una vez visitada la página se realice la encuesta de satisfacción de la misma.

Todas las demás actividades se encuentran con cumplimiento.

**Política Servicio Al Ciudadano:** Se cumplen con todas las actividades programadas, está pendiente la actividad Establecer los lineamientos de la guía de lenguaje claro del PNSC-DNP en la información que publica la entidad, La dra. Carmen Acero explica que se está proceso de contratación para incluirlo en la página web.

**Política Participación ciudadana en la Gestión Pública:** Se lleva un cumplimiento del 50% se ha realizado audiencia pública, diálogos ciudadanos, teleconferencias, asambleas comunitarias; La Dra. Marcela Castellanos – Jefe Oficina de Participación menciona que en el resultado de la evaluación del PAAC les bajaron porcentaje porque no se tenía identificado los grupos de formas de participaron en la rendición de cuentas, se aclara que este tema lo vamos a revisar en la modificación del PAAC y ahí lo podemos ajustar para que el producto nos quede claro para la evaluación.

## DESARROLLO

**Política Defensa Judicial:** se lleva un cumplimiento del 50% de la actividad programada.

### DIMENSIÓN 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

**Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional:** se ha presentado el Plan anual Institucional en Junta Directiva y los planes por procesos en comité directivo se lleva un cumplimiento del 75%.

### DIMENSIÓN 5: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

**Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:** se lleva un cumplimiento del 70% para las dos actividades, en riesgos de corrupción ya se identificaron un riesgo en talento humano y en evaluación uno para control interno; la matriz de ITA ya se tiene implementada con la nueva norma y se realizó reporte a procuraduría con todos los soportes.

**Política Gestión Documental:** Se ha estado trabajando en el sistema integrado de conservación SIC, se cuenta con el ing. de sistemas y se está consiguiendo el conservador, una vez se cuente con toda la documentación se solicitará un comité extraordinario para presentarlo para aprobación; La Dra Tatiana Marín comenta que para la elaboración de las tablas de valoración se cuenta con el contrato de Colvatel y se está trabajando en ello.

### DIMENSIÓN 6 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

**Política de Gestión del Conocimiento;** Se lleva cumplimiento de 3 de 4 actividades, aclarando que la actividad de innovación le falta el seguimiento en Almera pero se han realizado actividades, la Dra Martha Yolanda Ruíz - gerente aclara que se obtuvo un premio por innovación en gestión ambiental; se establece que los procesos envíen los soportes a gestión del conocimiento quienes van a consolidar esta actividad.

### DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO

**Política Control Interno:** de las 6 actividades programadas ya 2 llevan cumplimiento al 100%, 3 están al 50% y 1 está programada para el cuarto trimestre de 2022.

La Dra. Carmen Acero solicita que los procesos envíen de manera periódica envíen la información respectiva para mantener actualizada la información de la página web.

La Dra. Martha Yolanda Ruíz le solicita al ing. Miguel establecer una alerta o recordatorio a los procesos desde sistemas con el fin de mantener actualizada la información de la página web.

Al acta se adjunta la presentación del comité que contempla el cumplimiento de cada actividad por cada política y dimensión presentada.

La dra. Diana le da la palabra a la Ing. Laura Gutiérrez - profesional especializado de planeación quien presenta el 4 tema.

#### 4. Ajuste y Evaluación Políticas Institucionales

Se presenta la evaluación al primer semestre 2022 de las políticas que les corresponde este seguimiento

DESARROLLO

4. EVALUACIÓN POLITICAS INSTITUCIONALES

Seguimiento  
1er Semestre 2022



2022	1er semestre	POLITICAS INSTITUCIONALES		CUMPLIMIENTO
32	7	01-01-OD-0015	Política de Talento Humano	100
		01-01-OD-0017	Política de Gestión Documental	100
		01-01-OD-0018	Política Administración de Recursos Financieros	100
		01-01-OD-0019	Política SARLAFT	100
		01-01-OD-0024	Política de Integridad	100
		01-01-OD-0028	Política de Seguridad y Privacidad de la Información	100
		01-01-OD-0029	Política Cero Papel	100



Para el primer semestre se evaluaron 7 políticas todas con cumplimiento al 100%.

De acuerdo al trabajo que se está realizando de Gobierno del Dato fue necesario ajustar en Almera la codificación de los indicadores, como se realizó ese ajuste de acuerdo al Manual de Elaboración de Documentos se requirió hacer ajuste de la versión de las fichas técnicas de las políticas para esto se envió a cada líder de política el ajuste del código actualizado y se solicitó la verificación de actualización de la política continuando así con el flujo de normalización de políticas contemplada en el Manual de Políticas Institucionales.

Al comité se presentan primero las políticas que solo se realizó ajuste del código del indicador evidenciando el código anterior y el nuevo

POLITICAS INSTITUCIONALES

**POLÍTICA DE TALENTO HUMANO**  
Anterior código: PAA 04 54, PAA 04 59, PAA 04 55  
PAA-04-02: Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación PIC Sub Red Sur Occidente ESE  
PAA-04-08: Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo a la priorización de la medición obtenida Subred Sur Occidente ESE  
PAA-04-03: Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional Sub red Sur Occidente ESE

**POLÍTICA SARLAFT**  
Anterior código: PAA 04 136, PAA 18 135  
PAA-04-07: Cumplimiento capacitación en Instrumentos de SARLAFT Subred Sur Occidente ESE  
POL 18 00 001: Cumplimiento de reporte de SARLAFT Sub Red Occidente ESE

**POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS**  
Anterior código: PAA 02 78, PAA 02 86, PAA 02 89  
PAA-02-02: Unidades accreditadas que mantienen el certificado de acreditación Subred Sur Occidente ESE  
PAA-02-09: Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en la Sub Red Sur Occidente ESE  
PAA-02-11: Percepción favorable de cultura de Humanización por Cliente Interno de la Subred Sur Occidente ESE

**POLÍTICA GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**  
Anterior código: PAA 13 137, PAA 14 41  
PAA-13-02: Implementación Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos Subred Sur Occidente ESE  
PAA-14-02: Cumplimiento en la respuesta a necesidades de ambiente físico notificadas a través de mesa de ayuda OS Ticket Subred Sur Occidente ESE

AJUSTE POLITICAS INSTITUCIONALES

**POLÍTICA PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTITURODICO**  
Anterior código: PAA 15 118  
PAA-15-01: Oportunidad de atención en las acciones judiciales de la Subred Occidente ESE

**POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**  
Anterior código: PAAI 09 06  
POL 09 01 001: Seguimiento a la implementación del Modelo de atención de Urgencias Subred Sur Occidente ESE

**POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN**  
Anterior código: PAA 02 135  
PAA-02-14: Mantener en un porcentaje no mayor al 3% las manifestaciones negativas por trato deshumanizado del periodo en la Subred Sur Occidente ESE

**POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL**  
Anterior código: PAA 14 40  
PAA-14-01: Cumplimiento de los programas del PIGA Subred Sur Occidente ESE

**POLÍTICA GERENCIA DE LA INFORMACIÓN Y GESTIÓN ESTADÍSTICA**  
Anterior código: PAA 13 72, PAA 01 36  
PAA-13-04: Disponibilidad del sistema de Información DGH.NET de la Subred Sur Occidente ESE  
PAA-01-02: Efectividad a las respuestas de las necesidades de Información Gerencia de la información Sub Red Sur Occidente ESE

**POLÍTICA GESTIÓN AMBIENTAL RESPONSABLE**  
Anterior código: PAA 14 40  
PAA-14-01: Cumplimiento de los programas del PIGA Subred Sur Occidente ESE



DESARROLLO

POLITICAS INSTITUCIONALES

POLÍTICA DE DERECHOS HUMANOS

Anterior código

PAA 02 135

PAA 03 125

PAA 03 128

PAA-02-14

Mantener en un porcentaje no mayor al 3% las manifestaciones negativas por trato deshumanizado del periodo en la Subred Sur Occidente ESE

PAA-03-04

Porcentaje de apropiación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los colaboradores Subred

PAA-03-07

Porcentaje de Recordación de Derechos de los Usuarios de la Subred

POLÍTICA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIOS AL CIUDADANO

Anterior código

PAA 03 122

PAA 03 123

PAA 03 125

PAA 03 128

PAA 03 124

PAA 03 126

PAA-03-01

Porcentaje de cumplimiento de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos que involucren al proceso Sub Red Sur Occidente ESE

PAA-03-02

Percepción de satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados Sub Red Sur Occidente ESE

PAA-03-04

Porcentaje de apropiación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los colaboradores Subred

PAA-03-05

Porcentaje de Recordación de Derechos de los Usuarios de la Subred

PAA-03-03

Incremento del porcentaje de formas de Participación Ciudadana y Control Social, Activas (Semestral) Subred Sur Occidente ESE

PAA-03-07

Porcentaje de ejecución del plan de acción del Subproceso de Participación Comunitaria en asistencia técnicas a las formas de participación Social Subred Sur Occidente ESE

Luego se presentan las políticas que tienen ajustes y se encuentran en actualización por parte de los responsables y 4 políticas que se encuentran pendientes de revisión.

POLITICAS INSTITUCIONALES

Pendiente por revisión de responsables

POLÍTICA DE DOCENCIA SERVICIO

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Anterior código

PAA 02 85

PAA 02 86

PAA-02-08

Cobertura de Capacitación en la Política de Seguridad del paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Suroccidente ESE

PAA-02-09

Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en la Sub Red Sur occidente ESE

Anterior código  
126

122.1 POA

123 POA

POL 05 01 002  
Porcentaje de escenarios de práctica formativa ofertados por la Subred que cumplen con las condiciones básicas de calidad

POL 05 01 003  
Porcentaje de ocupación académica en práctica simultánea Subred Sur Occidente ESE

POL 05 01 004  
Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso de Docencia de Servicios a nivel Subred

POLÍTICA DE INVESTIGACIONES

Anterior código

PAA 05 76

POLITICA DE COMPRAS Y CONTRATACION

PAA 18 134

PAA-05-02

Proyectos de Investigación académicos Subred Sur Occidente E.S.E

PAA-18-03

Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE

POLITICA IAMI INTEGRAL

POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

POLÍTICA TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

POLÍTICA DE GESTION DEL RIESGO

Aprobación por parte de Comité de Control Interno

En actualización por parte del responsable

## DESARROLLO

### 5. Modificación PAAC v 2 y Presentación Riesgos de Corrupción

Teniendo en cuenta las recomendaciones del resultado de la evaluación del Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano segundo cuatrimestre de 2022, se presentan la modificaciones con las respectiva justificación para revisión y aprobación por parte del comité,

Se proponen modificaciones en el Componente 1 Gestión del Riesgo, Componente 3 Rendición de Cuentas y el Componente 4 Servicio al Ciudadano, también se propone incluir dentro de los componentes los objetivos específicos ya que el objetivo general del plan y los específicos se encuentran al inicio del plan pero con el fin que se puedan visualizar mejor se van a incluir dentro de cada componente el objetivo específico.

Se describen cada una de las modificaciones:

Componente 1 Gestión del Riesgo

Numeral 1.2 Aprobar la Política de Administración de Riesgos: se solicita ajuste de periodicidad estaba II cuatrimestre y **se propone III cuatrimestre**, este ajuste se solicita teniendo en cuenta que se ajustó el código del indicador y se requiere presentar la versión 5 para aprobación por parte del comité de control interno para este periodo.

Numeral 1.3 Publicar la Política de Administración de Riesgos actualizada en la página web de la entidad: se solicita el ajuste de *periodicidad* estaba II cuatrimestre y **se propone III cuatrimestre**, este ajuste se solicita teniendo en cuenta que se va a presentar una nueva versión y se requiere publicar esta nueva versión

Numeral 1.4 Socializar la Política de Administración de Riesgos se solicita ajuste del **producto Socializar a los líderes y gestores de riesgos de los 18 procesos ( 36 personas) y del porcentaje a 46%**. De acuerdo a la recomendación de la evaluación del PAAC quedo definir la meta de cuantas personas se va a socializar teniendo en cuenta que el ajuste es de codificación se define iniciar con los líderes de procesos y gestores del riesgo y el ajuste del porcentaje para poder cumplir con la actividad propuesta.

Numeral 2.1 Revisar los riesgos de corrupción vigencia 2022. se solicita ajuste del **producto Revisión del mapa de riesgos de corrupción con los procesos pendientes en mesas de trabajo (3 procesos TALENTO HUMANO, URGENCIAS Y AMBIENTE FISICO) y del porcentaje a 66%**. Se solicita la modificación justificando que la revisión está planteada para los 18 procesos durante la vigencia 2022, en el primer cuatrimestre se revisaron los 18 procesos se cumplió el 100%, en el segundo cuatrimestre se realizaron 6 reuniones con los siguientes procesos que tenían riesgos de corrupción Tics, Calidad, Contratación, Jurídica, Desarrollo Institucional, Ambulatoria, faltan 3 procesos por fortalecer que son TALENTO HUMANO, URGENCIAS Y AMBIENTE FISICO y el ajuste del porcentaje para poder cumplir con la actividad propuesta.

Numeral 2.3 Realizar el ajuste al Mapa de Riesgos de Corrupción y/o partes interesadas: se solicita el ajuste de *periodicidad* estaba cuatrimestral y **se propone III cuatrimestre**, se propone ajuste de **producto Publicar el ajuste de mapa v 2 riesgos de corrupción y del porcentaje a 100%**. Se solicita la modificación debido a que una vez realizada la reunión con las partes interesadas no presentaron observaciones con respecto al mapa de corrupción pero si con los procesos se identificaron en total 10 riesgos de corrupción por lo que se requiere publicar la nueva versión en la página web.

## DESARROLLO

Numeral 2.5 Revisar los mapas de riesgos de corrupción y sus respectivos controles de los procesos de la entidad de acuerdo con los lineamientos establecidos por el DAFP. se solicita ajuste de periodicidad estaba II cuatrimestre y **se propone III cuatrimestre y del porcentaje a 25%**. Se solicita modificación en la periodicidad y en el porcentaje en razón a que se va a revisar con unos procesos la identificación de riesgos de Corrupción y esto va a requerir actualizar el Mapa de acuerdo a los riesgos identificados.

Numeral 3.2 Presentar Mapa de Riesgos de Corrupción en el Comité Institucional de Gestión y desempeño. se solicita ajuste de periodicidad estaba II cuatrimestre y **se propone III cuatrimestre y del porcentaje a 50%**. Se solicita la modificación en la periodicidad para el tercer cuatrimestre de acuerdo a la recomendación del informe de la evaluación del segundo cuatrimestre y en el porcentaje en razón a que la presentación anterior no se evidencia de manera explícita los riesgos de corrupción, para este comité de septiembre 2022 se presenta cada proceso describiendo cada uno de los riesgos de corrupción identificados y el ajuste del porcentaje para poder cumplir con la actividad propuesta.

Numeral 3.3 Socializar el Mapa de Riesgos de Corrupción a las partes interesadas. (de acuerdo a la priorización y definición de los mismos para cumplir con esta actividad: se solicita ajuste **del porcentaje a 49%** en razón a que se va a revisar con unos procesos la identificación de riesgos de Corrupción y esto va a requerir actualizar el Mapa de acuerdo a los riesgos identificados y se requiere el ajuste del porcentaje para poder cumplir con la actividad propuesta.

Numeral 4.3 Publicar las actualizaciones realizadas al Mapa de Riesgos de Corrupción en la página web de la entidad y en la carpeta compartidos, se solicita ajuste de *producto* y **se propone Mapa de Riesgos de Corrupción actualizado y publicado en página web de la entidad y ajuste de porcentaje 66%**. teniendo en cuenta que se va a revisar con unos procesos la identificación de riesgos de Corrupción y esto va a requerir actualizar el Mapa de acuerdo a los riesgos identificados de corrupción y se debe publicar la versión actualizada en la página web y ajustar el porcentaje para poder cumplir con la actividad propuesta.

### Componente 3 Rendición de Cuentas

Numeral 1.1 Realizar reuniones con las formas de participación del sector para conocer sus propuestas y expectativas frente a la Rendición de Cuentas. Se solicita realizar ajuste **al producto se propone Informe de Lectura de Necesidades y la periodicidad III cuatrimestre con porcentaje del 20%** este ajuste se realiza de acuerdo a la recomendación establecida en el informe de evaluación de PAAC segundo cuatrimestre, se aclara que este informe comprenderá la información de lo corrido en el año 2022 debido a que en las reunión virtual de Diálogos ciudadanos no se logró identificar los integrantes de las forma de participación por la metodología utilizada.

### Componente 4 Servicio al Ciudadano

Numeral Actividad 2.3 se solicita ajuste de la actividad Instalar en la nueva página web de la Subred Sur Occidente los botones de denuncia de actos de corrupción y Bogotá te escucha dispuestos por el Distrito y del producto Instalación de los Botones de denuncia de actos de corrupción y Bogotá te escucha. actividad ya evaluada y con cumplimiento al 100%.

Una vez presentada las modificaciones con la respectiva justificación se realiza la votación preguntando a cada uno de los integrantes del comité quienes votan a favor son en total 14 votos por lo cual se aprueba por unanimidad la versión 2 del PAAC.

**DESARROLLO**

La Jefe Diana comenta que se va a revisar en la mesa que tienen programado con la Dra. Claudia Quintero

La Jefe Diana le cuenta al comité que a partir de 1 de octubre comienza Gilberto Sierra como Referente de Riesgos

Al acta se adjunta el archivo en Excel del PAAC con la versión 2 incluyendo las modificaciones y la justificación de cada ajuste.

**Riesgo de Corrupción**

Clasificación	Proceso	Años		# de riesgos	Implementación de Controles
		2021	2022		
Corrupción	G. Financiera	2	2	9	32
	G. Contratación	2	2		
	G. Jurídica	1	2		
	G. de TICS	1	1		
	G. del Riesgo	1	1		
	Control Interno		1		
	G. Talento humano		1	1	2
		<b>7</b>	<b>10</b>		

Se presentan los 10 riesgos de corrupción identificados a la fecha por cada uno de los procesos:

**Riesgos de Corrupción**



**Gestión de Contratación # 1**

Posibilidad de afectación económica y reputacional **por la falta de control de los procesos realizados transaccionalmente por la plataforma SECOP II**, debido al desconocimiento de las plataformas administradas por Colombia Compra Eficiente.

**Gestión de Contratación # 2**

Posibilidad de afectación Económica y reputacional **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..

**Gestión del riesgo en Salud # 3**

Posibilidad de afectación económica y reputacional **a causa de ofrecimientos de dadas o contraprestaciones favorables por parte de los propietarios o funcionarios del PSPIC**, irrespeto por los dineros públicos, adherencia al plan anticorrupción de la Institución y dificultad en la supervisión del trabajo en campo al 100% del personal que desarrolla acciones extramurales..

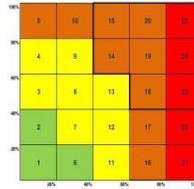
**Gestión Tics # 4**

Posibilidad de afectación económica y reputacional **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 dadas por parte de personal interno o externo o presiones indebidas.

DESARROLLO

## Riesgos de Corrupción

### Gestión del Talento Humano # 5



Posibilidad de afectación reputacional **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..

### Gestión Financiera # 6

Posibilidad de afectación económica y reputacional **por desviación y/o pérdida de recursos financieros, de igual forma la no realización de los arques 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..

### Gestión Financiera # 7

Posibilidad de afectación económica y reputacional **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



## Riesgos de Corrupción

Riesgos Priorizados

### Gestión Jurídica # 8



Posibilidad de afectación económica y reputacional **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.

### Gestión Jurídica # 9

Posibilidad de afectación económica y reputacional **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.

### Control Interno # 10

Posibilidad de afectación reputacional **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.



## DESARROLLO

### 6. Gestión Ambiental

La dra. Diana concede la palabra al Ing. Pablo Herrera referente de Gestión Ambiental quien presenta la gestión realizada explicando la estrategia y el reconocimiento institucional en la VII Gala de Reconocimientos del Distrito Capital al proceso con la estrategia tiempos de cosecha

## 6. GESTION AMBIENTAL

### ESTRATEGIA TIEMPOS DE COSECHA.



VII GALA DE RECONOCIMIENTO *"El Talento al servicio de la Bogotá que estamos Construyendo"*

VII GALA DE RECONOCIMIENTO *"El Talento al servicio de la Bogotá que estamos Construyendo"*



CATEGORIA V : Reconocimiento Institucional a la **Gestión Ambiental** en el Distrito Capital 2022.

ESTRATEGIA TIEMPOS DE COSECHA.

**DESARROLLO**

También comenta que nos llegó un requerimiento sobre el aviso del Hospital Occidente de Kennedy que se encuentra ubicado de manera vertical y debe ir horizontal, muestra el sitio donde debe quedar, La Dra. Martha Yolanda aclara que debemos cumplir y si se debe retirar lo realicemos y se acepta la ubicación nueva teniendo en cuenta las adecuaciones que se van a realizar.

REQUERIMIENTO No 2022EE164867 DEL 25 DE JULIO DEL 2022 –RADICADO 2017ER70391 DEL 30 DE MARZO DEL 2022.  
TRAMITE DE PUBLICIDAD EXTERIOR VISUAL- USS OCCIDENTE DE KENNEDY

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

El Ing. Pablo comenta que ya se cuenta con la autorización para el retiro del individuo arbóreo ya que constituye un riesgo para el CAD Nuevas delicias.

Notificación, afectación estructural árbol exterior, CAD Nuevas Delicias.

COMPROMISO No 2

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

También comenta que las calderas de Kennedy les realizaron las muestras de emisiones y están cumpliendo dentro del rango establecido.

MUESTREO EMISIONES ATMOSFERICAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY – VIGENCIA 2022.

Tabla 9. Frecuencia del estudio de evaluación de emisiones atmosféricas

FRECUENCIA DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS						
FUENTES EVALUADAS	CONTAMINANTE	CONCENTRACIÓN CORREGIDA POR O <sub>2</sub> (mg/m <sup>3</sup> )	ESTÁNDAR DE EMISIÓN ADMISIBLE (mg/m <sup>3</sup> )	UCA	GRADO DE SIGNIFICANCIA DEL APORTE DEL CONTAMINANTE	FRECUENCIA DE MONITOREO (AÑOS)
CALDERA No. 1	Oxidos de Nitrógeno expresados como NO <sub>2</sub>	123.98	200	0,62	Medio	1
CALDERA No. 2	Oxidos de Nitrógeno expresados como NO <sub>2</sub>	100.03		0,50	Bajo	2

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

**DESARROLLO**

**Toma de decisiones :**

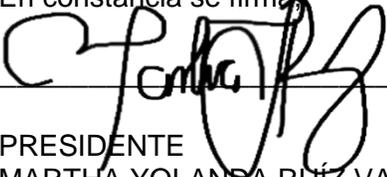
Se aprueba las modificaciones del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano versión2

7. Varios

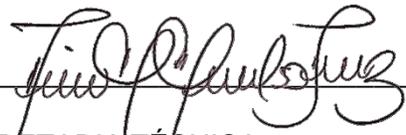
La dra. Claudia Rosero pregunta sobre los conceptos higiénico sanitarios de las sedes de la Subred ya que Capital Salud está realizando una auditoría a lo cual responde el ing. Pablo que actualmente se cuenta con unas certificaciones aunque son de vigencias anteriores se tiene que ir actualizando por lo que se puede ir revisando cuales sedes van cumpliendo e ir solicitando las visitas para el concepto sanitario.

Sin más observaciones en el desarrollo de la sesión, se da por terminado el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

En constancia se firma:



PRESIDENTE  
MARTHA YOLANDA RUÍZ VALDÉS  
Gerente



SECRETARIA TÉCNICA  
DIANA MILENA MENDIVELSO DÍAZ  
Jefe Oficina Desarrollo Institucional

Anexos: Anexos (3)  
Se Adjunta presentación del comité.  
Se adjunta firma de Asistentes del acta  
Se adjunta Excel Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano V2.

Proyectó: Mónica Puche Aroca .- Líder Planeación Estratégica

**COMPROMISOS**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Revisión de Caracterizaciones de los procesos	Dra. Claudia Rosero	Octubre de 2022
Realizar recordatorio a los procesos de Actualización de información de la página web.	Ing. Miguel Mojica	Informar próximo comité
Realizar Cronograma Solicitud Visitas Concepto sanitario	Ing. Pablo Herrera Dra. Claudia Rosero	Informar próximo comité

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

FECHA: 30 de septiembre 2022

TEMA: Comité de Gestión y Desempeño tercer trimestre 2022

**COMPROMISOS**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

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	Martha Yolanda Ruiz Valls	57837463	SISS S.O	Presidente	Gerencia	
2	Diana M. Mendiveles	52468234	SISSO	Secretaria técnico	Dpto. Inst.	
3	MIGUEL MOJICAM.	79625066	SISSO	Jefe Sotm	Co. TIC's	
4	Mónica Flórez	103240965	SISSO	Director	TH	
5	<del>Proponer</del>	4367028	SISSO	Director Adm.	Arbit. FIDZ	
6	<del>Proponer</del>	29180813		Jefe OAT	OAT	
7	Manuel Jiménez	79329918	SISSO	Director Financiero	Financiero	
8	Sandra Prozo	5262776	SISSO	Subgerente	Salud	
9	Lina Marcela K	33.369.418	SISSO	Subgerente	Corporativa	
10	Margarita Cuello	52423029	SISSO	Directora	Corporativa	
11	LUCIA MORA O	52278484	SISSO	Jefe Oficina	Gest. Conc. m. BUN	
12	Marcela Castañeda	39788222	SISSO	Jefe OFIC.	REC. SC	
13	Pablo Herrera Orozco	791871464	SISSO	Lider PRED	Dir. adm.	
14	Carmen Acero	1018409167	SISSO	Jefe Oficina	Oficina Comunicación	
15	Yemmy Esteban	52936963	SISSO	Asesor	Gerencia	
16	Claudia P. Páez	52.116.116	SISSO	Jefe Oficina	Calidad	
17	Mariana Marcela Monaldi	51837024	SISSO	Lider Planeación	Dpto. Inst.	
18	Laura Quintero	1012385871	SISSO	Profesora E	Inst. H	