

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 1 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

|                                                             |                                    |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>N° DE ACTA:</b> 011                                      | <b>FECHA:</b> 23 de agosto de 2021 |
| <b>REUNIÓN: Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b> |                                    |

| <b>ASISTENTES</b>              |              |                     |
|--------------------------------|--------------|---------------------|
| <b>NOMBRE</b>                  | <b>CARGO</b> | <b>ÁREA/ENTIDAD</b> |
| Se anexa listado de asistencia |              |                     |
|                                |              |                     |
|                                |              |                     |
|                                |              |                     |

| <b>ORDEN DEL DÍA / AGENDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificación de asistencia</li> <li>2. Intervención del Gerente</li> <li>3. Intervención del jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional</li> <li>4. Presentación de avances de MIPG</li> <li>5. Presentación del Plan y Políticas Seguridad y Privacidad de la Información</li> <li>6. Socialización Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones: PETI</li> <li>7. Presentación Tablas de valoración Documental Juan 23</li> </ol> |

| <b>REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES</b> |              |                     |                 |              |
|----------------------------------------|--------------|---------------------|-----------------|--------------|
| <b>Responsable</b>                     | <b>Fecha</b> | <b>Cumplimiento</b> |                 | <b>Causa</b> |
|                                        |              | SI ____ NA ____     | NO ____ NA ____ |              |
|                                        |              | SI ____             | NO ____         |              |
|                                        |              | SI ____             | NO ____         |              |

| <b>DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Siendo las 3:05 pm del 23 de agosto de 2021, se dio inicio al cuarto Comité Institucional de Gestión y Desempeño, desarrollando el siguiente orden del día:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de asistencia: Se hace llamado y verificación de asistencia encontrando que 5 servidores públicos de los 30 citados no asistieron al comité. (Jazmín Moreno, Lina María Oliveros, Antonio José Romero, Irayda Laverde, María Cristina Díaz Castillo).<br/><br/>Se da lectura al orden del día y por unanimidad de los participantes es aprobado.</li> <li>2. Intervención del Gerente: El Doctor García Inicia su intervención haciendo referencia al cuadro de mando integrado presentado en la mañana en donde sacamos el primer puesto frente a las otras Subredes, indicado que si podemos ser los primeros; por tanto, nuevamente recuerda el compromiso de sacar la máxima calificación en MIPG el año entrante por encima de la SDS que sacó el mejor puntaje.</li> </ol> |

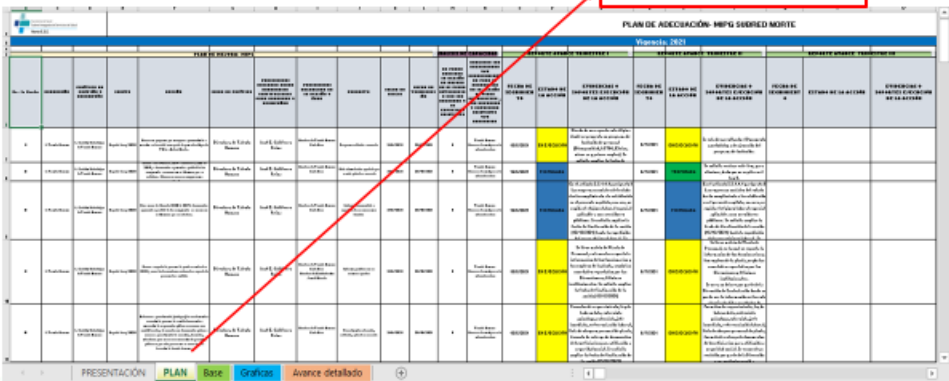
|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 2 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

3. Intervención del jefe de la oficina de desarrollo institucional: El Dr. Wilson Fernando Melo Velandia – Secretario Técnico del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, inicia su intervención saludando y agradeciendo la asistencia al comité. Posteriormente recuerda que el 05/08/2021 se le presentó a la gerencia una metodología para realizar seguimiento y evaluación al Modelo Integrado de planeación y Gestión – MIPG y que a partir de esta se presentará en esta sesión el avance de dicho plan:

### Presentación de Avances de MIPG

❖ Metodología de seguimiento y evaluación al plan de mejora MIPG : Matriz de Plan de Mejora MIPG.

**PLAN – 191 acciones**



The screenshot displays a complex matrix titled 'PLAN DE ADECUACIÓN MIPG SUBRED NORTE'. It is organized into columns for different dimensions and policies, with rows representing specific actions. A red arrow points to the title 'PLAN – 191 acciones' at the top right of the matrix. The interface includes a navigation bar at the bottom with tabs for 'PRESENTACIÓN', 'PLAN', 'Base', 'Gráficas', and 'Avance detallado'. Logos for 'Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.', 'ALCALDÍA NOROCCIDENTAL DE BOGOTÁ D.C.', 'SALUD', and 'BOGOTÁ' are visible at the bottom.

Informa que la matriz de seguimiento al plan de mejora MIPG está conformada por cuatro hojas:

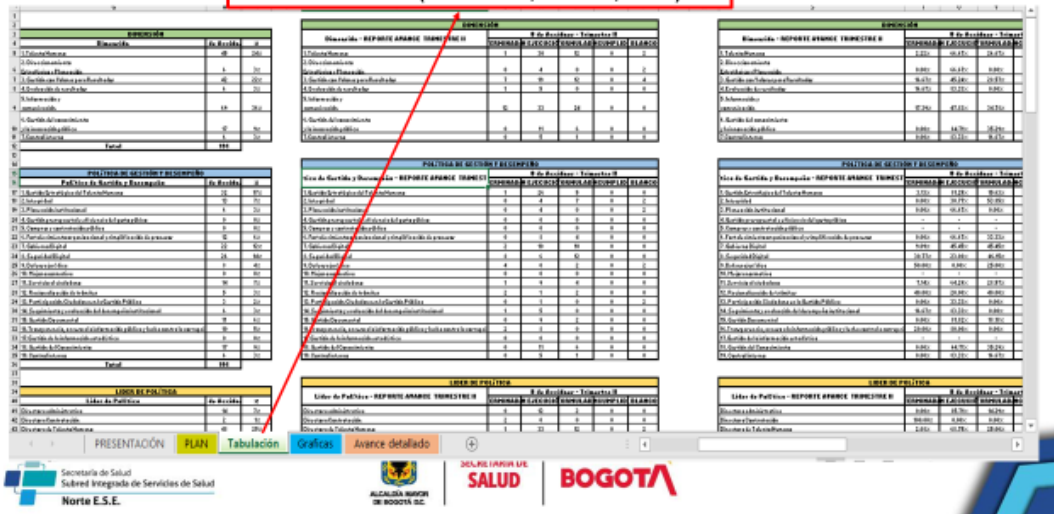
**Hoja 1 Plan:** La cual refleja el plan de mejora planteado por la Subred, donde se reflejan 191 acciones para las 7 dimensiones 19 políticas, habla de que contiene esta hoja (Total acciones, la descripción, producto, fecha, su estado de avance), hace referencia a que estos resultados se presentan de manera trimestral.

El gerente interrumpe la presentación solicitando que desde la secretaría técnica del comité se realice seguimiento a los ausentes en la reunión, iniciando por los subgerentes, a lo cual se le informa que los participantes ausentes al inicio ya están en la reunión de forma virtual.

**Hoja 2 Tabulación:** Explica que en esta hoja ya se muestra la información tabulada por dimensión, política, líder de política, que pueden observar la cantidad de acciones, el % que representa ese número de acciones del total, el estado de ejecución, el porcentaje de avance.

❖ Metodología de seguimiento y evaluación al plan de mejora MIPG : Matriz de Plan de Mejora MIPG.

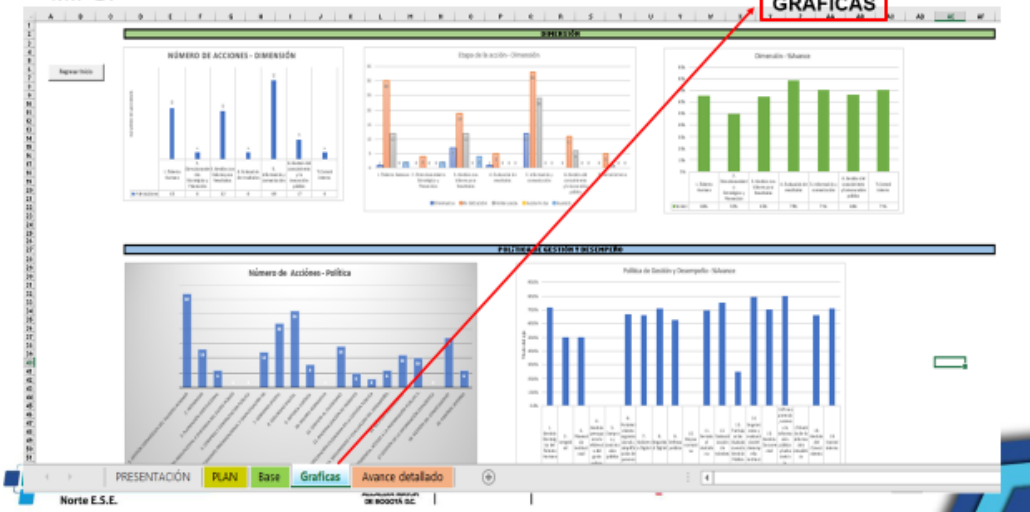
**TABULACION (Dimensión, Política, Líder)**



**Hoja 3 Gráficas:** Aquí se muestra el avance de manera gráfica, por dimensión, por políticas, por líder. Cada líder de política puede consultar esta información.

❖ Metodología de seguimiento y evaluación al plan de mejora MIPG : Matriz de Plan de Mejora MIPG.

**GRAFICAS**



**Hoja 4 Avance detallado:** En esta hoja Se presentan alertas frente a los avances de cada una de las acciones, hace un llamado a los líderes de política a consultar allí y mirar cómo se encuentra el avance de cada una de las acciones, cuales están rezagadas. Informa que pueden consultar por: Acción, política, líder de política.

|                                                                                   |                                                                           |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    |  | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD |  | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   |                                                                           |  | PÁGINA: 4 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           |  | FECHA: 06/04/2021      |

❖ Metodología de seguimiento y evaluación al plan de mejora MIPG : Matriz de Plan de Mejora MIPG.

| Avance Detallado (Fechas - Alertas) |                    |                                                     |                                                                |                                                                |  |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| Avance =                            | No. De la Acción = | DIMENSIÓN                                           | POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO                                | LÍDER DE POLÍTICA                                              |  |
| A Tiempo - 0%                       | 45                 | 1. Talento Humano                                   | 6. Integridad                                                  | Jefe Oficina de Talento Humano                                 |  |
|                                     | 46                 | 2. Desempeño Estratégico a Planeación               | 3. Planeación Institucional                                    | Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional               |  |
|                                     | 51                 | 2. Desempeño Estratégico a Planeación               | 3. Planeación Institucional                                    | Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional               |  |
|                                     | 62                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 3. Defensa Jurídica                                            | Jefe Oficina Asesora Jurídica                                  |  |
|                                     | 66                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 3. Defensa Jurídica                                            | Jefe Oficina Asesora Jurídica                                  |  |
|                                     | 21                 | 1. Talento Humano                                   | 1. Gestión Estratégica del Talento Humano                      | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 22                 | 1. Talento Humano                                   | 1. Gestión Estratégica del Talento Humano                      | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 23                 | 1. Talento Humano                                   | 1. Gestión Estratégica del Talento Humano                      | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 24                 | 1. Talento Humano                                   | 1. Gestión Estratégica del Talento Humano                      | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 25                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
| A Tiempo - 25%                      | 36                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 37                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 38                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 39                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 40                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 44                 | 1. Talento Humano                                   | 2. Integridad                                                  | Directora de Talento Humano                                    |  |
|                                     | 63                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional               |  |
|                                     | 64                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | Subgerencia Corporativa                                        |  |
|                                     | 65                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | Lider de la oficina de participación social y comunitaria      |  |
|                                     | 68                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 8. Servicio al ciudadano                                       | Jefe Oficina Participación Comunitaria y Atención al Ciudadano |  |
|                                     | 71                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 8. Servicio al ciudadano                                       | Jefe Oficina Participación Comunitaria y Atención al Ciudadano |  |
|                                     | 74                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 8. Servicio al ciudadano                                       | Jefe Oficina Participación Comunitaria y Atención al Ciudadano |  |
|                                     | 76                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 8. Servicio al ciudadano                                       | Jefe Oficina Participación Comunitaria y Atención al Ciudadano |  |
|                                     | 79                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 12. Racionalización de trámites                                | Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional               |  |
|                                     | 81                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 12. Racionalización de trámites                                | Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional               |  |
|                                     | 97                 | 6. Gestión del conocimiento y la innovación pública | 16. Gestión del Conocimiento                                   | Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento                       |  |
|                                     | 98                 | 6. Gestión del conocimiento y la innovación pública | 16. Gestión del Conocimiento                                   | Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento                       |  |
|                                     | 99                 | 6. Gestión del conocimiento y la innovación pública | 16. Gestión del Conocimiento                                   | Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento                       |  |
|                                     | 100                | 6. Gestión del conocimiento y la innovación pública | 16. Gestión del Conocimiento                                   | Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento                       |  |
|                                     | 101                | 6. Gestión del conocimiento y la innovación pública | 16. Gestión del Conocimiento                                   | Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento                       |  |
|                                     | 92                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 3. Defensa Jurídica                                            | Jefe Oficina Asesora Jurídica                                  |  |
|                                     | 93                 | 3. Gestión con Valores para Resultados              | 3. Defensa Jurídica                                            | Jefe Oficina Asesora Jurídica                                  |  |
|                                     | 100                | 7. Control interno                                  | 19. Control interno                                            | Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional               |  |
|                                     | 102                | 5. Información y comunicación                       | 7. Gobierno Digital                                            | Jefe Oficina Sistemas de Información - TIC                     |  |
|                                     | 103                | 5. Información y comunicación                       | 7. Gobierno Digital                                            | Jefe Oficina Sistemas de Información - TIC                     |  |

De igual manera manifiesta que el avance lo pueden ver por colores de acuerdo al estado, ejemplo: rojo, amarillo, verde para las terminadas, azul para acciones que están formuladas.

Manifiesta que a 30 de junio el plan presenta un avance del 67% lo cual es positivo ya que debería ser un 50% por tanto llevamos un 7% por encima de lo esperado.

Seguidamente da paso a cada uno de los asesores por política para que presenten el estado de cada política

#### 4. Presentación de avances de MIPG

❖ Cuadro de Resultado y Análisis de cada una de las políticas.

##### Dimensión 1. Talento Humano

| No. | POLÍTICA       | No. ACCIONES | TERMINADAS |    | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|-----|----------------|--------------|------------|----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
| 1.  | TALENTO HUMANO | 34           | 1          | 3% | 19           | 59% | 14         | 38% | 71,90%      |
| 2.  | INTEGRIDAD     | 11           | 1          | 9% | 4            | 36% | 6          | 55% | 50%         |

José Gutiérrez informa que esta dimensión está conformada por las políticas de talento humano e integridad.

**La política de talento humano** tiene 34 acciones, de las cuales, 1 terminada, 19 en ejecución y 14 que están proyectadas para el último trimestre de la vigencia, la política presenta un avance del 71,9%

|                                                                                   |                                                                           |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    |  | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           |  | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD |  | PÁGINA: 5 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           |  | FECHA: 06/04/2021      |

El gerente pide aclarar quien está presentando la política de talento humano y se le informa que en este caso presenta José Gutiérrez, asesor designado por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, para esta política.

**Política de Integridad:** 11 acciones planteadas, de las cuales: 1 terminada, 4 en desarrollo y 6 para realizar en segundo y tercer trimestre de la presente vigencia. Toma la palabra Andrés asesor de Talento Humano, amplía la información indicando que como esta información es a 30 de junio, a fecha se han realizado avances importantes en código de integridad para lograr el 100%.

## Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación

| No. | POLÍTICA                                            | No. ACCIONES                            | TERMINADAS |    | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|-----|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
| 3.  | PLANEACIÓN INSTITUCIONAL                            | 6                                       | 0          | 0% | 4            | 67% | 2          | 33% | 50%         |
| 4.  | GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO | NO SE HA IMPLEMENTADO EN LA INSTITUCIÓN |            |    |              |     |            |     |             |

Interviene Myriam Cala, asesora de la política, manifiesta que en la dimensión se formuló plan para la política de planeación institucional, la cual está conformada por 6 acciones de las cuales 4 están en gestión y 2 formuladas. Ya se socializó, se está trabajando en la revisión de procedimiento, el plan de bienal presenta avances, y que, con las recomendaciones del gerente en el último comité, se crearon 2 nuevas acciones al cierre de julio, que tiene que ver con actualización del documento de caracterización de grupos de valor.

Con respecto a la política gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público, el gerente manifiesta que no le gusta que esta política no se haya implementado en la entidad, a lo que el Dr. Wilson aclara que como no fue evaluada a marzo de 2020 no presenta plan de mejora.

|                                                                                   |                                                                           |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    |  | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           |  | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD |  | PÁGINA: 6 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           |  | FECHA: 06/04/2021      |

### Dimensión 3. Gestión con Valores para Resultados

| No. | POLÍTICA                                                    | No. ACCIONES                   | TERMINADAS |     | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|-----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
| 5.  | FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS | 12                             | 0          | 0%  | 8            | 67% | 4          | 33% | 66,70%      |
| 6.  | GOBIERNO DIGITAL                                            | 22                             | 2          | 9%  | 10           | 45% | 10         | 45% | 65,90%      |
| 7.  | SEGURIDAD DIGITAL                                           | 26                             | 8          | 31% | 6            | 23% | 12         | 46% | 71,20%      |
| 8.  | DEFENSA JURÍDICA                                            | 7                              | 4          | 57% | 2            | 29% | 1          | 14% | 85,7%       |
| 10. | SERVICIO AL CIUDADANO                                       | 14                             | 1          | 7%  | 9            | 64% | 4          | 29% | 69,60%      |
| 11. | RACIONALIZACION DE TRÁMITES                                 | 5                              | 2          | 40% | 1            | 20% | 2          | 40% | 75%         |
| 12. | PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA               | 3                              | 2          | 67% | 1            | 33% | 0          | 0%  | 91,7%       |
| 17. | MEJORA NORMATIVA                                            | EN SEGUIMIENTO                 |            |     |              |     |            |     |             |
| 19. | COMPRAS Y CONTRATACIÓN                                      | SE ENCUENTRA EN IMPLEMENTACIÓN |            |     |              |     |            |     |             |

Inicia Andrea Ramírez presenta la política fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, informa que se formularon 12 acciones de las cuales 8 están en ejecución y 4 formuladas. Esta política tiene acciones transversales como la metodología de formulación de procesos y procedimientos, de la cual se desprende la metodología, que se está siendo implementada, nuevo mapa procesos, ya se creó la cadena de valor que está pendiente de aprobación por parte de la Gerencia. También hay actividades de bienes y servicios, definición de productos y servicios con administrativa, por eso presenta un porcentaje de avance del 66,7%.

**Gobierno digital:** la asesora de la política Andrea Castellanos informa que se tienen formuladas 22 acciones de las cuales 2 está terminadas, 8 en ejecución y 4 formuladas.

**Seguridad digital.** Con respecto a la política de gobierno digital informa que se formularon 26 acciones de las cuales 8 están terminadas, 6 en ejecución y 12 formuladas.

El jefe de TICS precisa que se tienen para aprobación en el presente comité el Plan estratégico de tecnologías de la información - PETI y el plan de seguridad y privacidad de la información con lo cual se da cumplimiento a 2 acciones contempladas en los planes formulados para estas políticas

**Defensa Jurídica:** Myriam Cala asesora para la política, informa que se formularon 7 acciones de las cuales 4 están terminadas, 2 en ejecución y 1 formulada al cierre de julio. En cuanto a ejecución hace referencia a la creación del procedimiento de pago de sentencias y conciliaciones y revisión y actualización de los demás procedimientos formalizados asociados al proceso. A lo cual el Jefe de la Oficina Jurídica informa deja los procedimientos terminados antes de irse de la entidad.

**Servicio al Ciudadano:** José Gutiérrez informa que para esta política se formularon 14 acciones de las cuales, una está terminada, 9 en ejecución y 4 formuladas. Resalta el trabajo adelantado con la Dra. Fanny e informa que están llegando al 90% de cumplimiento de las acciones formuladas.

|                                                                                   |                                                                           |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    |  | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           |  | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD |  | PÁGINA: 7 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           |  | FECHA: 06/04/2021      |

**Racionalización de trámites:** Myriam Cala asesora de la política informa que se formularon 5 acciones, de las cuales se tienen 2 acciones terminadas, 1 en ejecución y 2 formuladas al cierre de julio. Las formuladas tienen que ver con la socialización de la política, la cual está programada para el mes de septiembre y una acción a cargo de tics la cual hace referencia a "Verificar que los trámites en línea cumplan los criterios de accesibilidad web de nivel A y AA conforme requisitos de la NTC 5854".

**Participación ciudadana en la gestión pública:** El asesor para la política José Gutiérrez, informa que se formularon 3 acciones de las cuales 2 se encuentran terminadas y una en gestión.

**Mejora Normativa:** La asesora para la política Myriam Cala informa que esta política no fue evaluada a marzo de 2021, sin embargo, se tiene programado para el tercer trimestre la socialización de la misma.

El Gerente hace un llamado a no dejar políticas sin planes de acción.

**Compras y Contratación:** Andrea Ramírez asesora informa que esta política se está implementando en la entidad, que para el siguiente corte se tienen acciones formuladas.

#### Dimensión 4. Evaluación de Resultados

| No. | POLÍTICA                                             | No. ACCIONES | TERMINADAS |     | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |    | AVANCE MIPG |
|-----|------------------------------------------------------|--------------|------------|-----|--------------|-----|------------|----|-------------|
| 13. | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | 6            | 1          | 17% | 5            | 83% | 0          | 0% | 79,20%      |

La asesora Myriam Cala, informa que para esta política se formularon 6 acciones de las cuales 5 están en ejecución, relacionadas con socializar la política que está para el mes de agosto, se está trabajando en conjunto calidad un documento para estandarizar la formulación, medición y análisis de indicadores, de igual forma se trabajó con ello la actualización de la Hoja de vida de los indicadores, la cual se encuentra formalizada en el sistema de gestión y debe ser aplicada por todos los que requieran formular indicadores. Está pendiente el diseño de una matriz para el seguimiento y control a los convenios.

#### Dimensión 5. Información y Comunicación

| No. | POLÍTICA                                                            | No. ACCIONES                            | TERMINADAS |     | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|-----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
| 9.  | TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN | 10                                      | 2          | 20% | 8            | 80% | 0          | 0%  | 80%         |
| 14. | GESTIÓN DOCUMENTAL                                                  | 11                                      | 0          | 0%  | 9            | 82% | 2          | 18% | 70,50%      |
| 18. | GESTION DE LA INFORMACIÓN DE LA ESTADÍSTICA                         | NO SE HA IMPLEMENTADO EN LA INSTITUCION |            |     |              |     |            |     |             |

**Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción:** la asesora Andrea Castellanos informa que para esta política se formularon 10 acciones de las cuales 2 se encuentran terminadas y 8 en ejecución. De estas son acciones que se realizan mensualmente y que terminan a 31 de diciembre.

|                                                                                   |                                                                           |  |  |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    |  |  |  | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           |  |  |  | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD |  |  |  | PÁGINA: 8 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           |  |  |  | FECHA: 06/04/2021      |

**Gestión documental:** Igualmente Andrea Castellanos informa que se tienen formuladas 11 acciones, de las cuales 9 se encuentran en ejecución y 2 formuladas. Informa que se tienen documentos listos a presentar para aprobación en el presente CIGD.

**Gestión de la información estadística:** De igual manera informa que su implementación está iniciando y se generarán acciones al respecto.

### Dimensión 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación

| No. | POLÍTICA                 | No. ACCIONES | TERMINADAS |    | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|-----|--------------------------|--------------|------------|----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
| 15. | GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | 17           | 0          | 0% | 11           | 65% | 6          | 35% | 66,20%      |

**Gestión del Conocimiento:** José Gutiérrez asesor de la política informa que se formularon 17 acciones de las cuales 11 están en ejecución y 6 formuladas. Están en ejecución acciones periódicas, las cuales están al mes de diciembre.

### Dimensión 7. Control Interno

| No. | POLÍTICA        | No. ACCIONES | TERMINADAS |    | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|-----|-----------------|--------------|------------|----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
| 16. | CONTROL INTERNO | 6            | 0          | 0% | 5            | 83% | 1          | 17% | 70,80%      |

**Control Interno:** Informa que las acciones se incrementaron atendiendo el informe de la veeduría. El jefe de la Oficina de control interno aclara que todas las acciones están programadas hasta el 31 de diciembre como fecha máxima, que las acciones aquí formuladas son transversales ya que intervienen otros procesos. Informó que en el mes de septiembre se trabajará en la matriz de determinación de líneas de defensa y en el mapa de aseguramiento, acciones que más impactan esta política y que requiere el compromiso de todos los líderes de política.

### Total, avance del plan de mejora MIPG:

| PLAN DE MEJORA MIPG | No. ACCIONES | TERMINADAS |     | EN EJECUCIÓN |     | FORMULADAS |     | AVANCE MIPG |
|---------------------|--------------|------------|-----|--------------|-----|------------|-----|-------------|
|                     | 191          | 24         | 12% | 102          | 54% | 65         | 34% | 67%         |

Para el cierre Andrea informa que de las 191 acciones el 12% están terminadas, 54% en ejecución y 34% formuladas. Le aclaró al gerente como se logró el 67% y explicaron que vamos un 7% por encima a la meta a junio.

El Gerente pide adelantar acciones para que al cierre de septiembre se le presente un gran avance significativo a la junta directiva. De igual forma Andrea Castellanos recordó el compromiso de formalizar la documentación en el sistema de gestión al cierre de agosto, a lo cual el Gerente dice que le demos un poco más de tiempo para poder llevar un avance de por lo menos el 85%. Agenda próximo comité

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 9 DE 17        |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

institucional para el 23 de septiembre, pide resultados

Andrea Ramírez le informa al Gerente que para el 31 de agosto tiene programado comité distrital de gestión y desempeño, quien le indica a la Dra. Lorena que debe asistir.

Finalmente, Andrea Ramírez presenta el abordaje conclusivo:

- Compromiso desde la gerencia, líderes de política e intervinientes.
- Los avances reportados se efectuaron con corte a 30 de junio de 2021.
- Se realizará seguimiento de avance el día 20 de septiembre con corte a 31 de agosto de 2021. (Revisión de Evidencias). Con los líderes de política e intervinientes se revisará el estado de las acciones
- Se dio inicio la implementación de la política de compras y contratación en el marco de MIPG.
- Se recomienda a los líderes de política, revisar el estado y la fecha de programación de las acciones formuladas, con el fin de dar cumplimiento a las mismas para el cierre de la vigencia, que es precisamente la hoja 4 de la matriz
- La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional continuará asesorando y acompañando este proceso con cada uno de los profesionales designados por política
- La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional presentará un informe mensual del avance en la implementación del plan de mejora MIPG a partir de septiembre
- El gerente agrega que a partir del mes de agosto la administración presentará informes bimestrales a la junta directiva de los avances en la implementación del plan de mejora MIPG.

Concluye que la implementación de MIPG va muy bien.

## 5. Presentación del Plan y Políticas Seguridad y Privacidad de la Información

El jefe de la Oficina de Sistemas presenta el Plan de Seguridad y Privacidad de la información, haciendo énfasis en que este tema es fundamental para el desarrollo de las diferentes estrategias de fortalecimiento estratégico como FURAG, MIPG, acreditación y otros.

Al respecto, menciona que el plan define las actividades de seguridad y privacidad de la información de la Subred Norte en concordancia con el ciclo PHVA definido en la norma ISO 27001, el modelo de referencia definido por el Ministerio de Tecnologías de Información, la Política de Gobierno Digital y plataforma estratégica de la Subred Norte ESE (2021 – 2024), de acuerdo al modelo del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. Este plan considera varios elementos a saber:

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 10 DE 17       |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

A.5. Políticas de la seguridad de la información  
 A.6. Organización de la seguridad de la información  
 A.7. Seguridad de los recursos humanos  
 A.8. Gestión de activos  
 A.9. Control de acceso  
 A.10. Criptografía  
 A.11. Seguridad física y del entorno  
 A.12. Seguridad de las operaciones  
 A.13. Seguridad de las comunicaciones  
 A.14. Adquisición, desarrollo y mantenimiento de  
 A.15. Relaciones con los proveedores  
 A.16. Gestión de incidentes de seguridad de la  
 información  
 A.17. Aspectos de seguridad de la información de la  
 gestión de continuidad del negocio.  
 A.18. Cumplimiento  
 18.1.4. Privacidad y protección de Datos Personales

El comité de Gestión y Desempeño da por aprobado el plan y sugiere realizar los seguimientos del caso como corresponde.

## 6. Socialización Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones: PETI

El jefe de la Oficina de Sistemas- TICS inicia su intervención informado que la aprobación de este plan estratégico se venía aplazando y que es un tema de cumplimiento normativo.

Estos temas se asocian a las políticas de gobierno digital y seguridad digital de acuerdo al Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial para la Gestión de TI del Estado colombiano, el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (en adelante PETI) es el artefacto que se utiliza para expresar la Estrategia de TI. El PETI hace parte integral de la estrategia institucional.

Lo que se busca con este plan es alinearse frente a la planeación estratégica y el marco normativo con:

- Rupturas Estratégicas.
- Alineación de TI con los procesos.
- Catálogo de Servicios de TI.
- Catálogo de los sistemas de información
- Misión y Visión de TI.
- Estructura de TI.
- Roles y responsabilidades de TI.
- Dominios de TI.
- Plan de comunicaciones del PETI.
- Recursos por vigencia para los proyectos

Aclara que la entidad cuenta con una calificación básica en términos de tecnologías ya que hay rezagos importantes, a lo cual el gerente precisa que estamos mal y el jefe TICS informa que se debe trabajar fuerte desde el gobierno de TI, para cumplir con estándares metodológicos reconocidos tales como ITIL y COBIT.

El PETI se basa en el cumplimiento de ocho proyectos de los cuales siete dependen de financiación por parte de Secretaría Distrital de Salud y otros dos de desarrollo interno. Los proyectos relacionados son:

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 11 DE 17       |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

- Renovación infraestructura de TI para la Subred Norte ESE.
- Adecuación de cableado estructurado para la Subred Norte ESE
- Diagnóstico e implementación protocolo IPV6 en la Subred Norte ESE
- Red de fibra Óptica para la Subred Norte ESE
- Centro de Datos alterno de alta disponibilidad para la Subred Norte ESE.
- Actualización del Sistema de Información Servinte Clinical Suite Enterprise
- Iniciativa Cero Papel en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
- Herramienta tecnológica SGDEA para el fortalecimiento de la Gestión Documental de la Subred Norte
- Implementación Plan del Uso y Apropiación de las Tecnologías de Información.

Como objetivo de este plan se tiene: Definir las acciones orientadas a implementar la política de Gobierno Digital en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, a partir de la planeación estratégica apalancada en tecnología y la implementación de políticas de gestión y desempeño institucional que aportan al logro de los propósitos, haciendo uso de las TI para el desarrollo de la política en mención.

El comité de Gestión y Desempeño da por aprobado el plan estratégico de TICs (PETI) y sugiere realizar los seguimientos del caso como corresponde. /Se anexa a la presenta acta la presentación efectuada)

## 7. Presentación Tablas de valoración Documental Juan 23

la Dra. Lía Margarita Álvarez Directora Administrativa informa que es obligación presentar al comité institucional de gestión y desempeño los avances del Plan Institucional de Archivos, por tanto, traen para aprobación de este comité: La tabla de valoración documental Juan 23, propuesta de eliminación documental resultado del inventario documental y solicitud del sistema integrado de conservación que básicamente es contar con talento humano. Para lo cual sede la palabra a la Dra. Martha Ligia jefe de la Oficina de Gestión Documental, quien realiza la presentación.

La Dra. Martha Ligia inicia su presentación hablando del sistema de gestión documental y del modelo de operación para el 2021 a 2024



|                                                                                   |                                                                           |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07                |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7                            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 12 DE 17<br>FECHA: 06/04/2021 |

Manifiesta que para este comité traen para aprobación 3 temas Así:



| <b>ACCIONES PLAN DE MEJORAMIENTO FURAG</b> |                               |                                 |            |                                                                                                                                              |                          |
|--------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| No. de Acción                              | DIMENSIÓN                     | POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO | FUENTE     | ACCIÓN                                                                                                                                       | LÍDER DE POLÍTICA        |
| 112                                        | 5. Información y comunicación | 14 Gestión Documental           | FURAG 2020 | Elaborar, Aprobar, Validar una Tabla de valoración de valoración Documental TVD Implementar la TVD del hospital Engativá de acuerdo al PINAR | Directora Administrativa |
| 113                                        | 5. Información y comunicación | 14 Gestión Documental           | FURAG 2020 | Dar cumplimiento a lo establecido en el plan archivístico para la elaboración del SIC para el año 2021.                                      | Directora Administrativa |
| 118                                        | 5. Información y comunicación | 14 Gestión Documental           | FURAG 2020 | Realizar eliminación documental aplicando TVD.                                                                                               | Directora Administrativa |



1. Avance intervención fondo acumulado Engativá: se tiene una tabla de valoración documental aprobada y deben hacer la intervención, parte de la intervención es la eliminación documental que se trae para aprobación.

|                                                                                   |                                                                           |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07                |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7                            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 13 DE 17<br>FECHA: 06/04/2021 |

2. Aprobación de la tabla Juan 23 – hospital chapinero: allí se tienen 2 fondos acumulados en dos periodos así: de **1990 a 1998 el primer periodo y el segundo periodo de 1998 a 2000.**

3. Avance del sistema integrado de conservación

Informa que las tres acciones presentadas se articulan con el plan de mejoramiento formulado para el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG-FURAG.

Presenta inventario a eliminar 89 metros lineales cajas 356 a lo cual el Gerente pide aclaración de cuanto es un metro lineal, que a cuantos folios corresponde y que si jurídicamente se dio cumplimiento a requisitos.

El jefe de la Oficina de Control Interno – OCI aclara que cuatro cajas de la referencia X200 es un metro lineal que agrupan 1.200 folios, concluyen que presentan para aprobación la eliminación de 357.742 folios. El gerente manifiesta la preocupación de la cantidad de folios que se producen, frente a la gestión para la intervención de los mismos.

Presenta el inventario a eliminar

## INVENTARIO PARA ELIMINACION

[INVENTARIO PARA ELIMINAR.xlsx](#)



Se realizó la siguiente metodología para la elaboración de la Tabla de Valoración Documental

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 14 DE 17       |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

## TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL - TVD

### MARCO NORMATIVO

ACUERDO 004 DE 2019 – ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN

Artículo 2. Definiciones.

**Tabla de Valoración Documental – TVD:** Listado de series documentales o asuntos a los cuales se asigna un tiempo de permanencia en el Archivo Central, así como una disposición final.

Artículo 3. Requisitos técnicos generales para la elaboración de las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental – TVD, numeral 7.

Las Tablas de Valoración Documental – TVD se elaboran para documentos ya producidos, que han pasado a su segunda o tercera etapa del ciclo vital, es decir, a documentación semiactiva de uso administrativo y legal ocasional o inactiva que ha dejado de emplearse con fines legales o administrativos. Las Tablas de Valoración Documental – TVD se elaboran para los documentos producidos en los periodos de la historia de la entidad que no cuentan con Tablas de Retención Documental – TRD.



SECRETARÍA DE  
SALUD



Frente a la tabla valoración documental acumulado de Juan 23, informa que es un fondo documental sin ninguna organización, se realizó la siguiente metodología

## TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL - TVD

### METODOLOGÍA APLICADA

#### 1. Estructuras Fondo Hospital Juan XXIII

Primer Período (1991-1998) Acuerdo 019 de 1991 (Septiembre 3) Concejo de Bogotá

Segundo Período (1998-2000) Acuerdo 003 de 1998 (Agosto 3) Junta Directiva

2. Inventarios Documentales en estado natural (FUID) que identifica de manera precisa clara los asuntos o series de un fondo y se elabora para cada periodo histórico establecido y se discrimina por cada dependencia. [TVD P1 JUAN XXIII\INVENTARIO JUAN XXIII P 1 1990-1998.xls](#)

3. Cuadros de Clasificación Documental – CCD, entendido como el esquema que refleja la jerarquización dada a la documentación producida por una institución y en el que se registran las secciones y subsecciones y las series y subseries documentales. [TVD P1 JUAN XXIII\CCD Juan XXIII P1 \(1\).xls](#)



SECRETARÍA DE  
SALUD



|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 15 DE 17       |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

## TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL - TVD

### METODOLOGÍA APLICADA

#### 4. Historia Institucional

5. Cuadro Evolutivo el cual permite observar de manera gráfica el desarrollo de las entidades a través del tiempo. [Cuadro Evolutivo Juan XXIII 1990-2000.xlsx](#)

6. Tablas de Valoración Documental. [TVD P1 JUAN XXIII TVD Juan XXII P1 \(1\).xlsx](#)

7. Fichas de Valoración Documental [Ficha de valoración Plan de Atención Básica PAB.docx](#)



SECRETARÍA DE  
SALUD



### TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL

Se muestran las estructuras del Fondo de Juan XXIII

## TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL - TVD

| TABLA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL - TVD - |                                                           |                  |                                       |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|
| No.                                    | ANEXOS                                                    | SOPORTE          |                                       |
|                                        |                                                           | Impreso en papel | Digital (Formato de archivo)          |
| 1                                      | Historia Institucional                                    | X                | X (Word)                              |
| 2                                      | Memoria descriptiva                                       | X                | X (Word)                              |
| 3                                      | Cuadro de clasificación documental                        | X                | X (Excel)                             |
| 4                                      | Inventarios documentales                                  |                  | X (Excel)                             |
| 5                                      | Fichas de valoración documental y disposición final       |                  | X (Word)<br>Un archivo por cada ficha |
| 6                                      | Tablas de valoración documental                           | X                | X (Excel y Pdf)                       |
| 7                                      | Actos administrativos internos                            |                  | X (Pdf)                               |
| 8                                      | Acta de aprobación de la TVD por la instancia respectiva. | X                | X (Pdf)                               |

Tabla 2. Listado de anexos para convalidación de las TVD por parte del Consejo Distrital de Archivos



SECRETARÍA DE  
SALUD



Somete a votación la eliminación de una parte del fondo documental del Engativá 89 metros lineales el cual es

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 16 DE 17       |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

aprobado para continuar con el procedimiento para su publicación y posterior eliminación.

Los asistentes al comité aprueban la tabla de valoración de Juan XXIII con el fin de ser radicado al Concejo Distrital de Archivo para su aprobación.

Para finalizar el comité el Gerente Dr. Jaime García, realiza las siguientes reflexiones:

Manifiesta su contento por el avance del plan de mejora \_ MIPG

Queda preocupado por el avance en la gestión documental, frente a la producción de archivo, producimos muerte por la tala de árboles es decir la entidad produce 2 millones de hojas mensuales lo cual se traduce en 24 millones al año; sin embargo, la gestión adelantada en cuanto a gestión documental es muy lenta...Solicita agendar reunión de cero papel para el 26 de agosto. Cierra su intervención solicitando medidas de fondo frente a los fondos documentales, para eliminar de forma más acelerada Estos fondos.

Con respecto a fondos documentales, la Dra. Martha Ligia aclara que se tienen 5 fondos, sobre los que se están realizando los inventarios:

- Chapinero - Juan 23
- Usaquén
- Suba
- Simón Bolívar

Frente al particular el Gerente manifiesta la preocupación por 2 millones de producción de papel mensual frente a la lentitud en el procesamiento de esa información. La Dra. Martha ligia habla de la oportunidad de sistematizar algunos procesos, sin embargo, aclara que el costo resulta muy alto. Frente a lo cual el jefe de la OCI aclara la diferencia entre firma digital y digitalizada.

|  |
|--|
|  |
|  |

| COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN                                                                                              | RESPONSABLE                                       | FECHA      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|
| Realizar informes bimestrales sobre el avance del MIPG - FURAG                                                           | La Administración                                 |            |
| Realizar seguimiento al avance a la implementación del mejora MIPG el 20 de septiembre con corte a 31 de agosto de 2021. | Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - GDO | 20/09/2021 |
| Presentar informe mensual del avance en la implementación del plan de mejora MIPG a partir                               | Oficina Asesora de Desarrollo Institucional       | Octubre    |

|                                                                                   |                                                                           |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                    | CÓDIGO: ES-GC-F-104-07 |
|                                                                                   |                                                                           | VERSIÓN: 7             |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD | PÁGINA: 17 DE 17       |
|                                                                                   |                                                                           | FECHA: 06/04/2021      |

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| de septiembre |  |  |
|---------------|--|--|

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>DECISIONES / CONCLUSIONES</b>   |
| <p>Las nombradas anteriormente</p> |

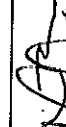
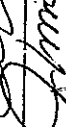
|                                                                                                        |              |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <b>FIRMAS DE LOS ASISTENTES</b> - Este campo deberá diligenciarse cuando el acta se realiza en físico. |              |                           |
| <b>NOMBRE</b>                                                                                          | <b>FIRMA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
| Se anexan los listados de asistencia presencial al comité                                              |              |                           |
|                                                                                                        |              |                           |
|                                                                                                        |              |                           |
|                                                                                                        |              |                           |

# ASISTENTES COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO

| NOMBRE                            | CARGO                                                         | ASISTENCIA |         |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------|---------|
|                                   |                                                               | PRESENCIAL | VIRTUAL |
| Dr. Jaime Garcia Hurtado          | Gerente                                                       |            |         |
| Dra. Lorena Illidge Benjumea      | Asesora Despacho                                              |            |         |
| Dr. Fabio Cortes Cruz             | Subgerente Corporativo                                        |            |         |
| Dr. Ricardo Rojas                 | Subgerente de Prestación de Servicios                         |            |         |
| Dr. Wilson Fernando Melo Velandia | Jefe Oficina Desarrollo Institucional                         |            |         |
| Dr. Jaime Rodriguez               | Jefe Oficina Comunicaciones                                   |            |         |
| Dr. Carlos Agon Llanos            | Jefe Oficina Jurídica                                         |            |         |
| Dr. Carlos Rey Riveros            | Jefe Oficina de Control Interno                               |            |         |
| Dra. Fanny Rugeles de Hernandez   | Jefe de Oficina Participación Ciudadana y Atención al Usuario |            |         |
| Dra. Claudia Galan Suarez         | Jefe Oficina de Gestión del Conocimiento                      |            |         |
| Dr. Mauricio Bohorquez            | Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario                 |            |         |
| Dra. Patricia Sabogal Enriquez    | Jefe Oficina de Calidad                                       |            |         |
| Ing. Alvaro Sossa Vivas           | Jefe Oficina de Comunicaciones                                |            |         |
| Dra. Maria del Pilar Gutierrez    | Jefe Oficina de Mercadeo                                      |            |         |
| Dra. Diana Camelo Sanchez         | Directora Financiera                                          |            |         |
| Dra. Lia Margarita Alvarez Puente | Directora Administrativa                                      |            |         |
| Dra. Cindy Johanna Ariza Ahumada  | Directora de Talento Humano                                   |            |         |
| Dra. Janeth Caicedo               | Directora de Contratación                                     |            |         |
| Dra. Eliana Molano                | Directora de Hospitalización                                  |            |         |
| Dr. Ivan Dario Ochoa Pelaez       | Director de Servicios Complementarios                         |            |         |
| Dr. Harvey Neuta                  | Director de Urgencias                                         |            |         |
| Dr. Anis Cristina Gonzalez Romero | Directora de Servicios Ambulatorios                           |            |         |
| Dr. Daniel Alejandro Parra        | Asesor Dirección Administrativa                               |            |         |
| Dr. Andres Felipe Amaya           | Asesor de Talento Humano                                      |            |         |
| Dra. Gloria Salinas               | Asesora Despacho Asistencial                                  |            |         |
| Dra. Yazmin Moreno                | Gestor UMHEs Engativa                                         |            |         |
| Dra. Lina Maria Oliveros          | Gestor UMHEs Simón Bolívar                                    |            |         |
| Dr. Antonio Jose Romero           | Gestor UMHEs Fray Bartolome                                   |            |         |
| Dra. Irayda Laverde               | Gestor UMHEs CSE Suba                                         |            |         |
| Dra. Maria Cristina Diaz Castillo | Gestor UMHEs Chapinero                                        |            |         |

|                                                                                                                                                                   |                                                                           |  |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>PLANILLA DE REUNIÓN</b>                                                |  | CÓDIGO: ES-GC-F-105-03 |
|                                                                                                                                                                   |                                                                           |  | VERSIÓN: 3             |
|                                                                                                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CALIDAD |  | PÁGINA: 1 DE 1         |
|                                                                                                                                                                   |                                                                           |  | FECHA: 06/04/2021      |

|                                                                                        |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>REUNIÓN (tema):</b><br>COMITÉ INSTITUCIONAL GESTIÓN Y DESEMPEÑO - MANCC IMPL E TIPS | <b>FECHA:</b> DD/MM/AAAA<br>23-08-2021 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

| NOMBRE                 | CARGO               | DEPENDENCIA               | CORREO ELECTRÓNICO                      | TIPO DE VINCULACIÓN |               | FIRMA                                                                               |
|------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |                     |                           |                                         | PLANTA              | CONTRATO OTRO |                                                                                     |
| Martha Ligia Cortés    | lider G.D           | Dir. administración       | geren@subrednorte.gov.co                |                     | X             |    |
| Daniel A. Parra M.     | Prof. Especializado | Dir. Administración       | asesoradministrativo@subrednorte.gov.co |                     | X             |    |
| Dany Lucero Reyes      | Jefe Oficina        | PL/SC                     | oficina@subrednorte.gov.co              | X                   |               |    |
| Carlos Acosta          | Lider               | Locales                   | locales@subrednorte.gov.co              | X                   |               |    |
| Patricia Sabogal       | Jefe Oficina        | Calidad                   | calidad@subrednorte.gov.co              | X                   |               |    |
| Samuel Gillo           | GER                 | GER                       | gerencia@subrednorte.gov.co             | X                   |               |    |
| Mario Baños            | Jefe                | OCID                      | control@subrednorte.gov.co              | X                   |               |    |
| Carmen Cárdenas        | Directora           | Dirección de Contratación | contratacion@subrednorte.gov.co         | X                   |               |   |
| Yolanda Salazar        | Desar               | Desarrollo                | desarrollo@subrednorte.gov.co           | X                   |               |  |
| Wilson Flebo           | ODI/Leve            | ODI                       | desarrollo@subrednorte.gov.co           | X                   |               |  |
| Carlos Rey             | Jefe Of             | O.C.I                     | oficin@subrednorte.gov.co               | X                   |               |  |
| Alvaro E. Sosa V.      | Jefe Oficina        | Sistemas                  | jefe@subrednorte.gov.co                 | X                   |               |  |
| José Wilfredo Arzobal  | Arzobal             | Gerencia                  | Arzobal@subrednorte.gov.co              | X                   |               |  |
| Andrés Felipe Amaya R. | Arzobal TH          | TH/Gerencia               | Arzobal@subrednorte.gov.co              | X                   |               |  |
| José Quintana          | R.U.                | ODU                       | Arzobal@subrednorte.gov.co              | X                   |               |  |