N° DE ACTA: 043	**FECHA: 29 de noviembre de 2023**
REUNIÓN: Comité Institucional de Gestión y Desempeño - Presencial	

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	ÁREA/ENTIDAD
Se anexa listados		

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Lista de Asistencia y Verificación Quorum
2. Aprobación orden del día
3. Aprobación Actas Sesiones No. 041 y 042
4. Revisión Compromisos
5. Presentación Resultados FURAG 2022
6. Eliminación Documental Subred Norte ESE.
7. Gestión de Riesgos y Plan de Trabajo 2024
8. Presentación y Aprobación Código de Buen Gobierno
9. Proposiciones y Varios

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES (Ver numeral 4 de la presente acta)

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI _____NA____	NO____NA___	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo la 2:00 pm se da inicio al Comité Institucional de Gestión y Desempeño en su sesión ordinaria del mes de noviembre en Usaquén, el secretario técnico del comité la Dra. Claudia Liliana Moreno Ramírez - jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, solicita a los asistentes del comité autorización para grabar la sesión. Luego de la autorización sin objeción, da lectura a las recomendaciones de Meli con respecto a las reuniones efectivas, y seguido da lectura al tema corporativo del mes de noviembre el cual nos socializa sobre el portafolio de servicios que se prestan en las unidades de la entidad.

1. Llamado a Lista y Verificación de Quorum

La Dra. Claudia Liliana Moreno Ramírez en calidad de secretaria técnica del comité realiza llamado de lista para verificar el quorum de los miembros del comité, encontrando la siguiente asistencia:

NOMBRE	CARGO
Daniel Blanco Santamaria	Gerente
Yanith Piragauta	Subgerente Prestación de Servicios de Salud
Diana Carolina Camelo	Subgerente Corporativo
Fernando Cárdenas Chalarca	Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)
Claudia Liliana Moreno	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Francisco Tafur	Jefe Oficina Gestión del Conocimiento
Diana Marcela Caballero Arias	Jefe Oficina de Calidad
Sonia Tovar Sánchez	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario
Liliana Lozano	Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (E)
Jairo Hurtado	Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC
Laura Sandoval	Jefe Oficina de Comunicaciones
Miryam Rocío Carbonell	Director de Servicios Ambulatorios
Harvey Neuta	Director de Urgencias
Harvey Neuta	Delegado Directora de Hospitalización
Dannis Teheran	Directora de Servicios Complementarios
David Ernesto Vargas	Director de Contratación (E)
Johanna Medina Orna	Directora de Talento Humano
David Ernesto Vargas Quintero	Director Administrativo
Luz Miriam Roncancio Roncancio	Directora Financiera
Mónica Fernández Quintero	Jefe Oficina de Control Interno
Boris Flomin de León	Asesor Asistencial del Despacho
Andrea Castellanos	Profesional Especializado Oficina Desarrollo Institucional (Invitado)
Amira Cadavid	Profesional Especializado Oficina Desarrollo Institucional (Invitado)
Juan Carlos Hurtado	Profesional Especializado Oficina Desarrollo Institucional (Invitado)
Martha Ligia Castillo	Líder Gestión Documental (Invitado)

Después del llamado a lista y verificación del quorum, se informa que dos miembros no se encuentran presentes:

Sandra María Bocarejo	Directora Gestión del Riesgo

Y la Dra. Liliana Vargas quien delego al Dr. Harvey Neuta para que la representara durante la sesión del Comité de Gestión y Desempeño.

Sin embargo, de acuerdo a lo establecido en la resolución del comité de gestión y desempeño, se cuenta con quorum para dar inicio al comité y tomar cualquier tipo de decisión a la que haya lugar.

2. Aprobación Orden del Día

La Dra. Claudia Liliana Moreno Ramírez – secretario del Comité, pone a consideración de los miembros del comité el orden del día:

1. Lista de Asistencia y Verificación Quorum
2. Aprobación orden del día
3. Aprobación Actas Sesiones No. 041 y 042
4. Revisión Compromisos
5. Presentación Resultados FURAG 2022
6. Eliminación Documental Subred Norte ESE.
7. Gestión de Riesgos y Plan de Trabajo 2024
8. Presentación y Aprobación Código de Buen Gobierno
9. Proposiciones y Varios

Después de dar lectura al orden del día, este es aprobado por unanimidad por los miembros presentes en la sesión.

3. Aprobación Actas Sesiones No. 041 y 042

Se informa a los miembros del comité que las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño No. 041 del 17 de octubre de 2023 Sesión Ordinaria y el Acta No. 042 del 31 de octubre de 2023 Sesión Extraordinaria, fueron enviadas a todos los miembros del comité para sus observaciones, de las cuales no se recibieron observaciones por parte de los miembros del comité, por lo tanto, quedaron en firme y se ponen a consideración del Comité de Gestión y Desempeño la aprobación de las actas nombradas anteriormente, las cuales por unanimidad fueron aprobadas

Así las cosas, y de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0211 del 2023, por medio del cual se deroga la resolución 0091 del 2023, se integra y se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., que, en el artículo, 9, numeral 6., establece que, “el contenido del acta deberá ser aprobado en la siguiente sesión” de comité. Además de que, en el artículo 9, de la misma resolución define que el comité se reunirá de forma ordinaria mensualmente. También se podrá reunir de forma extraordinaria por solicitud de los integrantes y previa citación del secretario técnico, la secretaria técnica del comité somete a consideración de los miembros la aprobación y suscripción de las actas nombradas anteriormente, por lo tanto, se procede a realizar la votación nominal de los miembros del comité, las cuales fueron aprobadas, salvando el voto del jefe de Oficina de Control Interno, quien tiene voz, pero no voto.

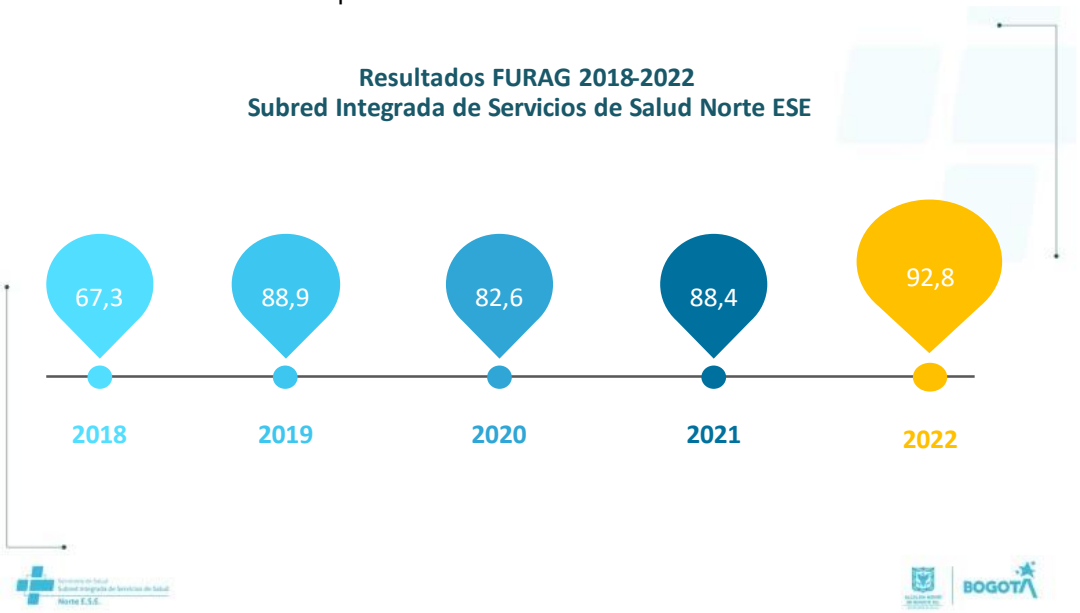
4. Revisión a Compromisos.

Se da lectura a los compromisos adquiridos en el Comité de Gestión y Desempeño para validar el desarrollo de los mismos.

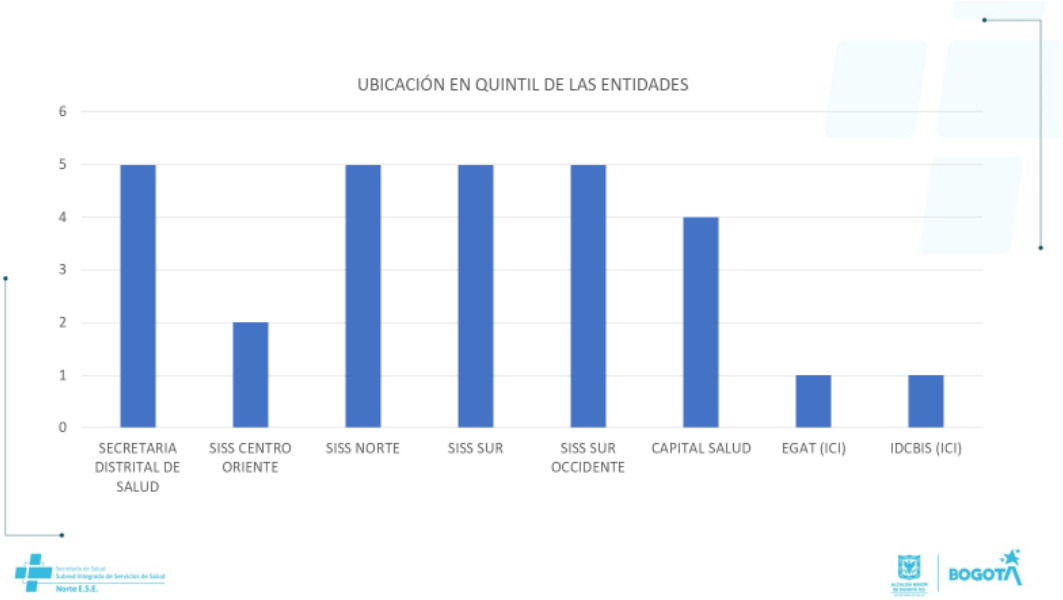
COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO	ESTADO	OBSERVACIONES
Realizar los ajustes sugeridos a la Política de Desconexión Laboral en cuanto a los indicadores y establecer los lineamientos para nueva presentación y aprobación.	Dirección de Talento Humano	Comité Sesión Extraordinaria	Cumplida	Aprobada en Comité Extraordinario, pendiente definir lineamientos.
Normalizar ante la oficina de calidad el Documento de la Metodología llevada a cabo para el levantamiento del mapa de conocimiento y publicar la Interfaz Gráfica del Mapa de Conocimiento.	Oficina de Gestión del Conocimiento	30/11/ 2023	En Desarrollo	Se encuentra el documento elaborado, pendiente enviar a Calidad.
Enviar el Documento de Código de Buen Gobierno a la Oficina Jurídica y a la Oficina de Control Interno Disciplinario para revisión y posterior presentación nuevamente ante Comité de Gestión y Desempeño para aprobación.	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Próximo Comité de Gestión y Desempeño.	Cumplida	Se presenta en Comité del Mes de Noviembre
Revisar la población correspondiente a cada una de las sedes priorizadas para postulación a acreditación tomando como referencia la UPZ	Oficina de Calidad	18/10/2023	Cumplida	

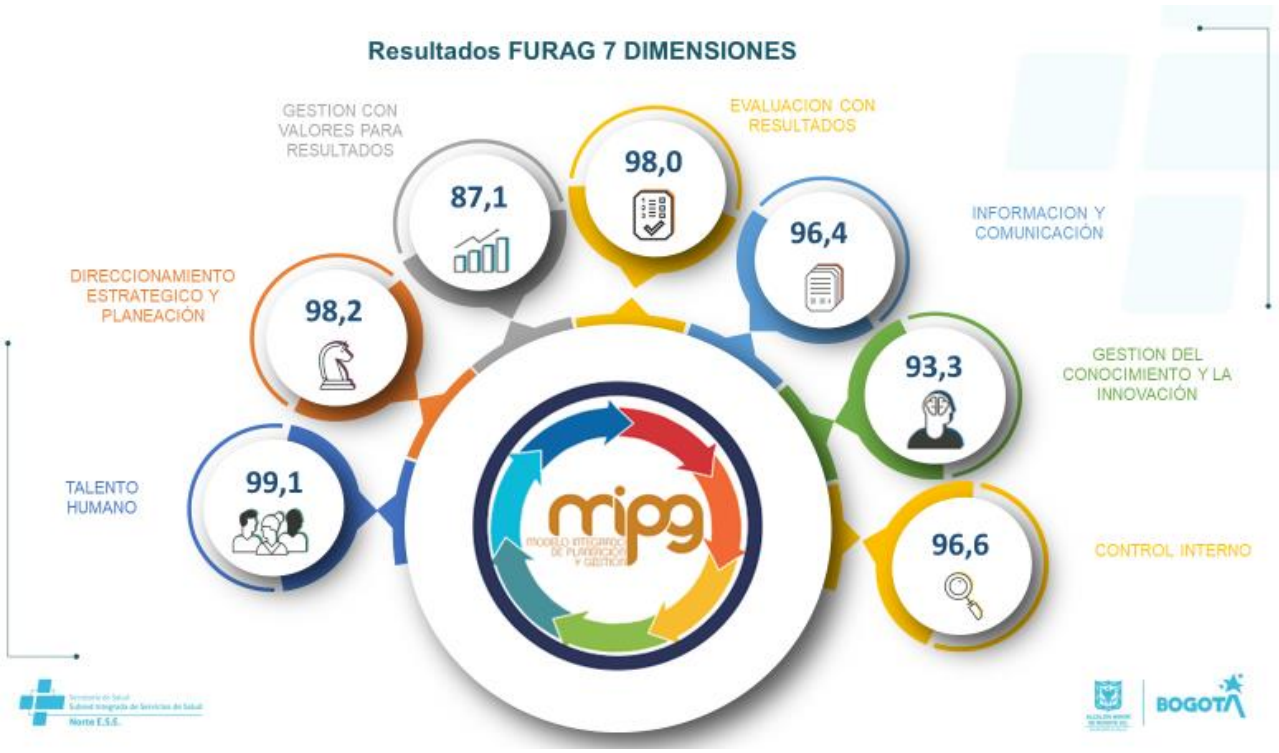
5. Presentación Resultados FURAG 2022

La Dra. Claudia Liliana Moreno jefe de la oficina Asesora de desarrollo institucional, inicia la presentación de los resultados FURAG 2022, realizando una traza de los resultados históricos obtenidos en los últimos 5 años, donde se evidencia un crecimiento bastante importante.



El Dr. Daniel Blanco – Gerente, manifiesta que es importante resaltar que la metodología establecida por el DAFP para la evaluación de la vigencia 2022 cambió y las entidades que se encontraban con puntajes del 99 bajaron su calificación de manera representativa, lo que quiere decir que si se homologa el ejercicio a la par con otras entidades, es como si la Subred hubiese obtenido un 80 es decir que el crecimiento fue bastante, bastante importante. Resalta el excelente resultado obtenido.

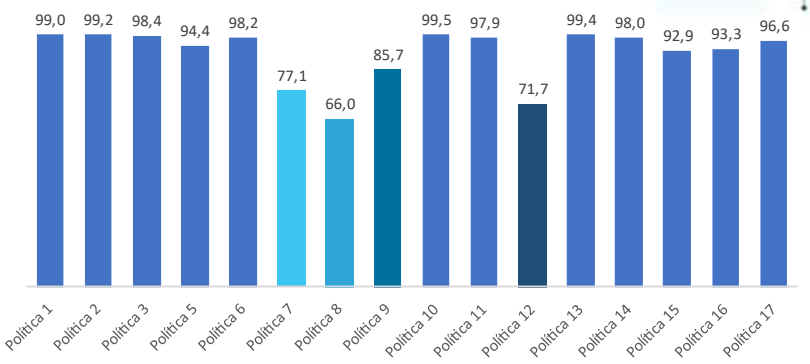




PLAN DE MEJORA DERIVADO DE RESULTADOS FURAG VIGENCIA 2022

POLÍTICAS MIPG		ACCIONES
Política 1	Gestión Estratégica del Talento Humano	5
Política 2	Integridad	0
Política 3	Planeación Institucional	1
Política 5	Compras y Contratación Pública	1
Política 6	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	0
Política 7	Gobierno Digital	26
Política 8	Seguridad Digital	19
Política 9	Defensa Jurídica	1
Política 10	Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	3
Política 11	Servicio al ciudadano	2
Política 12	Racionalización de Trámites	3
Política 13	Participación Ciudadana en la Gestión Pública	1
Política 14	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	1
Política 15	Gestión Documental	3
Política 16	Gestión del Conocimiento	4
Política 17	Control Interno	3

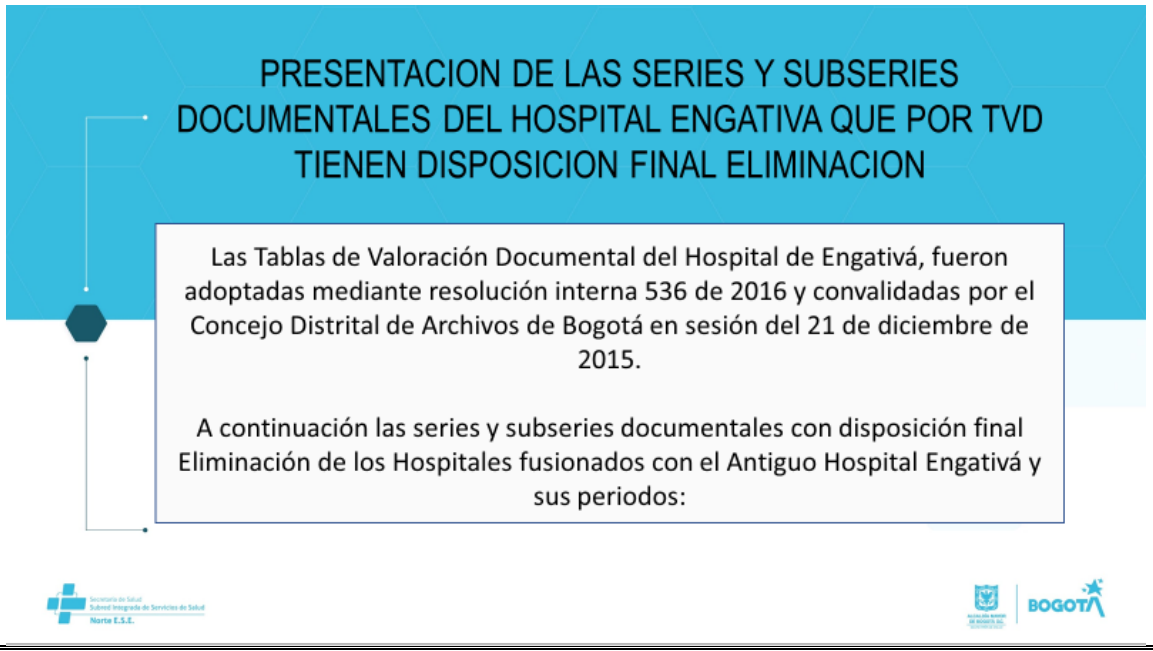
RESULTADOS FURAG POR POLITICA VIGENCIA 2022



Andrea Castellanos, Profesional Especializada de la Oficina de Desarrollo Institucional, presenta el número de acciones que quedaron formuladas para el plan de mejora el cual debe quedar cumplido al 100% al 31 de diciembre de 2023. Quedaron formuladas 79 acciones sobre las cuales ya se está trabajando.

6. Eliminación Documental Subred Norte ESE.

Martha Castillo, Líder de Gestión Documental hace la presentación de la Eliminación Documental del Hospital de Engativá de dos periodos.



HOSPITAL GARCES NAVAS I NIVEL – PERIODO 1991-1997

CODIGO	SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION	TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-	DISPOSICION FINAL
S6-SS1	Conciliaciones Bancarias	10	Eliminación
S25-SS1	Libro Auxiliar	10	Eliminación
S31-SS1	Ordenes de pago	8	Eliminación
S37-SS9	Programa de saneamiento contable	10	Eliminación
S38-SS2	anteproyecto de presupuesto	3	Eliminación
S21	instrumentos de control	8	Eliminación
S43	Reporte	10	Eliminación
S37-SS8	Programa de provisión de personal	3	Eliminación

HOSPITAL GARCES NAVAS I NIVEL – PERIODO 1997-2000

CODIGO	SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION	TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-	DISPOSICION FINAL
S21	instrumentos de control	8	Eliminación
S21-SS2	Libro radicado de certificados de nacido vivo	8	Eliminación
S33-SS8	Planes de emergencia y evacuación	10	Eliminación
S3	Certificados de registro presupuestal	3	Eliminación
S4	Cierre Presupuestal	10	Eliminación
S5-SS4	Comprobante de salida de almacen	10	Eliminación
S5-SS1	Comprobante de caja menor	10	Eliminación
S6-SS1	Conciliaciones Bancarias	10	Eliminación
S10-SS1	Cuentas por venta de prestación de servicios de salud	5	Eliminación
S10-SS2	cuentas bancarias	1	Eliminación
S12-SS1	Elecciones del comité de personal	3	Eliminación
S20-SS10	Informes de inventario	8	Eliminación
S25-SS1	Libro Auxiliar	10	Eliminación
S29	Movimientos diario de caja	8	Eliminación
S31-SS1	Ordenes de pago	8	Eliminación
S33-SS4	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo y de los servicios a prestar	3	Eliminación
S37-SS8	Programa de provisión de personal	3	Eliminación
S37-SS16	Programa de bienestar social de personal	10	Eliminación
S37-SS9	Programa de saneamiento contable	10	Eliminación
S33-SS7	Plan institucional de capacitación – PIC	10	Eliminación
S38-SS4	proyecto de baja de bienes	3	Eliminación
S38-SS2	anteproyecto de presupuesto	3	Eliminación
S24	Relaciones de giro	3	Eliminación
S43	Reporte	10	Eliminación

HOSPITAL LA GRANJA II NIVEL – PERIODO 1991-1997			
CODIGO	SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION	TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-	DISPOSICION FINAL
S6-SS1	Conciliaciones Bancarias	10	Eliminación
S25-SS1	Libro Auxiliar	10	Eliminación
S31-SS1	Ordenes de pago	10	Eliminación
S37-SS9	Programa de saneamiento contable	10	Eliminación
S38-SS2	anteproyecto de presupuesto	3	Eliminación
S43	Reporte	10	Eliminación
S21	instrumentos de control	8	Eliminación

HOSPITAL LA GRANJA II NIVEL – PERIODO 1997-2000			
CODIGO	SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION	TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-	DISPOSICION FINAL
S21	instrumentos de control	8	Eliminación
S21-SS2	Libro radicado de certificados de nacido vivo	8	Eliminación
S33-SS8	Planes de emergencia y evacuación	10	Eliminación
S3	Certificados de registro presupuestal	3	Eliminación
S4	Cierre Presupuestal	10	Eliminación
S5-SS4	Comprobante de salida de almacen	10	Eliminación
S5-SS1	Comprobante de caja menor	10	Eliminación
S6-SS1	Conciliaciones Bancarias	10	Eliminación
S10-SS1	Cuentas por venta de prestación de servicios de salud	5	Eliminación
S10-SS2	cuentas bancarias	1	Eliminación
S12-SS1	Elecciones del comité de personal	3	Eliminación
S20-SS10	Informes de inventario	8	Eliminación
S25-SS1	Libro Auxiliar	10	Eliminación
S29	Movimientos diario de caja	2	Eliminación
S31-SS1	Ordenes de pago	8	Eliminación
S33-SS4	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo y de los servicios a prestar	3	Eliminación
S37-SS8	Programa de provisión de personal	3	Eliminación
S37-SS16	Programa de bienestar social de personal	10	Eliminación
S37-SS9	Programa de saneamiento contable	10	Eliminación
S33-SS7	Plan institucional de capacitación – PIC	10	Eliminación
S38-SS4	proyecto de baja de bienes	3	Eliminación
S38-SS2	anteproyecto de presupuesto	3	Eliminación
S42	Relaciones de giro	3	Eliminación
S43	Reporte	10	Eliminación

HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL – PERIODO 1991-1997			
CODIGO	SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION	TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-	DISPOSICION FINAL
S6-SS1	Conciliaciones Bancarias	10	Eliminación
S25-SS1	Libro Auxiliar	10	Eliminación
S31-SS1	Ordenes de pago	8	Eliminación
S37-SS9	Programa de saneamiento contable	10	Eliminación
S38-SS2	anteproyecto de presupuesto	3	Eliminación
S43	Reporte	10	Eliminación
S21	instrumentos de control	8	Eliminación

HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL – PERIODO 2000-2009			
CODIGO	SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION	TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-	DISPOSICION FINAL
S2-SS15	acta del comité interno de conciliación	15	Eliminación
S2-SS9	Acta del comité de cesantías	5	Eliminación
S12	Elecciones del comité de personal	3	Eliminación
S33-SS7	Plan institucional de capacitación – PIC	10	Eliminación
S33-SS8	Planes de emergencia y evacuación	10	Eliminación
S37-SS1	programa de incentivos para personal	10	Eliminación
S37-SS8	Programa de provisión de personal	3	Eliminación
S37-SS16	Programa de bienestar social de personal	10	Eliminación
S3	Certificados de registro presupuestal	3	Eliminación
S4	Cierre Presupuestal	10	Eliminación
S5-SS1	Comprobante de caja menor	10	Eliminación
S5-SS2	comprobantes de contabilidad	10	Eliminación
S6-SS1	Conciliaciones Bancarias	10	Eliminación
S10-SS2	cuentas bancarias	1	Eliminación
S13-SS1	Embargos	3	Eliminación
S25-SS1	Libro Auxiliar	10	Eliminación
S28-SS1	Traslados presupuestales que afectan los agregados	10	Eliminación

HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL – PERIODO 2000-2009			
CODIGO	**SERIE O CONTENIDO DE LA DOCUMENTACION**	**TIEMPO DE RETENCION (Años) - TVD-**	**DISPOSICION FINAL**
S28-SS2	Traslados presupuestales que no afectan los agregados	10	Eliminación
S28-SS3	Adicion y/o reducciones presupuestales	10	Eliminación
S28-SS4	Suspenciones o aplazamiento presupuestales	10	Eliminación
S29	Movimientos diario de caja	2	Eliminación
S31-SS1	Ordenes de pago	8	Eliminación
S37-SS9	Programa de saneamiento contable	10	Eliminación
S38-SS2	anteproyecto de presupuesto	3	Eliminación
S42	Relaciones de giro	3	Eliminación
S43	Reporte	10	Eliminación
S5-SS3	comprobantes de ingreso al almacen	10	Eliminación
S5-SS4	Comprobante de salida de almacen	10	Eliminación
S10-SS1	cuenta mensual de almacen	3	Eliminación
S16	Historia de equipos y maquinaria	18	Eliminación
S18-SS1	Historia del vehiculo	18	Eliminación
S20-SS10	Informes de inventario	8	Eliminación
S21-SS3	Bitacoras de gestion de vigilancia y seguridad	3	Eliminación
S21-SS4	instrumentos de control del parque automotor	3	Eliminación
S33-SS4	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo y de los servicios a prestar	3	Eliminación
S33-SS3	plan de mantenimiento de parque automotor	3	Eliminación
S34-SS14	Prestamos documentales	1	Eliminación
S38-SS4	proyecto de baja de bienes	3	Eliminación
S45-SS1	transferencia documentales primarias	3	Eliminación
S21-SS1	libro de registro de los certificados de defunción	8	Eliminación
S15-SS2	Ficha de notificación obligatoria	2	Eliminación

PARA ELIMINAR

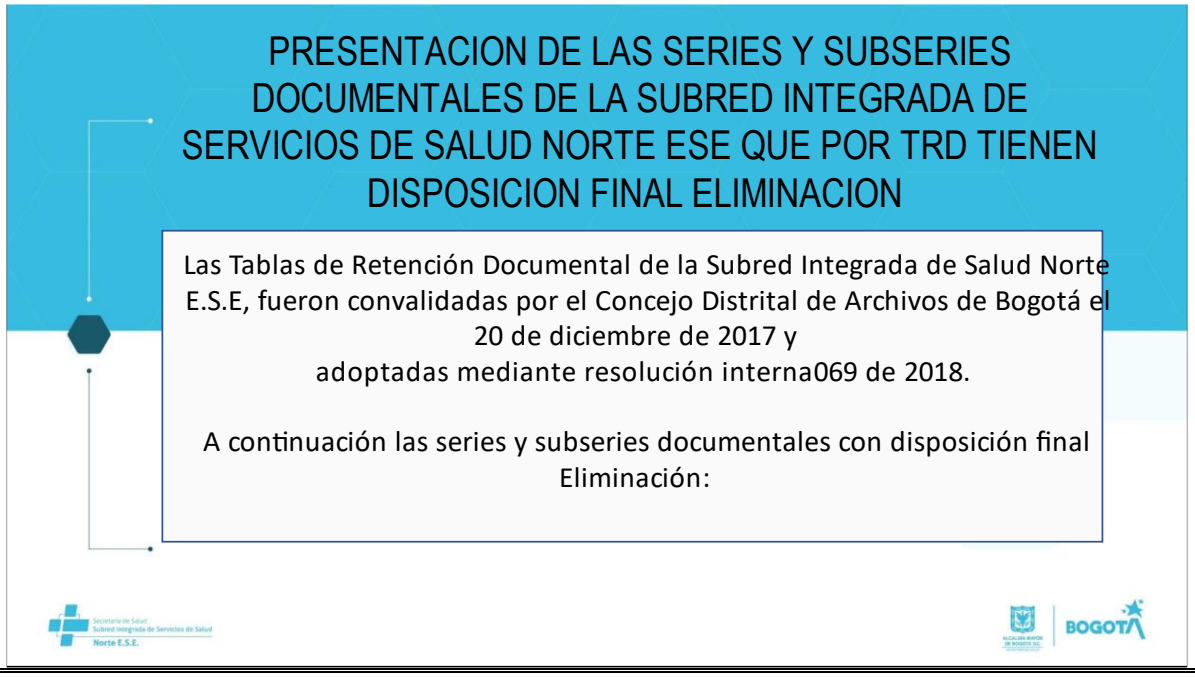
Durante la vigencia 2023 se ha intervenido el fondo administrativo del antiguo Hospital de Engativá según lo establecido en las TVD; y teniendo en cuenta la disposición final "***Eliminación***" y sus tiempos de retención se presenta lo que se debe eliminar:

Registros: **2.501.798**
Cajas: **2.085**
Metros lineales: **522**

Terminando la presentación de las series y subseries documentales del Hospital Engativá que por TVD tienen disposición final eliminación, se somete a votación nominal de los miembros del Comité de Gestión y Desempeño, la aprobación de las series y subseries documentales con disposición final eliminación de los hospitales fusionados con el Antiguo Hospital Engativá y sus periodos:

NOMBRE	CARGO	APROBADO
Daniel Blanco Santamaria	Delegado del Gerente	Si
Yanith Piragauta	Subgerente Prestación de Servicios de Salud	Si
Diana Carolina Camelo	Subgerente Corporativo	Si
Claudia Liliana Moreno	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Si
Francisco Tafur	Jefe Oficina Gestión del Conocimiento	Si
Diana Marcela Caballero	Jefe Oficina de Calidad	Si
Sonia Tovar Sánchez	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	Si
Liliana Lozano	Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (E)	Si
Miryam Rocío Carbonell	Director de Servicios Ambulatorios	Si
Dannys Teherán	Directora de Servicios Complementarios	Si
David Ernesto Vargas	Director de Contratación (E)	Si
Johanna Medina Orna	Directora de Gestión Talento Humano	Si
David Ernesto Vargas Quintero	Director Administrativo	Si
Luz Miriam Roncancio	Directora Financiera	Si
Fernando Cárdenas Chalarca	Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)	Si
Jairo Hurtado	Jefe Oficina Asesora TICS	Si

Después de la votación nominal de las series y subseries documentales con disposición final eliminación de los hospitales fusionados con el Antiguo Hospital Engativá y sus periodos, estas son aprobadas por el 100% de los asistentes a la sesión del comité de gestión y desempeño por unanimidad. Aclarando que, la Dra. Mónica Fernández, jefe de la Oficina de Control Interno, no se le toma votación ya que de acuerdo a la Resolución 0211 de 2023 tiene voz, pero no voto.



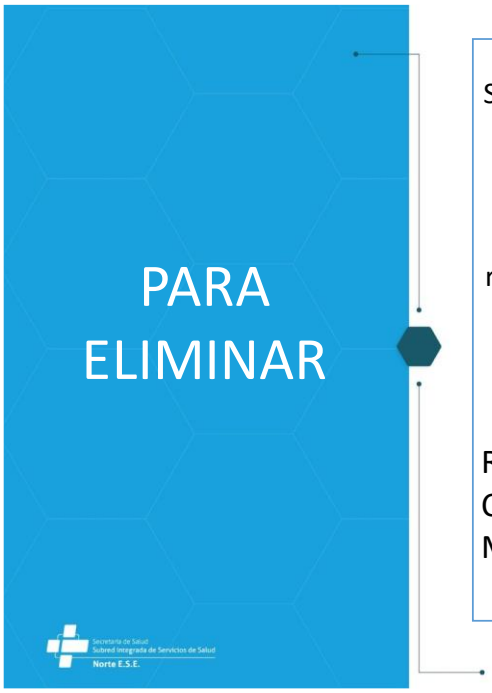
DEPENDENCIA	CODIGO TRD	SERIE	SUBSERIE	TIEMPO DE RETENCION
Oficina de Calidad	180-18	HISTORIALES DE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL		20 años
Oficina de Calidad	180-20	HISTORIALES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS		8 años
Subgerencia de Prestacion de servicio de salud	200-51	REGISTRO DE EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS		5 años
Subgerencia de Prestacion de servicio de salud	200-56	REGISTRO INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RIPS		10 años
Direccion de servicios Hospitalarios	220-50	REGISTRO DE ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL		5 años
Direccion de Servicios de Urgencias	230-26-04	INFORMES	Informes De La Atención Inicial De Urgencias	10 años
Direccion de Servicios de Urgencias	230-54	REGISTRO DE URGENCIAS RU		20 años
Direccion de Servicios de Urgencias	230-58	REGISTROS MEDICOS DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES - TRIAGE		20 años

DEPENDENCIA	CODIGO TRD	SERIE	SUBSERIE	TIEMPO DE RETENCION
Direccion de Servicios Complementario	240-49	REGISTROS DE CONTROL DE CALIDAD DE REACTIVOS Y EQUIPOS PARA PROCESAMIENTO DE UNIDADES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS		15 años
Direccion de Servicios Complementario	240-52	REGISTROS DE LABORATORIO CLINICO		5 años
Direccion de Servicios Complementario	240-53	REGISTROS DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES		15 años
Direccion de Servicios Complementario	240-55	REGISTROS DEL SERVICIO DE FARMACIA		5 años
Direccion de Servicios Complementario	240-60	SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O HEMODERIVADOS		15 años
Direccion gestion del riesgo en salud	250-05	AUTORIZACIONES PARA ESTERILIZACIÓN DE CANINOS Y FELINOS		5 años
Direccion gestion del riesgo en salud	250-45-04	PROGRAMAS	Programas de Capacitación en Manipulación Higiénica de Alimentos	5 años
Direccion gestion del riesgo en salud	250-57	REGISTRO VACUNACIÓN ANTIRRABICA DE CANINOS Y FELINOS		5 años

DEPENDENCIA	CODIGO TRD	SERIE	SUBSERIE	TIEMPO DE RETENCION
Direccion Financiera	310-04	ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO		5 años
Direccion Financiera	310-08-01	COMPROBANTE CONTABLE	Comprobante De Ajuste	10 años
Direccion Financiera	310-08-02	COMPROBANTE CONTABLE	Comprobante De Egreso	10 años
Direccion Financiera	310-08-03	COMPROBANTE CONTABLE	Comprobante De Ingreso	10 años
Direccion Financiera	310-12	CONSECUTIVO DE FACTURAS		5 años
Direccion Financiera	310-31	LIBROS AUXILIARES DE CAJA MENOR		10 años
Direccion Financiera	310-32-01	LIBROS CONTABLES	Libros Auxiliares	10 años
Direccion Financiera	310-32-02	LIBROS CONTABLES	Libros De Diario	10 años
Direccion Financiera	310-38	MODIFICACIONES PRESUPUESTALES		5 años
Direccion Financiera	310-45-02	PROGRAMAS	Programa Anual Mensualizado de Caja PAC	5 años
Direccion Administrativa	320-09-01	COMPROBANTES DE ALMACEN	Comprobantes De Baja De Bienes	10 años

DEPENDENCIA	CODIGO TRD	SERIE	SUBSERIE	TIEMPO DE RETENCION
Direccion Administrativa	320-09-02	COMPROBANTES DE ALMACEN	Comprobantes De Ingreso De Bienes	10 años
Direccion Administrativa	320-09-03	COMPROBANTES DE ALMACEN	Comprobantes De Reintegro De Bienes	10 años
Direccion Administrativa	320-09-04	COMPROBANTES DE ALMACEN	Comprobante De Salida De Bienes	10 años
Direccion Administrativa	320-11	CONSECUTIVO DE COMUNICACIONES OFICIALES		5 años
Direccion Administrativa	320-14	CUENTA MENSUAL DE ALMACEN		10 años
Direccion Administrativa	320-19	HISTORIA DE EQUIPO Y DE MAQUINARIA		10 años
Direccion Administrativa	320-22	HISTORIA DE VEHICULOS		10 años
Direccion Administrativa	320-41-12	PLANES	Planes De Mantenimiento	5 años
Direccion Administrativa	320-48-01	REGISTRO DE COMUNICACIONES OFICIALES	Registro de Comunicaciones Oficiales Enviadas	5 años
Direccion Administrativa	320-48-02	REGISTRO DE COMUNICACIONES OFICIALES	Registros de Comunicaciones Oficiales Internas	5 años
Direccion Administrativa	320-48-03	REGISTRO DE COMUNICACIONES OFICIALES	Registros de Comunicaciones Oficiales Recibidas	5 años

La Dra. Yanith Piragauta - Subgerente de Prestación de Servicios, interviene preguntando si es posible, modificar los tiempos de retención de las ordenes de laboratorio clínico, para lo cual Martha Ligia Castillo, responde que se le van a realizar dos modificaciones a las tablas de retención documental en dos sentidos: uno debido a que algunos soportes han cambiado su medio de almacenamiento de físico a electrónico y dos ajustar los tiempos a ese tipo de documentos.



Se realiza la identificación en el inventario del archivo central de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E; de las series y subseries documentales que por tiempos de retención y disposición final "***Eliminación***" deben ser publicadas para su respectiva eliminación según la TRD, en el proceso se evidencio que los tiempos de retención aun no se cumplen en la mayoría de las series y subseries por este motivo solo se presenta para eliminar:

Registros**: 5**
Cajas**: 1**
Metros lineales **: 0,25**

Solo se va a eliminar 1 caja debido a que para estos documentos el tiempo de retención es bastante amplia.

Terminando la presentación de las series y subseries documentales del Hospital Engativá que por TVD tienen disposición final eliminación, se somete a votación nominal de los miembros del Comité de Gestión y Desempeño, la aprobación de las series y subseries documentales con disposición final eliminación de los hospitales fusionados con el Antiguo Hospital Engativá y sus periodos:

NOMBRE	CARGO	APROBADO
Daniel Blanco Santamaria	Delegado del Gerente	Si
Yanith Piragauta	Subgerente Prestación de Servicios de Salud	Si
Diana Carolina Camelo	Subgerente Corporativo	Si
Claudia Liliana Moreno	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Si
Francisco Tafur	Jefe Oficina Gestión del Conocimiento	Si
Diana Marcela Caballero	Jefe Oficina de Calidad	Si
Sonia Tovar Sánchez	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	Si
Liliana Lozano	Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (E)	Si
Miryam Rocío Carbonell	Director de Servicios Ambulatorios	Si
Dannys Teherán	Directora de Servicios Complementarios	Si
David Ernesto Vargas	Director de Contratación (E)	Si
Johanna Medina Orna	Directora de Gestión Talento Humano	Si
David Ernesto Vargas Quintero	Director Administrativo	Si
Luz Miriam Roncancio	Directora Financiera	Si
Fernando Cárdenas Chalarca	Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)	Si
Jairo Hurtado	Jefe Oficina Asesora TICS	Si

Después de la votación nominal de las series y subseries documentales con disposición final eliminación de los hospitales fusionados con el Antiguo Hospital Engativá y sus periodos, estas son aprobadas por el 100% de los asistentes a la sesión del comité de gestión y desempeño por unanimidad. Aclarando que, la Dra. Mónica Fernández, jefe de la Oficina de Control Interno, no se le toma votación ya que de acuerdo a la Resolución 0211 de 2023 tiene voz, pero no voto.

7. Gestión de Riesgos y Plan de Trabajo 2024

El profesional especializado de la Oficina de Desarrollo Institucional – Juan Carlos Hurtado, inicia la presentación de Gestión del Riesgo y Plan de Trabajo 2024

CONTEXTO ACTUAL

Administración y Gestión del Riesgo

- Política, Manual y Metodologías
- Mapa de Riesgos Institucional
- Diligenciamiento ALMERA (III trimestre)
- Seguimiento mapa de riesgos en ALMERA (III trimestre)
- Líneas de Defensa del mapa de riesgos (1ª y 2ª)
- Socialización unidades postuladas
- Actualización mapa de riesgos 2024

RIESGOS IMPLEMENTADOS PARA LA VIGENCIA 2023

En la Subred Norte hay identificados **83 riesgos**, 20 de Corrupción-Soborno (C y S) y 63 Institucionales

	Tipo de Riesgo	Cantidad de riesgos
C y S	Corrupción	15
	Soborno	5
Institucionales	De Cumplimiento	2
	Estratégicos	15
	Financieros	9
	Imagen	2
	Legales y Normativos	11
	Operativos	21
	Seguridad Digital	1
	Terceros	2

Tabla de Resultados de la Valoración de los Riesgos vigencia 2023

Clasificación del Riesgo	Inherente (Inicial sin controles)	Residual (Final con controles)
Riesgos Extremos	24	0
Riesgos Altos	24	19
Riesgos Moderados	25	17
Riesgos Menores	10	47

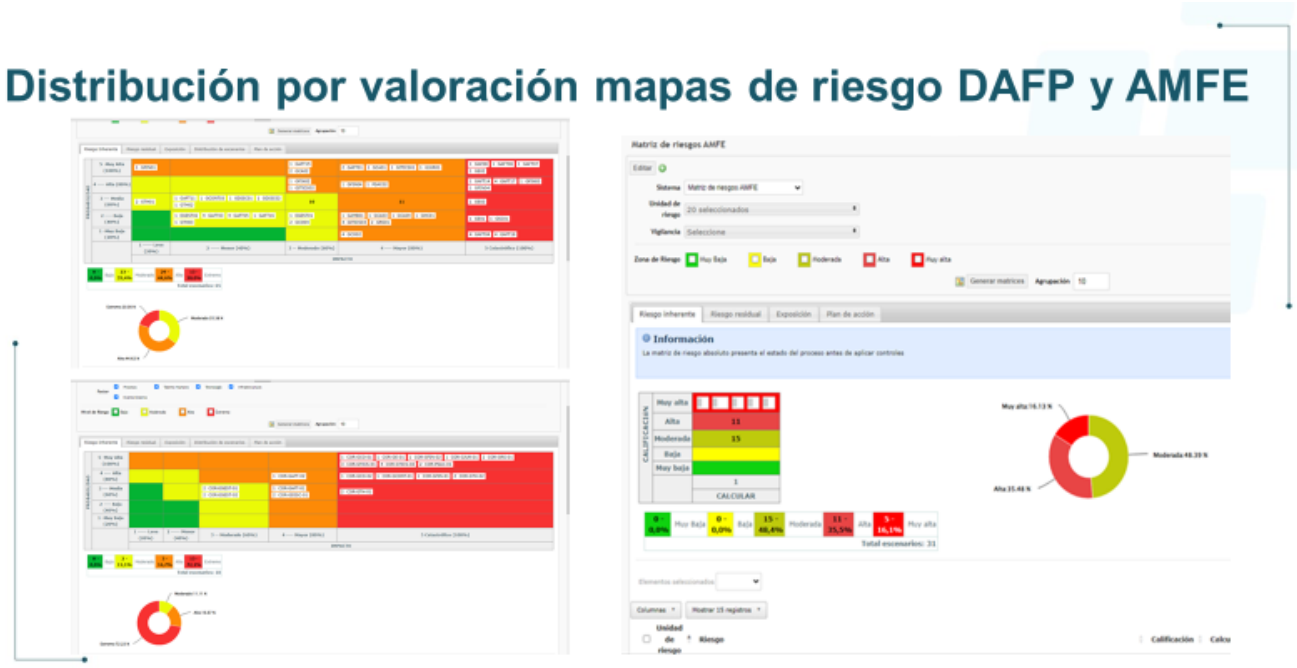
El Dr. Daniel Blanco pregunta si ya existe para todo riesgo clínico tiene mapa de riesgos para cada proceso, para lo cual la Dr. Diana Caballero responde: Que para el ejercicio de los riesgos clínicos, no trabajo por procesos si no se trabajó desde las vigilancias, se abordó desde el componente de gestión clínica excelente y segura y se tomó desde cada una de las vigilancias y se identificaron riesgos transversales para todos los procesos.
La Dra. Diana Caballero, manifiesta que no se han vuelto a realizar mesas técnicas de riesgos, a lo cual el Dr. Daniel Blanco solicita a la Dra. Claudia Liliana Moreno que esas mesas técnicas de riesgos deben ser sistemáticas. La Dra. Diana Caballero informa que todos los riesgos fueron ya cargados a almera, sin embargo, no se encuentran todos los riesgos cargados a almera únicamente los priorizados. Así las cosas, se esta tomando la decisión si deben estar todos los riesgos cargados o no.

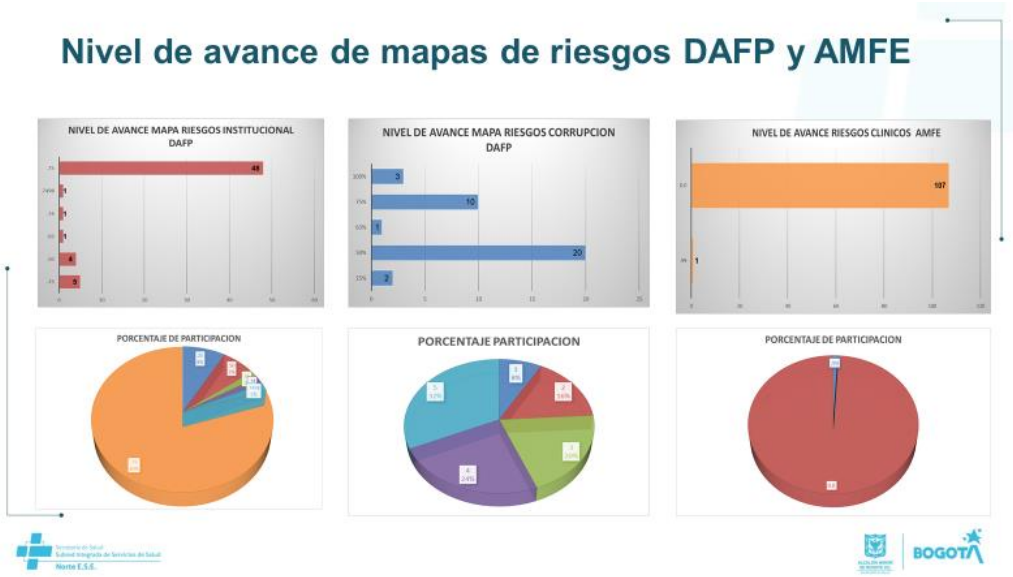
El Dr. Blanco sugiere que deben estar cargados absolutamente todos los riesgos, tanto de alto impacto como los de bajo impacto. La Dra. Diana Caballero manifiesta que el riesgo clínico es una de las tipologías del riesgo institucional, razón por la cual sugiere fortalecer el ejercicio del eje de riesgos desde el riesgo institucional.

Por otro lado, el Dr. Blanco manifiesta a la Dra. Claudia Liliana Moreno que, para todas las mesas de acreditación primarias, la Oficina de Desarrollo Institucional es fundamental desde el direccionamiento estratégico: POA, PDI, Plataforma Estratégica ya que para la visita van a pedir cómo se formularon, cómo se desplego, que conocimiento se tienen de ellas, etc.

El Dr. Blanco manifiesta a los directivos que para este año no aplica el tercer descanso para ninguno de los directivos y las personas involucradas en las mesas de acreditación, todos deben estar pendientes de la visita de ICONTEC.

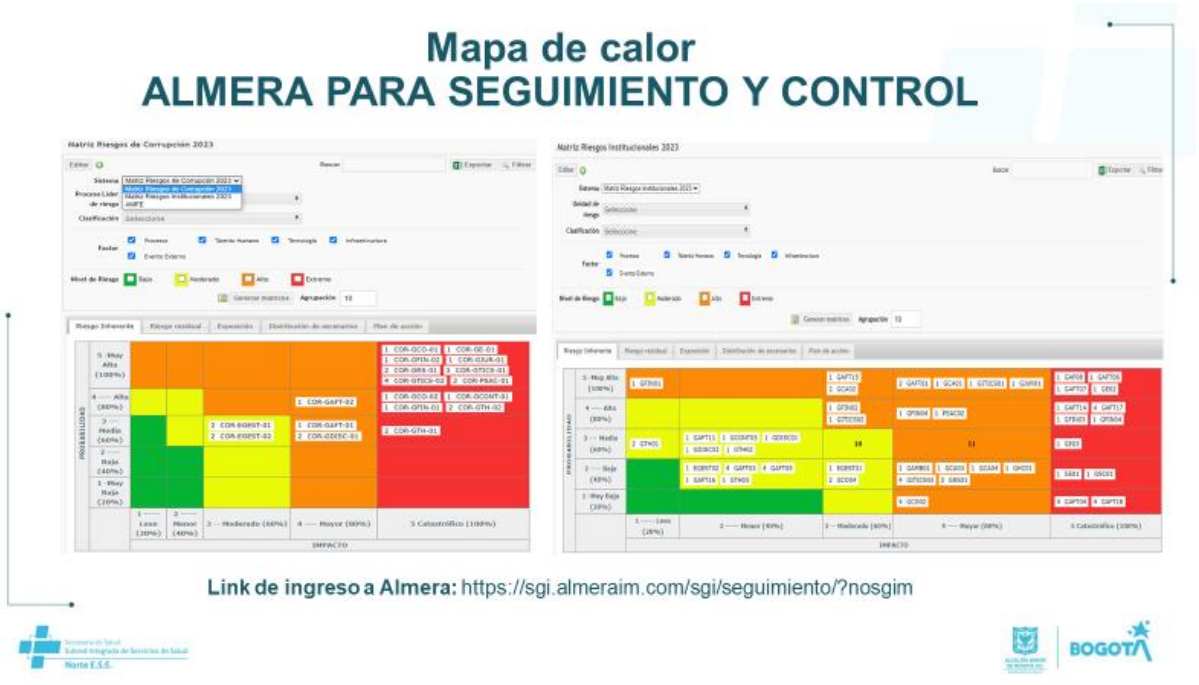
Para el despliegue del eje de riesgos es importante entrar con un cronograma para las 19 mesas primarias de acreditación en mes y medio. Para el mes de diciembre, todos los comités deben ir enfocados a los ejes de acreditación. El Dr. Blanco, solicita desplegar de manera fuerte los riesgos no solo a las sedes priorizadas, si no a las mesas de acreditación.





La Dra. Claudia Liliana Moreno, se compromete con el apoyo de Juan Carlos Hurtado a modificar y ajustar el plan de trabajo de acuerdo a las sugerencias realizadas por el Gerente.

La Dra. Diana Caballero manifiesta que ya existen unos espacios establecidos y separados para realizar los simulacros, para retroalimentar a los funcionarios, mas no para iniciar con socialización y despliegue. La Dra. Diana Caballero sugiere priorizar los temas para los simulacros y para la socialización. Se deben buscar estrategias para llegar a los funcionarios y socializar los temas para la acreditación. Es importante ir a sedes y realizar el despliegue. Y realizar el despliegue a los directivos de los temas priorizados, trazadores que fueron seleccionados: Riesgos, Direccionamiento Estratégicos, entre otros.



PLAN DE TRABAJO ADMINSTRACION Y GESTION DEL RIESGO 2023-2024

	ACTIVIDADES	2023 NOVIEMBRE	2023 DICIEMBRE	2024 ENERO- JULIO
	1. REVISION METODOLOGICA DE MAPAS DE RIESGOS DISPONIBLES EN LA SUBRED NORTE ESE.			
1.1	Revisión de legislacion vigente, Metodologias disponibles en las diferentes WEB institucionales del pais (DAPRE.Transparencia. DAFP.ICONTEC, entre otros) para la actualizacion del Manual de Gestion y Administración del Riesgo	14 al 17 de noviembre		
1.2	Presentación ante Comité de Gestión y Desempeño del Plan de Trabajo y Lineamientos para actualización del Mapa de Riesgos (Insumo Auditoria Control Interno 2023)	29 de noviembre		
1.3	Elaboración de documento actualizado relacionado con la Gestión y Administración del Riesgo al interior de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E (incluye preparación de la Presentacion, Taller de Actualizacion y modulos de capacitacion, entre otros)	20 de noviembre al 1 de diciembre		
	2. ACTUALIZACION Y SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO PARA LA SUBRED NORTE ESE.			
2.1.	Realizacion jornadas de presentacion de la nueva version de metodologia de Gestión y Administración del Riesgo y actualizacion de los respectivos mapas de riesgos al interior de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E (Realización de talleres y Jornadas de Acompañamiento con las areas asistenciales y administrativas de la SUBRED.)		30 de noviembre al 7 de diciembre.	
2.2.	Revision y Consolidacion del mapa de riesgo actualizado en el Aplicativo ALMERA y publicación en la pagina WEB de la SUBRED NORTE ESE.		7 al 12 de diciembre	
	3.DIVULGACION, CONSOLIDACION Y SOCIALIZACION DE LA METODOOLOGIA Y MAPA DE RIESGOS DE LA SUBRED NORTE ESE.			
3.1.	Socialización y aprobación de la actualización del Manual de Gestión y Adminstración del Riesgo y los mapas de riesgos Institucionales por proceso de la SUBRED NORTE ESE (Incluye socialización en las unidades postuladas)		11 al 22 de diciembre	
3.2.	Formulacion del Modulo de Gestión y Administración del Riesgo , y disposición en la plataforma de aprendizaje MOODLE- QUIRON, para capacitacion virtual de los colaboradores de la SUBRED (incluye: jornadas de preparación de los Modulos, pruebas y ejecucion del curso)			27 de noviembre 2023 a 31 de julio 2024
3.3.	Evaluación e informe final de Jornada de capacitación virtual del Modulo de Administración del Riesgo en la palataforma virtual			15 al 31 de enero; 15 al 30 de abril; 15 al 31 de julio ;
	4.DIVULGACION, CONSOLIDACION Y SOCIALIZACION DE LA MITODOOLOGIA Y MAPA DE RIESGOS DE LA SUBRED NORTE ESE.			
4.1.	Requerimiento,Consolidacion y Analisis de la información relacionadas con los respectivos mapas de riesgo tanto del area asistencial como administrativa			15 al 31 de enero; 15 al 30 de abril; 15 al 31 de julio ;
4.2.	Celebración de Jornadas de Reinducción, Soporte y Socialización del Mapa de Riesgos de la SUBRED NORTE ESE			12 de enero a 31 de julio 2024

El Profesional Juan Carlos Hurtado realiza la presentación del Plan de Trabajo para la actualización, socialización y despliegue de los mapas de riesgos, a lo cual la Dra. Diana Caballero, manifiesta su preocupación en cuanto a que a dos meses de la visita no cree conveniente modificar los riesgos institucionales, esto debido a que a los funcionarios aun no conocen los antiguos y les cuesta, menos van a aprender si los actualizamos, la sugerencia es fortalecer lo que ya se tiene. En lo que se debe trabajar es en posicionar. Por otro lado, la Dra. Diana Caballero manifiesta que actualmente se encuentra enfocada en los tres ejes que debe fortalecer que son: humanización, seguridad del paciente y riesgos. Se puede realizar la modificación al manual, pero a las matrices no es conveniente en este momento.

La Dra. Mónica Fernández, Jefe de la Oficina de Control Interno manifiesta que se ha evidenciado que todos los procesos se han visto afectados, debido a que no se encuentran bien identificados los riesgos de cada uno de ellos, lo cual hace que los riesgos que se encuentran en la matriz no son efectivos. Por esa razón, desde la Oficina de Control Interno se realiza la sugerencia y se genera la alerta, para la elaboración de un plan de mejoramiento con la actualización.

Así las cosas, se concluye que por el momento no se realizaran actualizaciones a los mapas de riesgos institucionales y que se dará alcance de manera general a todas las áreas que cuenten con acciones relacionadas con el tema de riesgos y se realizaran las modificaciones y actualizaciones respectivas en el mes de febrero después de la visita de acreditación.

Laura Sandoval, Jefe de la oficina de Comunicaciones interviene manifestando que es importante comenzar a entregar información de manera general para acreditación con información puntual.

Temas a tratar por parte de la Oficina de Desarrollo Institucional: POA, Plan de Desarrollo, Indicadores, Direccionamiento Estratégico y Gestión del Riesgo son los temas que se deben tratar socializar y desplegar en a las unidades, lideres y mesas de acreditación.

8. Presentación y Aprobación Código de Buen Gobierno

El profesional de la Oficina Asesora de Desarrollo Instituciona - Juan Carlos Hurtado, Informa que, de acuerdo al compromiso adquirido en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del mes de octubre, se realizó la revisión a la actualización del Código de Buen Gobierno por parte del Jefe de la Oficina Jurídica, el Jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, la Subgerente Corporativa y la Subgerente de Prestación de Servicios, quienes sugirieron unos ajustes, especialmente en cuanto a las pautas de comportamiento frente a regalos y donaciones y las funciones que se otorgaron a la Junta Directiva en cuanto a la toma de decisiones. Quedando pendiente realizar unos ajustes solicitados por la Dra. Yanith Piragauta – Subgerente de Prestación de Servicios

Terminando la presentación del Código de Buen Gobierno con los ajustes y observaciones solicitado, se somete a votación nominal de los miembros del Comité de Gestión y Desempeño, su aprobación:

NOMBRE	CARGO	APROBADO
Daniel Blanco Santamaria	Delegado del Gerente	Si
Yanith Piragauta	Subgerente Prestación de Servicios de Salud	Si
Diana Carolina Camelo	Subgerente Corporativo	Si
Claudia Liliana Moreno	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Si
Francisco Tafur	Jefe Oficina Gestión del Conocimiento	Si
Diana Marcela Caballero	Jefe Oficina de Calidad	Si
Sonia Tovar Sánchez	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	Si
Liliana Lozano	Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (E)	Si
Miryam Rocío Carbonell	Director de Servicios Ambulatorios	Si
Dannys Teherán	Directora de Servicios Complementarios	Si

David Ernesto Vargas	Director de Contratación (E)	Si
Johanna Medina Orna	Directora de Gestión Talento Humano	Si
David Vargas Quintero	Director Administrativo	Si
Luz Miriam Roncancio	Directora Financiera	Si
Fernando Cárdenas Chalarca	Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)	Si
Jairo Hurtado	Jefe Oficina Asesora TICS	Si

Después de realizada la votación nominal para la aprobación de actualización del Código de Buen Gobierno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, se aprueba por unanimidad por los asistentes a la sesión del comité de gestión y desempeño. Aclarando nuevamente que, la Dra. Mónica Fernández, jefe de la Oficina de Control Interno, no se le toma votación ya que de acuerdo a la Resolución 0211 de 2023 del Comité de Gestión y Desempeño tiene voz, pero no voto

12. Proposiciones y Varios

La Dra. Diana Caballer, Jefe de la Oficina de Calidad, hace la presentación de la Propuesta de Preparación Visita Icontec, la cual fue presentada a la Gerencia en días pasados y que se quiere dar a conocer a los directivos.

PROPUESTA DE PREPARACIÓN - VISITA ICONTEC

- **Población Objeto:**

Internos:

- ✓ Unidades Priorizadas
- ✓ Junta Directiva
- ✓ Comité Directivo
- ✓ Equipos de Mejoramiento Institucional
- ✓ Lideres de Unidades priorizadas

Externos:

- ✓ Asociación de Usuarios

TIEMPOS
- Diciembre 2023 – Enero 2024

MODALIDAD
- Virtual
- Presencial

RESPONSABLES
- Oficina de Calidad
- Comunicaciones
- Subgerencias

PROPUESTA DE PREPARACIÓN - TEMAS PRIORIZADOS

- MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL - RUTA DE ATENCIÓN
- DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
- EJES DE ACREDITACIÓN CON ENFASIS EN SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN, RIESGOS Y HUMANIZACIÓN
- GOBIERNO CLÍNICO
- MODELO DE MEJORAMIENTO
- INDICADORES DE RESULTADO

Estrategia Focalizada en Grupos Priorizados

POBLACIÓN	ACTIVIDADES	META BENEFICIARIOS	NÚMERO DE TALLERES Y/O REUNIONES	DICIEMBRE				ENERO			
				SEMANA				SEMANA			
				1	2	3	4	1	2	3	4
EQUIPOS DE UNIDADES DE SERVICIOS	TALLERES PRESENCIALES (3) PARA CADA SEDE SUBA, ESPAÑOLA, BOYACA REAL Y 6 PARA TALLERES PARA CHAPINERO	500	15	ESPAÑOLA 4 DICIEMBRE 7 A 9 AM		ESPAÑOLA 18 DICIEMBRE 7 A 9 AM			ESPAÑOLA 9 ENERO 7 A 9 AM		
				BOYACA REAL 4 DICIEMBRE 10 AM A 12 PM		BOYACA REAL 18 DICIEMBRE 10 AM A 12 PM			BOYACA REAL 9 ENERO DE10 AM A 12 PM		
				CHAPINERO 4 DICIEMBRE DICIEMBRE 2 PM A 4 PM		CHAPINERO 18 DICIEMBRE 2 PM A 4 PM			CHAPINERO 9 DE ENERO DE 2 PM A 4 PM		
				CHAPINERO 5 DICIEMBRE 2 PM A 4 PM		CHAPINERO 19 DICIEMBRE 2 PM A 4 PM			CHAPINERO 10 ENERO DE 2 PM A 4 PM		
				SUBA 5 DICIEMBRE 7 AM A 9 AM		SUBA 19 DICIEMBRE 7 AM A 9 AM			SUBA 10 ENERO DE 7 AM A 9 AM		
	PACIENTE TRAZADOR		6						CUATRO SEDES	CUATRO SEDES	
	ENTRENAMIENTO ESPECIFICO CON LIDERES DE UNIDADES	3	2								

Estrategia Focalizada en Grupos Priorizados

POBLACIÓN	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	DICIEMBRE				ENERO			
			SEMANA				SEMANA			
			1	2	3	4	1	2	3	4
EQUIPOS DE MEJORA INSTITUCIONAL	SIMULACROS CON ENFASIS EN MANTENIMIENTO DE ESTANDARES	CADA 15 DIAS								
EQUIPO DE GOBIERNO CLINICO	SIMULACROS CON ENFASIS EN GESTION CLINICA E INDICADORES	CADA 15 DIAS								
CAPACITACION JUNTA DIRECTIVA	SIMULACROS DE ACUERDO A PLANEACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS	2								
CAPACITACIÓN COMITÉ DIRECTIVO	CAPACITACION	4								
	TALLERES DE SENSIBILIZACION									
	SIMULACROS									

Estrategia Focalizada en Grupos Priorizados

POBLACIÓN	ACTIVIDADES	FRECUENCIA	DICIEMBRE				ENERO			
			SEMANA				SEMANA			
			1	2	3	4	1	2	3	4
ENTRENAMIENTO PRESIDENTES Y SECRETARIOS DE COMITES	SIMULACRO LOGROS Y SOPORTES DE COMITES	1								
ENTRENAMIENTO LIDERES DE EJES – Y PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO	SE HARA TENIENDO COMO BASE LA CONSTRUCCIÓN DE EQUIPOS DE EJES, DEFINIENDO LAS PERSONAS QUE PARTICIPARAN EN LA EVALUACIÓN.	3								
CAPACITACIÓN SERVICIOS TERCERIZADOS	SIMULACROS Y ARTICULACIÓN CON LOS SUPERVISORES ASISTENCIALES	3								
	SIMULACROS Y ARTICULACIÓN CON LOS SUPERVISORES ADMINISTRATIVOS									
CAPACITACIÓN ASOCIACIÓN DE USUARIOS	TALLERES ACREDITACION Y EJES	2	CHAPINERO						CHAPINERO	
			ENGATIVA						ENGATIVA	
			SUBA						SUBA	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

BOGOTÁ

Comunicaciones Internas

Estrategia Comunicativa

Juntos marcamos la diferencia

Súmate tiempo con Calidad

Subred Norte al día

Herramientas

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

BOGOTÁ

Objetivos

Socializar los temas priorizados desde Calidad para posicionamiento del proceso de acreditación en la subred.

Establecer una línea comunicacional que permita desplegar la plataforma estratégica y la oferta institucional de la entidad.

Posicionar el lema de la campaña Juntos Marcamos la Diferencia y Súmate tiempo con Calidad.

Fortalecer los mensajes claves en las sedes priorizadas a través de acciones.

Herramientas

Súmate tiempo con Calidad

Contenidos

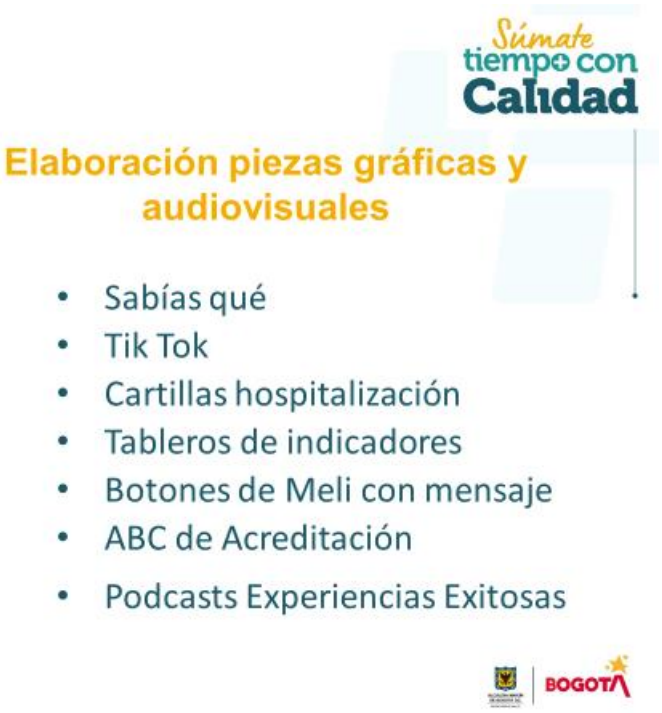
Enfocados en la estrategia Sombrilla **Juntos Marcamos la Diferencia** vamos a informar, posicionar y generar espacios de conversación en torno al quehacer de cada colaborador en los procesos de mejoramiento continuo.

Eventos institucionales con equipos de trabajo priorizados para despliegue de los resultados de la mejora continua.

Elaboración piezas gráficas y audiovisuales con temas priorizados para socialización de los mensajes claves.

Impresión de piezas y elementos comunicativos de impacto.

Espacios con **Asociaciones de Usuarios**.



El Dr. Blanco, recuerda a todos los directivos que es obligatoria la asistencia a las mesas de acreditación, ésta asistencia no pueden ser delegables. Por otro lado, tampoco se puede cambiar las personas que asisten a las mesas de acreditación, éstas siempre deben ser las mismas, para no perder la traza y continuidad del ejercicio.

Se solicita la lectura del código QR para la medición de la efectividad del Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Siendo las 4:05 pm y desarrollados todos los puntos del orden del día, se da por terminado el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del mes de noviembre 2023.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar plan de Trabajo e implementar estrategia para socialización y despliegue de Direccionamiento Estratégico, POA, Indicadores y Riesgos en unidades priorizadas y lideres	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Inmediato

DECISIONES / CONCLUSIONES

Se tomó la decisión que en cuanto a los planes de mejora establecidos con la Oficina de Control Interno de cada uno de los procesos, relacionados con la identificación de los riesgos se les dará alcance con el fin de no realizar ajustes ni modificaciones en éste momento, este alcance se realizara aproximadamente para el mes de febrero.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES - Este campo deberá diligenciarse cuando el acta se realiza en físico.

NOMBRE	FIRMA	CORREO ELECTRÓNICO
Se anexan listados de asistencia		

ID	Fecha de inicio	Hora de inicio	REUNIÓN (Tema):	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO:	DEPENDENCIA:	CORREO ELECTRÓNICO:	TIPO DE VINCULACIÓN:
112801	2023-11-29	02:01 PM	Comité de gestión y desempeño	Harvey neuta	Director de urgencias	Subservicios	dirurgencias@subrednorte.gov.co	PLANTA
112804	2023-11-29	02:00 PM	Comité de gestión y desempeño	Boris Alexander FLOMIN de León	Asesor	Gerencia	Asesisgerencia@subrednorte.gov.co	PLANTA
112800	2023-11-29	02:00 PM	Ordinaria	DANNYS Teherán	Dir complementarios	Spss	Dircomplementarios@subrednorte.gov.co	PLANTA
112802	2023-11-29	02:01 PM	Ordinaria	YANITH PIRAGAUTA	Subgerente	Gerencia	Subservicios@subrednorte.Gob.co	PLANTA
112803	2023-11-29	02:01 PM	Comité de Gestión y Desempeño	Daniel Blanco Santamaría	Gerente	Gerencia	gerencia@subrednorte.gov.co	PLANTA
112807	2023-11-29	02:01 PM	Comité de Gestión y Desempeño	Laura Carolina Sandoval	Jefe Oficina de Comunicaciones	Oficina Asesora de Comunicaciones	Comunicaciones@subrednorte.gov.co	PLANTA
112805	2023-11-29	02:00 PM	Comité de Gestion y Desempeño	Diana carolina camelo Sanchez	Subgerente corporativa	Gerencia	Subgerenciacorporativa@subrednorte.gov.co	PLANTA
112809	2023-11-29	02:00 PM	Comité Gestión y Desempeño	Juan Carlos Hurtado Sierra	Profesional Especializado	Oficina Desarrollo Institucional	Desarrolloinstitucional03@subrednorte.gov.co	PLANTA
112806	2023-10-31	04:07 PM	Comité de Gestión y Desempeño	Sonia Carolina Tovar Sánchez	Jefe de oficina	Control Interno Disciplinario	controldisciplinario@subrednorte.gov.co	PLANTA
112808	2023-11-29	02:01 PM	Comite de Gestión y Desempeño	LILIANA LOZANO MATEUS	Jefe Oficina (e)	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co	PLANTA
112811	2023-11-29	02:02 PM	Comité de gestión y desempeño	Harvey neuta	Delegado direccción de hospitalización	Subservicios	dirhospitalizacion@subrednorte.gov.co	PLANTA
112812	2023-11-29	02:02 PM	Comité de gestión y desempeno	Diana Marcela Caballero Arias	Jefe de oficina	Calidad	Calidad@subrednorte.gov.co	PLANTA
112814	2023-11-29	02:00 PM	Comité Ordinario Gestion y Desempeño	Claudia Moreno	Jefe	Oficina Asesora Desarrollo Institucional	desarrolloinstitucional@subrednorte.gov.co	PLANTA
112816	2023-11-29	02:01 PM	Comité de Gestion y Desempeño	Myriam Rocio Carbonell Palacio	Directora Servicios Ambulatorios	Subgerencia de Prestación de servicios	Dirambulatorios@subrednorte.gov.co	PLANTA
112818	2023-11-29	02:01 PM	COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO	JAIRO HERNANDO HURTADO VALENZUELA	DIRECTOR DE TIC	SISTEMAS	Jefeoficinasistemas@subrednorte.gov.co	PLANTA
112866	2023-11-29	02:44 PM	Comité de gestión y desempeño	Johanna Medina	Director	Talento humano	Dirtalentihumano@subrednorte.gov.co	PLANTA
112953	2023-09-22	09:53 AM	Comité de Gestion y Desempeño	Francisco Tafur	Jefe de Oficina	Oficina de Gestión del Conocimiento	gestionconocimiento@subrednorte.gov.co	PLANTA