

Bogotá D.C, Septiembre 12 de 2025

Doctor:

JORGE ANDRES LOPEZ QUINTERO

Gerente

Hospital Universitario de la Samaritana

E. S. D

Asunto: 2° Seguimiento Programa de Transparencia y Ética Publica II Cuatrimestre 2025

Cordial saludo,

Se adelantó el seguimiento y la verificación al cumplimiento de cada una de las actividades programadas, arrojando el siguiente resultado:

El Programa de Transparencia y Ética Pública, contiene sesenta y dos (62) actividades registradas, con un avance de cumplimiento de **54,83%**.

La publicación del 2° seguimiento Programa de Transparencia y Ética II Cuatrimestre Publica se realiza en el sitio WEB del Hospital con la siguiente ruta de acceso: Planeación, Gestión y Control / Planes, Programas y Proyectos / Programa de Transparencia y Ética Pública / Programa de Transparencia y Ética Publica 2025.

Nota: Anexo Quince (15) Folios

Cordialmente,



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

CC. Comité Directivo

Aprobó: Yetica Jhasvelli Hernández Ariza

Elaboro: Claudia Yamile Rubiano

Reviso: Claudia Yamile Rubiano



FORMATO DE EJECUCION PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PUBLICA

PÁGINA 1 DE 1

PROCESO

GESTION ESTRATEGICA

05GES13 - V1

Elaboró: Karol Adriana Sánchez Pérez

Revisó: Leonardo Duarte

Aprobó: Jorge Andrés López Quintero

Cargo: Profesional especializada en Gestión integral del Riesgo

Cargo: Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y garanta de la Calidad

Cargo: Gerente



COMPONENTE 1: ADMINISTRACION DE RIESGOS

Declaración: La administración de riesgos es una responsabilidad compartida que involucra a todos los niveles de la organización. Desde la alta dirección hasta cada uno de nuestros colaboradores, trabajamos de manera conjunta para crear una cultura organizacional orientada a la prevención, la transparencia y la respuesta oportuna ante situaciones que puedan generar impacto en el cumplimiento de nuestros objetivos institucionales.

Objetivo General: Identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos potenciales que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, garantizando la continuidad, eficiencia y efectividad de las operaciones.

Alcance: Abarcar todos los niveles y áreas de la entidad, involucrando a todas las partes interesadas en la identificación, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos que puedan impactar el logro de los objetivos organizacionales

ACCION ESTRATEGICA 1.1: GESTION DE RIESGOS PARA LA INTEGRIDAD PUBLICA

| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
|-------------|---|--|-------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------|--|-------------|
| 1.1.1 | Socializar la Política de Gestión del Riesgo a los trabajadores del HUS y sus sedes | Lista de asistencia y/o Actas de comité y datos de socialización masiva (comunicaciones) | Oficina Asesora de Planeación | 1/4/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Dichos documentos quedan en custodia en la carpeta física del PTEP y en carpeta digital, se evidencia registro fotográfico de publicación (socialización política riesgos 2025 1.2 y 3) Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede regional y sede funcional el soporte es el acta y listado de las socializaciones realizadas.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se adjunta por parte de la oficina de planeación 4 actas de socialización de la política de gestión del riesgo. En su conjunto se observa que se les socializó la política a 47 personas. También se allegan otras evidencias de socialización como carteleras.</p> | 66.66% |
| 1.1.2 | Seguimiento de autocontrol a la gestión de los Riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude en el módulo del aplicativo ALMERA por parte de los líderes de proceso pertinentes | Seguimiento de los procesos de autocontrol en el aplicativo ALMERA | Líderes de Procesos Institucionales | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Cuatrimestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Soporte: Reporte monitoreo de Riesgos SICOF 2025 validado para emitir el informe de riesgos SICOF. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para esta acción estratégica la realizan los diferentes líderes de procesos cargando sus actividades del plan de acción. <u>Se solicita a la segunda línea de defensa / oficina de planeación que consolide la información correspondiente a esta actividad de lo contrario no se podrá realizar el seguimiento por parte de control interno</u></p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO los líderes de los procesos pertinentes realizaron seguimiento continuo en el módulo del aplicativo Almera, asegurando la actualización y trazabilidad de los riesgos SICOF, con esta información se realizó el reporte monitoreo de riesgos SICOF 2025 validado para emitir el informe de riesgos SICOF</p> | 33.33% |

| 1.1.3 | Realizar monitoreo al seguimiento de autocontrol del mapa de riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude (Segunda línea de defensa) | Informe de monitoreo al Mapa de riesgos de SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude | Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Cuatrimestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Se evidencia informe monitoreo de Riesgos SICOF I cuatrimestre 2025. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para esta actividad se realiza el seguimiento por Almera. Se adjunta un informe del monitoreo de riesgos SICOF pero este informe no está dirigido a nadie, no se sabe si se socializo a la alta gerencia, por lo tanto no se tendrá en cuenta como soporte de cumplimiento.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la oficina de planeación se llevó a cabo la supervisión desde la segunda línea de defensa al seguimiento de autocontrol de los riesgos SICOF, consolidando los resultados en el informe correspondiente al segundo cuatrimestre del año.</p> | 33.33% |
|---|---|--|---|-----------------|----------------------|---------------|---|-------------|
| ACCION ESTRATEGICA 1.2: GESTION DE RIESGOS DE LA/FT/FP | | | | | | | | |
| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
| 1.2.1 | Cierre ciclo de los controles de riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude de la vigencia 2024 | Revisión de la efectividad y/o cierre de los controles de los riesgos de SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude de los procesos identificados y validar los de la vigencia 2025 | Oficina Asesora de Planeación, Líderes y/o gestores de los Procesos | 1/1/2025 | 31/1/2025 | Anual | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Se evidencia informe de monitoreo de Riesgos SICOF III cuatrimestre 2024 publicación riesgos SICOF 2025 y acta de comité en la página web institucional. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se culminó exitosamente el ciclo de controles de los riesgos SICOF vigentes en 2024, documentando las acciones implementadas, los resultados obtenidos y las decisiones del comité, se ven reflejadas en el informe de monitoreo de riesgos SICOF II cuatrimestre 2025 publicación riesgos SICOF 2025 y acta de comité en https://www.hus.org.co/plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/</p> | 66.66% |
| 1.2.2 | Formulación, validación y revisión de los mapas de riesgos de SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude de la vigencia 2025 | Mapa de riesgos formulado, validado y con sus respectiva revisión de los riesgos de SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude de los procesos identificados | Oficina Asesora de Planeación, Líderes y/o gestores de los Procesos | 1/1/2025 | 31/1/2025 | Anual | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Se evidencia publicación de riesgos SICOF 2025 y acta de comité en página web institucional. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional el soporte a esta acción estratégica se encuentra en la matriz de riesgos en Almera donde se encuentran los riesgos identificados por procesos.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se actualizó y validó el mapa de riesgos para la nueva vigencia, teniendo en cuenta los cambios normativos, operativos y estratégicos y se realizó la publicación de riesgos SICOF 2025 y el acta de comité en https://www.hus.org.co/plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/</p> | 66.66% |
| 1.2.3 | Seguimiento a la verificación de cumplimiento de la metodología para riesgos SARLAFT, en los procesos de contratación, en el marco y criterios de la normatividad | Informe del Oficial de cumplimiento frente a la gestión de reportes presentados en la Junta directiva (semestral) | Oficina Asesora de Planeación- Oficial de Cumplimiento SARLAFT | 01/01/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. <u>No se adjuntan soportes del cumplimiento de la actividad</u></p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Actualmente se encuentra en desarrollo el seguimiento al cumplimiento de la metodología SARLAFT, aplicando controles específicos en los procesos contractuales bajo criterios de legalidad, integridad y transparencia.</p> | 33.33% |
| 1.2.4 | Capacitar al comité directivo y junta directiva sobre la DDA Debida Diligencia Ampliada | Acta de junta directiva | Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 30/6/2025 | I Semestre | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. <u>No se adjunta acta de junta directiva que evidencie el cumplimiento de esta actividad</u></p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se encuentra programada la capacitación al comité directivo y a la junta directiva sobre los alcances de la DDA, como parte esencial del fortalecimiento del SARLAFT</p> | 33.33% |

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------|--|-------------------------------|----------|------------|------------|--|--------|
| 1.2.5 | Actualizar manual SARLAFT | Manual publicado en el aplicativo ALMERA | Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 30/6/2025 | I Semestre | Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. Se observa que la última actualización del manual de SARLAF fue de 30/11/2022 SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realizo la actualizacin del manual. Se observa que la última actualización del manual de SARLAF fue de 09/09/2025 | 33.33% |
| 1.2.6 | Implementar manual de SARLAFT | Informe SARLAFT | Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. <u>No se observa evidencia del cumplimiento de esta actividad</u> SEGUNDO SEGUIMIENTO se prevé su implementación institucional y la divulgación a las áreas responsables lo que reata de la vigencia. sin soporte. | 0.00% |

ACCION ESTRATEGICA 1.3: CANALES DE DENUNCIA

| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
|-------------|---|--|---|-----------------|----------------------|--------------|---|-------------|
| 1.3.1 | Publicar el mapa Riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude en formato (EXCEL) en página WEB del HUS | Mapa de Riesgos de SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude publicado en la página WEB. | Subdirección Sistemas y Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 31/1/2025 | Anual | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. Verificado. Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Se evidencia publicación de riesgos SICOF 2025 y acta de comité en página web institucional. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. SEGUNDO SEGUIMIENTO Se publicó el mapa de riesgos SICOF 2025 en formato Excel en el sitio web institucional, facilitando su consulta a toda la ciudadanía https://www.hus.org.co/plan-anticorruptcion-y-atencion-al-ciudadano/ | 66.66% |
| 1.3.2 | Socializar los riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude del HUS y sus sedes a través de los mecanismos que se consideren pertinentes (Publicaciones, correos electrónicos y otros espacios definidos para tal fin) | Informe de comunicaciones desde la socialización | Subdirección Sistemas y Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 31/012/2025 | Semestral | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente solicitud por parte del área para la publicación de información en el sitio web. Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Se evidencia Actas de sesiones de riesgos líderes 2025, socialización política riesgos 2025 1,2 y 3. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. SEGUNDO SEGUIMIENTO. La oficina de planeación remite como soporte el correo del 10 de febrero de 2025, dirigido a los líderes de los procesos, señalando lo siguiente: De manera atenta y como parte integral de la gestión de riesgos, me permito compartir el link de la página web donde se encuentran publicados el PTEP Programa de Transparencia y Ética Pública y el mapa de riesgos SICOF (Corrupción Opacidad y Fraude) de la vigencia 2025, lo anterior para que cuenten con la información y puedan desarrollar la socialización al interior de sus procesos, servicios o grupos primarios. | 66.66% |

| | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|----------|------------|-----------|--|--------|
| 1.3.3 | Gestionar las solicitudes que ingresan como posibles denuncias de actos de corrupción | Informe consolidado con el numero correspondiente a las denuncias recibidas. | Oficina de Control Interno Disciplinario, Oficina Asesora Juridica y Subdirección de desarrollo Humano | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió evidencia documental por parte de la Oficina Asesora Jurídica, custodiada en carpeta digital y física (PTEP). Verificación y entrega de soportes 24/04/2025.</p> <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Según lo informado, con corte al 30 de abril de 2025 no se han recibido solicitudes que presuman actos de corrupción.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO.</p> <p>El jefe de oficina asesora jurídica envía certificación con fecha 8 de septiembre de 2025, enunciando que no se han recibido denuncias de actos que conlleven riesgo jurídico en el segundo trimestre.</p> <p>Desde la subdirección de desarrollo humano se informa que al 31 de agosto de 2025, no se han recibido solicitudes que presuman actos de corrupción</p> | 66.66% |
|-------|---|--|--|----------|------------|-----------|--|--------|

ACCION ESTRATEGICA 1.4: DEBIDA DILIGENCIA

| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
|-------------|---|---|----------------------------|-----------------|----------------------|--------------|---|-------------|
| 1.4.1 | Realizar seguimiento a la gestión de los riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude (Tercera línea de defensa) Auditoría | Fortalecimiento de los pre saberes sobre los riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude mediante el diligenciamiento de encuesta de evaluación | Oficina de Control Interno | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Anual | Actividad ejecutada por la Oficina de Control Interno mediante la Auditoría de Seguimiento y Análisis a Riesgos y Controles de Corrupción, vigencia 2025. Como parte de la auditoría se aplicó la encuesta 'Autoevaluación de la implementación del SICOF en la Política de Transparencia', el 11/04/2025 | 100% |

COMPONENTE 2: REDES Y ARTICULACION

| | |
|--------------------------|---|
| Declaración: | Está dirigida a varios actores clave que participan en la gestión, organización y funcionamiento del establecimiento de salud. Estos actores deben tener en cuenta cómo se estructuran y articulan las diferentes redes de servicios, comunicaciones, equipos médicos y recursos para garantizar un funcionamiento eficiente de la institución. |
| Objetivo General: | Optimizar la coordinación, integración y eficiencia de los servicios, recursos y procesos dentro de la institución para asegurar una atención de salud oportuna, integral y de calidad para los pacientes. |
| Alcance: | Abarcar todos los procesos, servicios, recursos y actores involucrados en el funcionamiento del hospital, desde la atención al paciente hasta la gestión administrativa y operativa. |

ACCION ESTRATEGICA 2.1: REDES INTERNAS

| Subcomponente / procesos | Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
|--------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------|----------------------|--|-------------|
| 2.1.1 | Realizar seguimiento a las PQRSDF que ingresan a través de los diferentes canales de atención, elaborar el informe correspondiente y publicar en la página web | Informe Trimestral de PQRSDF | Dirección atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO</p> <p>Los informes de Gestión de PQRSDF del segundo trimestre de 2025 para el HUS Bogotá, el Hospital Regional de Zipaquirá y la Unidad Funcional de Zipaquirá ya están disponibles en nuestra página web. Puedes consultarlos en el siguiente enlace: https://www.hus.org.co/informes-pqrs/</p> | 66.66% |

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|-----------------------------------|----------|------------|-------------|--|---------|
| 2.1.2 | Continuar socializando al Usuario, Paciente, familia, los canales de comunicación del HUS para la interposición de PQRSD, Programación de Citas Médicas, Consulta Página Web del HUS (Link de Atención al Ciudadano), Suit, etc. (incluye las 3 sedes) | (1) Informe de la socialización por sede | Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO La socialización en el HUS se lleva a cabo diariamente, alcanzando a pacientes y familiares de forma individual durante las visitas en las salas de espera de los servicios. A través de charlas dinámicas apoyadas con un rotafolio, se abordan temas cruciales como: TIPS de emergencias y desastres: Preparando a los usuarios para situaciones inesperadas. Segregación de residuos y puntos ecológicos: Fomentando prácticas sostenibles dentro y fuera del hospital. Rol de la Oficina de la Dirección de Atención al Usuario: Informando sobre el apoyo y la orientación disponibles. Sistema Único de Información de Trámites (SUIT): Simplificando el acceso a la información y los procedimientos. // Mecanismos de interposición de PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias): Facilitando la comunicación y la resolución de inquietudes.</p> | 66.66% |
| 2.1.3 | Analizar las barreras de acceso identificadas en los diferentes canales de atención presentados por la ciudadanía con fuente principal PQRSD y generar las acciones de mejora a que haya lugar (Incluir un ítem en el informe gestión de PQRSD) | Informe trimestral del análisis de las barreras de acceso, identificadas en los diferentes canales de atención presentados por la ciudadanía a través de las PQRSD | Dirección atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Una vez revisadas se identifica que el 2do canal que presenta mayor barrera de acceso a los servicios, es el proceso de comunicación telefónica para la solicitud citas, frente a lo cual desde la Subdirección de Consulta Externa. Para la cual se realizaron las siguientes actividades en el II trim de 2025. * En pantallas de TV en salas de bienvenida. Se continúa pasando con frecuencia la información para la asignación de citas, diseñada con el área de comunicaciones. Evidencia: pantallas de TV, en sala de bienvenida. *Volantes. Se mantuvo la entrega del volante de "agenda tu cita desde casa", el cual se entrega en Consulta Externa en las tres sedes. Evidencia: modelos de volantes (se imprimen semanalmente en Bogotá por comunicaciones y se envían a cada sede). * WhastApp. Se continuó fortaleciendo el uso de este medio, ya que es 24/7. Es exclusivo para pacientes con historia clínica. Por este medio (bot) se inició en junio, la asignación de citas de medicina general y odontología para la UFZ. Se mantiene el mensaje diseñado (por WhastApp) para promoción de los medios de asignación con la información para las 3 sedes: el cual se envió a colaboradores de Aseguradoras, que solicitaron citas por líneas.</p> | 66.66% |
| 2.1.4 | Incluir en el plan institucional de Capacitación temáticas relacionadas con servicio al ciudadano. | Plan institucional de capacitación | Subdirección de Desarrollo humano | 1/1/2025 | 31/3/2025 | I Trimestre | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Según lo informado, en el cronograma del Plan Institucional de Capacitación vigencia 2025 se incluyeron temáticas relacionadas con el servicio al ciudadano, a saber: Política de Servicio al Ciudadano (MIPG), lenguaje claro, lenguaje de señas, sensibilización a pacientes con diferentes discapacidades, comunicación asertiva y atención al cliente con enfoque centrado en el usuario.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se identificó que en el cronograma del Plan Institucional de Capacitación de la vigencia 2025 se incluyeron los siguientes temas relacionados con el servicio al ciudadano dando cumplimiento total a la actividad, los temas son los siguientes: Política de Servicio al Ciudadano (MIPG), lenguaje claro, lenguaje de señas, sensibilización a pacientes con diferentes discapacidades, comunicación asertiva y atención al cliente con enfoque centrado en el usuario.</p> | 100.00% |

| 2.1.5 | Ejecutar plan institucional de Capacitación temáticas relacionadas con servicio al ciudadano. | Informe de ejecución del plan de capacitación | Subdirección de Desarrollo humano | 1/4/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El día 08/05/2025 se recibe soporte físico por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, informe de ejecución correspondiente al primer cuatrimestre de 2025 queda en custodia en la carpeta física PTEP. En el cual se reporta la realización de actividades de capacitación en las temáticas relacionadas con servicio al ciudadano descrito en el punto anterior.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Política de Servicio al Ciudadano MIPG: En ejecución, al 31 de agosto hay 201 funcionarios de planta que realizaron el curso, en cuanto a personal en misión se incluyó dentro de los perfiles a cargo, de forma que se asegura el conocimiento en el nuevo personal que ingresa al hospital. lenguaje claro: programado para el mes de octubre de 2025 lenguaje de señas: en ejecución, se realizó contratación (contrato número 1060 de 2025) con el fin de fortalecer competencias en este tema sensibilización a pacientes con diferentes discapacidades: programado para noviembre comunicación asertiva: se realizaron 3 capacitaciones, programada 1 adicional atención al cliente con enfoque centrado en el usuario: en ejecución | 66.66% |
|---|--|---|-----------------------------------|-----------------|----------------------|--------------|--|-------------|
| 2.1.6 | Continuar la identificación de necesidades y expectativas de los usuarios (paciente y familia) mediante la aplicación de Encuestas de Satisfacción y las reuniones periódicas de la Asociación de Usuarios, Veeduría en Salud, Comité de Ética, y demás formas de Participación. | Informe de gestión de necesidades identificadas en las formas de participación y veeduría ciudadana | Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) indica que no se enviaron soportes por que la periodicidad no aplica para este cuatrimestre por que se realiza es semestral</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO</p> <p>Durante el II trimestre 2025 se identificaron las necesidades y expectativas de la asociación de usuario del ESE Hospital Universitario de la Samaritana</p> <p>Actas de reunión de asociación de usuarios de Abril, Mayo, Junio y Julio 2025 se realizó intervención del Dr. Jorge Andrés López y la Jefe Nubia Guerrero Preciado y o de la ESE quien escucha las necesidades y expectativas de la Asociación de Usuarios del HUS Bogotá quienes solicitaron:</p> <p>Para mejorar los medios de asignación de citas médicas, el 9 de junio de 2025 se realizó una reunión con la Dirección de Atención al Usuario, la Subdirección de Consulta Externa y la central de citas.</p> <p>En esta reunión se acordó formular un plan de mejora para definir e implementar mecanismos que faciliten el acceso de los usuarios a la programación de citas a través de la central de citas. Este compromiso quedó registrado bajo el ID 3391.</p> | 66.66% |
| 2.1.7 | Realizar seguimiento a los tiempos de respuesta de las PQRS dentro de los términos de ley | Informe de PQRS | Dirección Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Timestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO</p> <p>El informe trimestral de gestión de las PQRSDF se incluyó un capítulo 19. RESPUESTAS EN TÉRMINOS DE LEY con respectivo análisis, al igual cada una de las sedes emite una certificación de emisión de respuestas en términos de ley y no materialización de riesgo.</p> | 66.66% |
| ACCION ESTRATEGICA 2.2: REDES EXTERNAS | | | | | | | | |
| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
| 2.2.1 | Continuar socializando al Usuario, Paciente, familia, los canales de comunicación del HUS para la interposición de PQRSF, Programación de Citas Médicas, Consulta Página Web del HUS (Link de Atención al Ciudadano), Suit, etc. por sede | Planillas de Socialización y dato del total de socializaciones.(Informe) | Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO</p> <p>Desde la Dirección de Atención al Usuario se realiza socialización diariamente a Pacientes o familiares de manera individual las visitas a los pacientes hospitalizados, en las salas de espera de los servicios a través de charlas utilizando un rotafolio con temas adicionales como TIPS de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, Sistema Único de Información de Tramites SUIT, mecanismos de interposición de PQRSDF, medios para programación de citas médica, consulta de página Web del HUS.</p> | 66.66% |

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|----------------------------------|----------|------------|------------|---|--------|
| 2.2.2 | Establecer las acciones correcciones, de mejora según necesidad, con base en la identificación de necesidades o expectativas del Usuario (Paciente / Familia)en las sedes. | Seguimiento a las acciones tomadas e implementada | Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la Dirección de Atención al Usuario se solicitaron planes de mejoramiento a las áreas correspondientes a través del correo electrónico. Correo enviado el 18 de febrero de 2025 a la Subdirectora de Enfermería y Subdirector de Medicina Interna SOLICITUD PLAN DE MEJORA PRODUCTO DE PQRS 202517216 - POSIBLE NOVEDAD DE SEGUIRIDAD, Como respuesta a este requerimiento se formuló el ID 3273 Correo enviado el 18 de febrero de 2025 Subdirectora de Urgencias SOLICITUD PLAN DE MEJORA PRODUCTO DE PQRS 202517176 Correo enviado el 28 de mayo de 2025 Subdirectora de Enfermería SOLICITUD PLAN DE MEJORA PRODUCTO DE PQRS 2025185324 Correo enviado el 5 de mayo de 2025 Subdirectora de Consulta Externa SOLICITUD PLAN DE MEJORA PRODUCTO DE PQRS 202518255 Por otra parte desde la Dirección de Atención al Usuario se solicitaron en especial a la Subdirección de Enfermería el suministro de los soportes de las acciones correcciones tomadas a otras PQRS donde como Subdirectora determinó que no se requieren planes de mejoramiento.</p> | 66.66% |
| 2.2.3 | Realizar seguimiento a la satisfacción de los usuarios a través de encuesta definida en el HUS, por sede | Seguimiento Indicador Satisfacción | Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Se evidencia encuesta de satisfacción en Almera donde el resultado es consistentemente positivo durante los 2 últimos años.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO El Hospital Universitario Samaritana (HUS) reportó una excelente satisfacción general de sus usuarios durante el segundo trimestre de 2025, según encuestas realizadas en sus sedes de Bogotá y Zipaquirá. Esta tendencia positiva, mantenida durante los últimos dos años, es resultado directo del compromiso del hospital con la mejora continua.</p> | 66.66% |

COMPONENTE 3: MODELO DE ESTADO ABIERTO

| | |
|--------------------------|---|
| Declaración: | Compromiso y la política institucional que promueve la transparencia, la participación ciudadana y la accesibilidad de la información pública en la gestión y administración del hospital. |
| Objetivo General: | Promover la transparencia, la participación ciudadana y la rendición de cuentas en la gestión hospitalaria, con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud, optimizar el uso de los recursos públicos y fortalecer la confianza de la comunidad en el sistema de salud pública. |
| Alcance: | Abarcar todos los procesos, servicios, recursos y actores involucrados en el funcionamiento del hospital, desde la atención al paciente hasta la gestión administrativa y operativa. |

ACCION ESTRATEGICA 3.1: ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA Y TRANSPARENCIA

| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
|-------------|--|--|--|-----------------|----------------------|--------------|---|-------------|
| 3.1.1 | Actualizar el directorio Información de Servidores Públicos, Empleados y Contratistas. | Directorio Institucional de Funcionarios y contratistas actualizado | Subdirección de Personal Oficina Asesora Jurídica | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El documento, entregado por la Subdirectora de Personal, fue impreso y archivado en la carpeta física de PTEP el 25/04/2024. Se verifica publicación del directorio en página web institucional.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de personal indican y soportan que se publicó el directorio del personal de planta en la página web del hospital actualizado con corte a junio del 2025</p> | 66.66% |
| 3.1.2 | Publicar semestralmente el Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico. El informe deberá contener como mínimo la siguiente información: a. Número de demandas. b. Pretensión o cuantía de la demanda. | Informe de procesos judiciales publicado en la página web: https://www.HUS.org.co/ | Oficina Asesora Jurídica | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió evidencia documental por parte de la Oficina Asesora Jurídica, custodiada en carpeta digital y física (PTEP). Fecha de verificación: 24/04/2025.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO La Subdirección de sistemas certifica que se publicó en la página web el informe de procesos judiciales, correspondiente al segundo semestre.</p> | 66.66% |
| 3.1.3 | Actualización del normograma institucional y referencias normas de orden Nacional | Normograma institucional actualizado | Oficina Asesora Jurídica | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió evidencia documental por parte de la Oficina Asesora Jurídica, custodiada en carpeta digital y física (PTEP). Fecha de verificación: 24/04/2025</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se adjunta pantallazo de la publicación del normograma correspondiente al primer y segundo trimestre.</p> | 33.33% |

| | | | | | | | | |
|-------|--|---|---|----------|------------|-------------------|--|--------|
| 3.1.4 | Realizar la publicación de la información mínima requerida por la Ley 1712 de 2014, artículo 9 dentro de los micro sitios asignado a cada dependencia y de acuerdo a la responsabilidad y periodicidad asignada dentro de la guía para publicación de contenido en el sitio web, dicha información será agrupada dentro del enlace de transparencia y acceso a la información pública. | (1) informe de lo publicado en el periodo con su respectivo link de enlace vs matriz de transparencia | Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas relacionan link del soporte: https://www.hus.org.co/transparencia-y-acceso-a-informacion-publica/ | 66.66% |
| 3.1.5 | Diseñar e implementar la política de Gobierno Digital del Hospital Universitario de la Samaritana | Política aprobada | Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/3/2025 | I Trimestre | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está en ejecución pendiente de diseño SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas indican que se encuentra en diseño para ser publicada y aprobada por la dirección. (no anexan soporte) | 0% |
| 3.1.6 | Implementar la Política de Gobierno Digital del Hospital Universitario de la Samaritana | Plan de acción de la Política | Subdirección de Sistemas | 1/4/2025 | 31/12/2025 | II a IV Trimestre | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está en ejecución solicitud por parte del área para la publicación de información en el sitio web SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas indican que se encuentra en diseño para ser publicada y aprobada por la dirección. (no anexan soporte) | 0% |
| 3.1.7 | Capacitar a los funcionarios en el Programa de Gestión Documental (auxiliares, secretarías) en la temática de clasificación y tipificación de la información y gestión de documento electrónico con su correspondiente apropiación a conocimientos | Listados de asistencias, socializaciones y medición de apropiación de conocimientos | Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está en ejecución. Se han realizado capacitaciones a las tareas de: fisioterapia, unidad renal, defensoría al usuario, laboratorio clínico e investigación. Se solicita allegar soporte de la adherencia de conocimientos impartidos en la capacitación. Informan que se realizó la capacitación a 5 áreas, teniendo en cuenta que el hospital maneja 21 procesos en la sede de Bogotá que se replican en las otras 2 unidades se asignara un porcentaje de avance de 23,80 % SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas anexan el siguiente link donde reposan las actas de capacitación https://drive.google.com/drive/folders/1FELVsfrTC22zSLIUjyWXIi2hcMmK4FL?usp=drive_link | 66.66% |
| 3.1.8 | Continuar con la Publicación en la página web del HUS sobre la ley 1712 del 2014 solicitud de acceso a la información pública. | Información publicada en página web | Subdirección de Sistemas, Dirección Administrativa, Dirección de Atención al Usuario, Dirección Científica, Dirección Financiera, Oficina Jurídica. | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | Se recibió soporte físico de la Dirección Científica el 07/05/2025, correspondiente a su aporte en la publicación de información en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014. Evidencia en custodia en carpeta física PTEP. Según observación registrada, el soporte consolidado será entregado por la Subdirección de Sistemas. El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación SEGUNDO SEGUIMIENTO La Dirección Científica informa que la publicación de información en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014. Evidencia en custodia en carpeta física PTEP. Según observación registrada, el soporte consolidado será entregado por la Subdirección de Sistemas. La Dirección Financiera , ha cumplido con la publicación de estados financieros y presupuesto Desde la subdirección de sistemas relacionan link del soporte: https://www.hus.org.co/transparencia-y-acceso-a-informacion-publica/ | 66.66% |
| 3.1.9 | Actualizar el registro de Activos de Información deberá ser publicado en la sección de Transparencia y Acceso a la Información y en el portal de datos abiertos www.datos.gov.co | Evidencia de la publicación en página web y en el portal de datos abiertos | Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Anual | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. NOTA: se observa que la información publicada corresponde al año 2024 y no se evidencia información del año 2025 SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia | 0% |

| | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|----------|------------|------------|---|--------|
| 3.1.10 | Implementar las estrategias de comunicación que faciliten el acceso a la información pública a la población en condición de discapacidad o divulgar la información pública en otro idioma | Identificar la información pública de acceso para los grupos de interés | Subdirección de Sistemas, Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 30/6/2025 | I Semestre | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente solicitud por parte del área de atención al usuario</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO 1. El HUS cuenta con una declaración de Deberes y Derechos alineada a la plataforma Institucional, a la Política y del Programa de Humanización, la segunda versión de actualización (22 Septiembre de 2014) estuvo enfocada al reconocimiento de nuevas poblaciones diferenciales y/o vulnerables que se han ido identificando con el cambio de las dinámicas sociales, tales como población LGBT, indígenas, afro, room, entre otros. Se cuenta también con La Declaración de Deberes y Derechos de los Usuarios traducido en: a) LENGUA TIKUNA b) LENGUA IKUNU ARHUACOS, IKU O BINTUKUAS (Sierra Nevada de Santa Marta) c) LENGUA SIKUJANI – Comunidad Cumaribo Vichada d) Inglés Desde la subdirección de sistemas informan que actualmente se encuentra en curso participación por parte de la dirección de atención al usuario pendiente que se realicen las</p> | 66.66% |
| 3.1.11 | Publicar en la página web el informe de gestión de PQRSDF (Petición, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones) por Sede | Informes Petición, quejas, reclamos, denuncias en página web de cada una de las sedes | Dirección de Atención al Usuario, Director(E) HRZ | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | <p>Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. Respuesta radicada del oficio en custodia en carpeta física. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Los informes de Gestión de PQRSDF del segundo trimestre 2025 HUS Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, se encuentra publicado en la página Web en el siguiente link: https://www.hus.org.co/informes-pqrs/</p> | 66.66% |
| 3.1.12 | Revisar los trámites de cara al usuario que estén inscritos y actualizados en el Sistema Único de Información de Trámites SUIT | Acta de trámites inscritos en el SUIT | Oficina Asesora de Planeación (Líderes parte asistencial a cargo de los trámites inscritos en el SUIT del HUS y sus sedes) | 1/1/2025 | 30/6/2025 | I Semestre | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia soporte de captura de información SUIT. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Actualmente se realiza el proceso de revisión, actualización y publicación de los trámites y servicios de cara al usuario, tanto en el sistema SUIT como en la página web institucional, de igual manera dentro de una de las reuniones de MIPG del I semestre 2025 se hizo el comentario de los 5 trámites inscritos y definieron dar continuidad a estos en el 2025</p> | 66.66% |
| 3.1.13 | Revisar que los trámites, servicios de cara al usuario que realice la entidad se encuentren publicados y actualizados: a. Sistema Único de Información de Trámites SUIT, c. página Web de la Entidad | Datos registrados en la página SUIT y en la página web de los trámites inscritos. | Oficina Asesora de Planeación Líderes parte asistencial a cargo de los trámites inscritos en el SUIT del HUS y sus sedes | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia soporte de captura de información SUIT. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Actualmente se realiza el proceso de revisión, actualización y publicación de los trámites y servicios de cara al usuario, tanto en el sistema SUIT como en la página web institucional.</p> | 66.66% |
| 3.1.14 | Formular y publicar la(s) estrategia(s) de racionalización de trámites de para la vigencia en el módulo de "Gestión de Racionalización" del Sistema Único de Información de Trámites - SUIT" | Acta de construcción de la formulación de la estrategia de racionalización y Estrategia de racionalización radicada en el SUIT y publicada en página web | Dirección Científica Subdirección de consulta Externa Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 29/02/2025 | Anual | <p>Se recibió soporte físico por parte de la Dirección Científica el 07/05/2025, correspondiente a su participación en la formulación de la estrategia de racionalización de trámites. Evidencia en custodia en carpeta física PTEP. Según observaciones, el soporte oficial será entregado por el Ing. Leonardo Duarte Díaz de la Oficina de Planeación Estratégica. El día 08/05/2025 el Ing. Leonardo Duarte entrega soporte físico donde menciona que no se considera pertinente incluir nuevos trámites en el SUIT, el soporte físico menciona las razones.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Con el fin de realizar seguimiento desde la Subdirección de Consulta Externa y oficina de Estadística se envía Registro Datos de Operación SUIT II trimestre 2025 a la oficina de Planeación.</p> | 66.66% |

| 3.1.15 | Mantener los canales de comunicación con la ciudadanía que permita la identificación y captura de la percepción de la experiencia generada en la prestación de los servicios de salud (relacionada con PQRSD / Aplicación de Encuestas de Satisfacción al Usuario o recepcionadas por otros canales de comunicación) | Informe de atención al usuario | Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | Se recibió soporte documental de la Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) el 06/05/2025, mediante enlace de Drive. Archivos descargados localmente para trazabilidad. No se imprimen por volumen. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada. SEGUNDO SEGUIMIENTO La Dirección de Atención al Usuario elabora un informe de gestión trimestral para analizar la percepción del servicio por parte de los pacientes. A través de 17 modelos de encuestas de satisfacción y experiencia (Urgencias, hospitalización, Consulta Externa, Cirugía Ambulatoria, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Neonatología, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad Renal, Sala de Partos e Imagenología, Sala de Egreso), evaluamos la calidad de la atención en todas las etapas del ciclo, desde la llegada hasta el egreso. | 66.66% |
|---|--|--|---|-----------------|----------------------|--------------|---|-------------|
| ACCION ESTRATEGICA 3.2: INTEGRIDAD PUBLICA Y CULTURA DE LA LEGALIDAD | | | | | | | | |
| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
| 3.2.1 | Publicar en los sitios web definidos, la información de Datos Abiertos e Inventario de Activos en cumplimiento de la Ley de Transparencia y el Derecho de Acceso a la Información Pública. | Informe del cumplimiento en la gestión de la publicación de información solicitada | Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Anual | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia | 33.33% |
| 3.2.2 | Publicar y/o actualizar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad del HUS | Información actualizada en la vigencia 2025 | Subdirección de Sistemas y Dirección de Atención al Usuario | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Anual | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia | 33.33% |
| 3.2.3 | Definir e Implementar estrategia (s) de comunicación que faciliten el acceso a la información pública dirigida a la población en condición de discapacidad o divulgar la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país. | Informe de estrategia definida y/o implementada | Dirección de Atención al Usuario, Líder de trabajo Social, Subdirección de Sistemas | 1/7/2025 | 31/12/2025 | Semestral | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente solicitud por parte del área de atención al usuario SEGUNDO SEGUIMIENTO La Dirección de Atención al Usuario informa que el HUS dispone de la Declaración de Deberes y Derechos en lenguas indígenas, inglés, braille y video en lengua de señas. Se aplican procedimientos de atención preferencial y acompañamiento diferencial. En el II trimestre de 2025 se identificaron 578 pacientes vulnerables (31 con discapacidad y 29 de grupos étnicos), y se avanzó en señalización en braille y material pedagógico. Actividad cumplida y en ejecución, con avance al día en el segundo seguimiento. | 66.66% |
| 3.2.4 | Publicar (1) informe de gestión de la entidad en la página web por semestre | Información actualizada en la vigencia 2027 | Oficina de Planeación y Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Trimestral | El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente. Informan que se tiene el link, pendiente envió de información para publicar, por parte de sistemas ya se tiene el link de publicación. Relacionan link en el soporte custodiado en la carpeta física PTEP. Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. La oficina de planeación debe enviar el informe para la publicación por parte del área de sistemas SEGUNDO SEGUIMIENTO Se cuenta con el informe a 1 semestre, pero no puede ser publicado entre tanto no se socialice a la Junta Directiva se tiene previsto para este mes de septiembre 2025. sin soporte Desde la subdirección de sistemas relacionan el siguiente link: https://www.hus.org.co/informes-de-gestion/ | 0% |

| | | | | | | | | |
|--------|---|---|--|----------|------------|------------|---|--------|
| 3.2.5 | Mantener actualizada la información en la página web de la sección de Planeación, Presupuesto e Informes, en los temas de presupuesto, estados financieros y Ejecución Presupuestal | Número de publicaciones realizada en la página web de la entidad | Dirección Financiera y Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió soporte físico por parte de la Dirección Financiera y la Subdirección de TIC el 06/05/2025, correspondiente a la actualización de la información publicada en la página web (sección Planeación, Presupuesto e Informes). Evidencia en custodia en carpeta física. El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas relacionan el siguiente link: https://www.hus.org.co/estados-financieros/</p> | 66.66% |
| 3.2.6 | Publicar y/o actualizar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad de la entidad | Información publicada de página web | Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia</p> | 33.33% |
| 3.2.7 | Actualizar el Código de Integridad | Resolución | Subdirección de Desarrollo Humano | 1/1/2025 | 31/12/2025 | I Semestre | <p>El día 08/05/2025 se recibe soporte físico por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, copia de la resolución queda en custodia en la carpeta física PTEP. Se informa que se realizó la actualización del Código de Integridad mediante la Resolución No. 101 de 2025, por medio de la cual se adopta el Código de Integridad para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza actualización del Código de Integridad, según Resolución No. 101 del 5 de marzo de 2025, por medio de la cual se adopta el Código de Integridad para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, dando cumplimiento a la actividad en su totalidad.</p> | 100% |
| 3.2.8 | Realizar difusiones a través de diferentes canales sobre el código de integridad y conflicto de intereses en HUS y sus sedes | Informe de despliegue (Codigo de integridad y conflicto de intereses) | Subdirección de Desarrollo Humano | 1/3/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El día 08/05/2025 se recibe soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, informe de despliegue relacionado con el Código de Integridad queda en custodia en la carpeta física PTEP.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO la subdirección de desarrollo humano informa que se anexa informe de código de integridad II trimestre Se realizó difusión del Código de Integridad y Conflicto de Intereses en pantallas, carteleras, intranet y capacitaciones, así como en la ruta de acreditación (agosto 2025). Se anexa informe y soportes.</p> | 33% |
| 3.2.9 | Consultar con el DAFP las actividades de integridad para la vigencia convocadas. | Consulta realizada | Subdirección de Desarrollo Humano | 1/1/2025 | 31/12/2025 | I semestre | <p>El día 08/05/2025 se recibe soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, la copia de la respuesta queda en custodia en la carpeta física PTEP. Se informa que se realizó la consulta respectiva al Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) sobre las actividades de integridad convocadas para la vigencia 2025. En la respuesta se describen las fechas de realización de las diferentes capacitaciones programadas por dicha entidad.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO se realizó consulta y la respuesta respectiva describe las fechas de realización de las diferentes capacitaciones programadas por parte de esta entidad, dando cumplimiento a la actividad en su totalidad</p> | 100% |
| 3.2.10 | Establecer y desplegar la información en piezas gráficas relacionadas con el conflicto de intereses y transparencia en el HUS y todas las sedes | evidencia de la publicación de las piezas | Subdirección de Desarrollo humano y Subdirección de sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Se informa que, conforme a la programación y en articulación con las actividades relacionadas con el Código de Integridad, se realizó el despliegue de información sobre conflicto de intereses y transparencia mediante piezas gráficas en el Hospital Universitario de La Samaritana y sus sedes. Adicionalmente, se incluyó este contenido en las inducciones permanentes dirigidas al personal nuevo.</p> <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente solicitud por parte del área para el diseño de pieza de comunicación.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO De acuerdo con programación y las diferentes actividades realizadas en conjunto con el tema de código de integridad, se desplegó el tema de conflicto de interés, por medio de los diferentes medios de comunicación del hospital, se realizó la ruta de la acreditación, en donde se socializó el código de integridad desde el estándar de talento humano y direccionamiento y gerencia, en total 1300 participantes Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia</p> | 66.66% |

| | | | | | | | | |
|--------|--|---|------------------------------------|----------|------------|-----------|--|------|
| 3.2.11 | Gestionar las capacitaciones en las siguientes temáticas: Transparencia, código de integridad, Servicio al Ciudadano y conflicto de intereses, para fortalecer los valores en los servidores públicos. | Cronograma establecido e informe de capacitaciones realizadas y apropiación de conocimiento | Subdirección de Desarrollo Humano, | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El día 08/05/2025 se recibe soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, cronograma e informe de avance correspondiente al componente de código de integridad quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Se informa que, conforme a lo dispuesto en la Resolución No. 121 de 2025 y al cronograma del Código de Integridad, se encuentra establecida la planeación de las actividades de capacitación para la vigencia 2025 en las temáticas de transparencia, código de integridad, servicio al ciudadano y conflicto de intereses.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO De acuerdo con lo establecido en la Resolución No. 121 de 2025 y el cronograma del Código de Integridad, se tiene establecida la planeación de las diferentes actividades para la vigencia 2025, se anexa informe de código de integridad correspondiente al II trimestre de 2025.</p> | 100% |
|--------|--|---|------------------------------------|----------|------------|-----------|--|------|

ACCION ESTRATEGICA 3.3: DIALOGO Y CORRESPONSABILIDAD

| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
|-------------|---|--|---|-----------------|----------------------|--------------|---|-------------|
| 3.3.1 | Publicar la información de la gestión del HUS en la página web, para conocimiento y consulta de la ciudadanía en general | Informe de Rendición de cuentas | Subdirección de Sistemas - Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad | 2/1/2025 | 31/12/2025 | Anual | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia publicación de informe de rendición de cuentas 2024 en la página web institucional. Relacionan link en el soporte. Verificado.</p> <p>Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza la publicación del informe de rendición de cuentas 2024 https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/ Desde la subdirección de sistemas relacionan el siguiente link: https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/</p> | 100% |
| 3.3.2 | Elaborar y publicar el aviso de programación de la Audiencia pública de Rendición de cuentas en página web. | Publicación en página web de la programación de rendición de cuentas 2025 | Oficina Asesora de Planeación Subdirección de sistemas | 1/2/2025 | 31/3/2025 | I Trimestre | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia publicación de informe de rendición de cuentas 2024 en la página web institucional. Relacionan link en el soporte. Verificado.</p> <p>Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza la publicación del informe de rendición de cuentas 2024 https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/ Desde la subdirección de sistemas relacionan el siguiente link: https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/</p> | 100% |
| 3.3.3. | Establecer estrategias para la captura de información para el desarrollo de la rendición de cuentas | Informe de PQRSDF | Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia publicación de informe de rendición de cuentas 2024 en la página web institucional. Relacionan link en el soporte. Verificado.</p> <p>Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza la publicación del informe de rendición de cuentas 2024 https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/</p> | 33.33% |
| 3.3.4 | Diseñar y divulgar campaña informativa para promover la convocatoria y desarrollo de la Rendición de Cuentas en los medios de comunicación del HUS (página web, intranet, informativo interno semanal, fondos de pantalla, grupos de whatsapp institucionales, carteleras y redes sociales) | Campaña de comunicación y su despliegue: notas, piezas gráficas, publicaciones en las redes sociales, página web e intranet. | Subdirección de Sistemas | 1/2/2025 | 31/3/2025 | I Trimestre | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Relacionan el link de publicación. NOTA: no se aporta evidencia de la participación de la ciudadanía en la rendición de cuentas (cantidad de asistentes, cantidad de interacciones, cantidad de visitas al video de rendición de cuentas, etc.)</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas relacionan los siguientes link como soporte: https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/ https://drive.google.com/drive/folders/1RLQJrkxnlY6H711cfEjvViftCWxZX4JL?usp=drive_link</p> | 33% |

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|----------|------------|-------------|--|--------|
| 3.3.5 | Implementar en el sitio web de la entidad encuesta temática dirigida a la ciudadanía y Grupos de Valor, que consulte sobre la percepción que se tiene sobre la información producida como Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas así como de los canales de publicación y difusión existentes, clasificando la información a partir de los siguientes criterios: Resultados de la gestión, Avance en la garantía de derechos, Transparencia y acceso a la información | Encuesta de percepción y Link en la página web para su diligenciamiento | Oficina Asesora de Planeación, Subdirección de Sistemas | 1/2/2025 | 31/3/2025 | I Trimestre | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente solicitud por parte del área para publicación del link de la encuesta.</p> <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia publicación de informe de rendición de cuentas 2024 en la página web institucional. Relacionan link en el soporte.</p> <p>Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. NOTA: no se evidencia resultados de la encuesta y no se adjunta soporte de cumplimiento de esta actividad</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza la publicación del informe de rendición de cuentas 2024 https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/ NOTA: no se evidencia resultados de la encuesta y no se adjunta soporte de cumplimiento de esta actividad Desde la subdirección de sistemas relacionan el siguiente link como soporte: https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/</p> | 0% |
| 3.3.6 | Realizar encuesta de satisfacción y/o recomendaciones manifestadas en la Audiencia pública de Rendición de cuentas | Informe de satisfacción de la Audiencia pública de rendición de cuentas | Oficina Asesora de Planeación | 1/4/2025 | 31/5/2025 | Anual | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia publicación de informe de rendición de cuentas 2024 en la página web institucional. Relacionan link en el soporte. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. NOTA: no se evidencia resultados de la encuesta y no se adjunta soporte de cumplimiento de esta actividad</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza la publicación del informe de rendición de cuentas 2024 https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/ NOTA: no se evidencia resultados de la encuesta y no se adjunta soporte de cumplimiento de esta actividad</p> | 0% |
| 3.3.7 | Elaborar y publicar informe de evaluación y seguimiento a la Rendición de Cuentas de la entidad | Publicación del Informe de Rendición de Cuentas | Oficina Asesora de Planeación | 1/6/2025 | 31/7/2025 | Anual | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Se evidencia publicación de informe de rendición de cuentas 2024 en la página web institucional. Relacionan link en el soporte. Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. NOTA: no se adjunta soporte del cumplimiento de esta actividad, lo que están entregando es el informe que se le dio a la ciudadanía</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realiza la publicación del informe de rendición de cuentas 2024 https://www.hus.org.co/rendicion-de-cuentas/ NOTA: no se adjunta soporte del cumplimiento de esta actividad, lo que están entregando es el informe que se le dio a la ciudadanía</p> | 0% |
| 3.3.8 | Formular e implementar Plan de mejoramiento de acuerdo a lo manifestado en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas | Plan de mejoramiento registrado en ALMERA (si aplica) | Oficina Asesora de Planeación | 1/8/2025 | 30/8/2025 | Anual | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Quedan en custodia en carpeta física del PTEP y en carpeta digital. Informan que frente a esta actividad no hubo ninguna oportunidad de mejora, por lo tanto no se va a establecer plan de mejoramiento 2025.</p> <p>Por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá. NOTA: como no se conocen los resultados de la encuesta aplicada a los ciudadanos en donde manifestaron las posibles mejoras sobre la actividad de rendición de cuentas, no se puede hacer seguimiento a posibles planes de mejora. En conclusión no hay evidencia de esta actividad</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO No se estableció un plan de mejora debido a que no se identificaron oportunidades de mejora en la audiencia pública 2024.</p> | 0% |
| 3.3.9 | Socializar los informes de gestión a la junta directiva de manera periódica por cada una de las sedes | Acta de junta directiva e informes | Oficina Asesora de Planeación | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se reciben el día 08/05/2025 los soportes físicos y digitales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, confirman que para la sede Regional y sede funcional esta actividad se realiza desde HUS Bogotá.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO La socialización se realiza de manera periódica en cada sede, incluyendo entregas físicas y magnéticas, así como envío digital vía Drive.</p> | 66.66% |

| Declaración: | Incorporar esfuerzos o proyectos adicionales que complementan las acciones principales de la institución, con el fin de mejorar los servicios de salud, aumentar la eficiencia en la gestión y abordar las necesidades específicas de la comunidad. | | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------|----------------------|--------------|---|-------------|
| Objetivo General: | Optimizar la gestión de los recursos y promover el bienestar tanto de los pacientes como del personal. | | | | | | | |
| Alcance: | Abarcar todos los procesos, servicios, recursos y actores involucrados en el funcionamiento del hospital, desde la atención al paciente hasta la gestión administrativa y operativa. | | | | | | | |
| ACCION ESTRATEGICA 4.1: PARTICIPACIÓN E INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN PÚBLICA | | | | | | | | |
| Actividades | Descripción de la actividad | Meta producto | Responsable | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Periodicidad | SEGUIMIENTO | % DE AVANCE |
| 4.1.1 | Socializar la Política de Participación Ciudadana en la gestión Pública | Informe de socialización de la de Participación Ciudadana en la gestión Pública | Dirección de Atención al Usuario, Director (E) del HRZ | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Anual | <p>Dirección de Atención al Usuario (Nubia Guerrero) indica que no se enviaron soportes por que la periodicidad no aplica para este cuatrimestre por que se realiza es semestral</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Durante el I semestre 2025 realizó una socialización a los siguientes grupos a un total de 226 colaboradores II CUATRIMESTRE Nutrición 8 Consulta Externa equipo Primario 7 Fisioterapia 31 Facturación Consulta Externa 9 Facturación Turno mañana 21 vigilancia 13 Trabajo Social 11 Servicio Asistencial 108 Personal Administrativo 18 TOTAL: 226</p> | 66.66% |
| 4.1.2 | Promover la participación ciudadana dando a conocer el micro sitio de consulta ciudadana a través de piezas comunicativas u otros mecanismos en las sedes del HUS | Informes de socialización de las piezas comunicativas elaboradas (1 cada semestre) | Dirección Atención al Usuario Director (E) del HRZ Subdirección de Sistemas | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Sistemas, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Informan que está pendiente diseño de piezas comunicativas.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO En la Página Web del Hospital Universitario de la Samaritana, contamos con un micrositio de Atención al Usuario. Este espacio incluye un enlace para que pacientes y usuarios puedan acceder a los mecanismos de participación ciudadana, un portafolio de servicios y el Manual Único de Información y Orientación al Usuario. Así, los afiliados pueden consultar y divulgar la información a todos los usuarios. https://www.hus.org.co/participacion-ciudadana/</p> | 66.66% |
| 4.1.3 | Articular la gestión del conocimiento con la subdirección de educación médica y desarrollo humano | Acta de reunión | Subdirección de educación médica y Subdirección de Desarrollo Humano | 1/1/2025 | 31/3/2025 | I Trimestre | <p>Se recibió soporte físico el 07/05/2025 por parte de la Dirección Científica, consistente en acta de reunión (3 folios) entre la Subdirección de Educación Médica y la Subdirección de Desarrollo Humano, donde se evidencia la articulación de la gestión del conocimiento. Documentación en custodia en carpeta física PTEP. Actividad ejecutada y verificada. El día 08/05/2025 se reciben soportes físicos por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano, los cuales quedan en custodia en la carpeta física PTEP. Se informa que se realizó reunión con la Subdirección de Educación Médica con el fin de articular la gestión del conocimiento, en la cual se definieron las acciones a desarrollar durante la vigencia 2025. Como resultado, se formalizó y documentó lo acordado mediante acta de reunión, la cual se anexa en la carpeta física PTEP.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO or parte de la Subdirección de Desarrollo Humano indican se encuentra en ejecución para este segundo cuatrimestre los compromisos adquiridos en acta 01 -2025entre la subdirección médica y la subdirección de desarrollo humano, la cual termina en el mes de diciembre de 2025. Solicitud de referenciación con hospital del sector público para identificar buenas practicas asociadas al proceso de gestión del conocimiento. Se anexa copia correo de solicitud.</p> | 66.66% |

| | | | | | | | | |
|-------|---|------------------|---|----------|------------|-----------|--|--------|
| 4.1.4 | Fortalecer el conocimiento de la atención en Salud (e IPS) del ACV (Accidente Cerebro Vascular) en Cundinamarca por medio de capacitaciones y talleres. | Actas de reunión | Subdirección de educación médica, Dirección científica (Lider Programa ACV) | 1/1/2025 | 31/12/2025 | Semestral | <p>Se recibió soporte físico por parte de la Dirección Científica el 07/05/2025, correspondiente a la ejecución de capacitaciones sobre atención en salud del ACV a 121 colaboradores en tres hospitales del departamento de Cundinamarca (Sesquilé, Chía y Guatavita). La evidencia incluye actas de socialización y registro fotográfico, con un total de 14 folios. Documentación en custodia en carpeta física PTEP. Actividad ejecutada y verificada.</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO La información enviada por la dirección científica con oficio del 5 de septiembre de 2025 es la siguiente (no se anexaron los soportes):</p> <p>En el primer semestre: Se realizó capacitación en ACV a un total de 172 colaboradores de en 4 hospitales del departamento de Cundinamarca, así;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> San Antonio Sesquile; 41 <input type="checkbox"/> San Antonio De Chía, febrero; 22 <input type="checkbox"/> San Antonio De Chía, marzo; 31 <p>—Certificación Hospital San Antonio Guatavita marzo; 27</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hospital Divino Salvador de Sopo | 66.66% |
| | | | | | | | 54.83% | |

Yetica Hernandez Ariza
Jefe de Oficina asesora de Control Interno

