

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

EL SUSCRITO GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CERTIFICA:

Que, en cumplimiento de las funciones de seguimiento y verificación de la Oficina Asesora de Control Interno , y bajo los lineamientos de la Ley 1712 de 2014 y la Ley 2195 de 2022 , se obtuvieron los siguientes resultados tras el tercer seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del III Cuatrimestre de la vigencia 2025:

- **Actividades Programadas:** El programa estuvo conformado por un total de **sesenta y dos (62) actividades**.
- **Calificación de Cumplimiento:** Se alcanzó un avance de cumplimiento global del **97,04%**.
- **Publicidad:** Los resultados detallados se encuentran publicados para consulta pública en el sitio web institucional, siguiendo la ruta de Transparencia y Acceso a la Información.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los **nueve (09) días del mes de enero de 2026**.



JORGE ANDRÉS LÓPEZ QUINTERO
Gerente
Hospital Universitario de La Samaritana

C. C. Comité Directivo

Elaboró: Jhon Andrés Meneses Orozco – Profesional I, Apoyo Oficina Asesora de Control Interno
Revisó: Oficina Asesora de Control Interno
Aprobó: Gerencia

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMBIRANA Empresa Social del Estado</p>	FORMATO DE EJECUCION PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PUBLICA		PÁGINA 1 DE 1	 <p>SAM Humanizando la salud Transformando vidas</p>									
	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 carteles.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Para el HUS y sus sedes se confirma la socialización de la política para el tercer cuatrimestre mediante actas de socialización, carteles y medios de comunicación masiva institucionales, así como en la ruta de acreditación</p>	100%					
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. 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</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> <p>TERCER SEGUIMIENTO el tercer cuatrimestre por manual de riesgos se hace hasta el final de enero Se incluye el excel de autocontrol consolidado con la información de los líderes de proceso pertinentes</p>	100%					

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 dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO se evidencia actas de soporte en físico y con recibido en oficina de control interno. Se incluye el informe de segunda linea correspondiente a tercer cuatrimestre 2025</p>	100%
-------	---	--	-------------------------------	----------	------------	---------------	--	------

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-anticorruption-y-atencion-al-ciudadano/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Al cierre de la vigencia no se materializaron los riesgos SICOF soporte: informe del 3 cuatrimestre y riesgos SICOF 2025 publicados en paginaweb</p>	100%
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-anticorruption-y-atencion-al-ciudadano/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO: Mapa de riesgos validado y actualizado https://www.hus.org.co/plan-anticorruption-y-atencion-al-ciudadano/</p>	100%
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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencia en drive Informes de Gestión de Riesgos y SARLAFT correspondientes a 1 y 2 semestre 2025</p>	100%
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. No se adjunta acta de junta directiva que evidencie el cumplimiento de esta actividad</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> <p>TERCER SEGUIMIENTO En el informe de la junta directiva esta la capacitación de la Debida Diligencia Ampliada. soporte registrado en drive.</p>	100%

12.5	Actualizar manual SARLAFT	Manual publicado en el aplicativo ALMERA	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. Se observa que la última actualización del manual de SARLAFT fue de 30/11/2022</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se realizó la actualización del manual. Se observa que la última actualización del manual de SARLAFT fue de 09/09/2025</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO: manual actualizado en Almera 09/09/2025</p>	100%
12.6	Implementar manual de SARLAFT	Informe SARLAFT	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. No se observa evidencia del cumplimiento de esta actividad</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO se prevé su implementación institucional y la divulgación a las áreas responsables lo que reata de la vigencia, sin soporte.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencia en el drive el Informe de Gestión de Riesgos y SARLAFT 2 semestre 2025</p>	100%
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	<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. 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.</p> <p>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-anticorruption-y-atencion-al-ciudadano/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Manual publicado en pagina Web https://www.hus.org.co/plan-anticorruption-y-atencion-al-ciudadano/</p>	100%
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	31/01/2025	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 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.</p> <p>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.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se confirma socialización (Publicaciones, correos electrónicos y en reuniones con los líderes de procesos</p>	100%
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 Jurídica 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. 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO La Oficina Asesora Jurídica y la Subdirección de Desarrollo Humano certifican que, con corte al 31/12/2025, no se han recibido solicitudes que presuman actos de corrupción. Soportes custodiados en carpeta física y digital PTEP.</p>	100%

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 linea 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>El link evidencia la publicación completa del Registro Público de PQRSDF 2025 (mensual y por sedes), lo cual cumple y supera el requisito del informe trimestral.</p>	100%
2.1.2	Continuar socializando al Usuario, Paciente, familia, los canales de comunicación del HUS para la interposición de PORSD, 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</p> <p>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.</p> <p>Rol de la Oficina de la Dirección de Atención al Usuario: Informando sobre el apoyo y la orientación disponibles.</p> <p>Sistema Único de Información de Trámites (SUIT): Simplificando el acceso a la información y los procedimientos. // Mecanismos de interposición de PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias): Facilitando la comunicación y la resolución de inquietudes.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>Se evidencia socialización permanente de los canales de atención y PQRSDF en las tres sedes, con soportes documentales y registros de participación. Actividad ejecutada y</p>	100%

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</p> <p>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.</p> <p>Para la cual se realizaron las siguientes actividades en el II trim de 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> * En pantallas de TV en salas de bienvenida. Se continua 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. * WhatsApp. 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 WhatsApp) para promoción de los medios de asignación con la información para las 3 sedes; el cual se envía a colaboradores de Aseguradoras, que solicitaron citas por líneas no diseñadas para tal fin. Evidencia: <i>Solicitud de cita por el bot y mensaje de promoción de</i> 	100%
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</p> <p>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%
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 <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>La Subdirección de Desarrollo Humano informa que, con corte al 31/12/2025, se ejecutaron las temáticas del Plan Institucional de Capacitación relacionadas con el servicio al ciudadano, alcanzando el 100% de cumplimiento. Soportes documentales custodiados en carpeta física y digital PTEP.</p>	100%
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> <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>Se identifican necesidades y expectativas de los usuarios mediante actas de Asociación de Usuarios del III cuatrimestre de 2025 y resultados de encuestas de satisfacción. Se evidencian acciones de mejora en curso y formulación de planes de mejora asociados.</p> <p>Actividad ejecutada y verificada.</p>	100%

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	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 El informe trimestral de gestión de las PQRSDF se incluyó en el 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se mantiene el seguimiento trimestral a los tiempos de respuesta de las PQRSDF, con evidencia en informes y certificaciones por sede. Actividad cumplida.</p>	100%
-------	---	-----------------	-------------------------------	----------	------------	------------	--	------

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 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se mantiene socialización diaria por sede. Se aporta consolidado de planillas con totales de socializaciones. Actividad cumplida.</p>	100%
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 SEGUIRDAD, 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 requerían Planes de Mejora.</p>	100%
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 Almerá 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se mantiene la medición trimestral del indicador de satisfacción por sede, con resultados favorables y evidencia en Almerá. Actividad cumplida.</p>	100%

COMPONENTE 3: MODELO DE ESTADO ABIERTO

Declaracion:	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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencia en la web institucional el directorio de planta y contratistas información actualizada y vigente con corte a 31 de diciembre 2025. Actividad cumplida al 100%</p>	100%
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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se recibió confirmación y soportes de la publicación del informe de procesos judiciales en la página web institucional. Verificada la publicación de los informes de la vigencia 2025, se concluye el cumplimiento de la actividad.</p>	100%
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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se recibió confirmación y soportes de la actualización del normograma institucional, así como evidencia de su publicación en la página web institucional. Verificada la información, se concluye el cumplimiento de la actividad.</p>	100%
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	<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 relacionan link del soporte: https://www.hus.org.co/transparencia-y-acceso-a-informacion-publica/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica y mantiene la publicación completa de la información mínima en el micrositio de Transparencia. Actividad cumplida.</p>	100%
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	<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 en ejecución pendiente de diseño</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas indican que se encuentra en diseño para ser publicada y aprobada por la dirección. (no anexan soporte)</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO La Subdirección de Sistemas remite documento de la política de Gobierno Digital en fase de diseño mediante enlace Drive. Se encuentra pendiente de validación y aprobación institucional. Actividad en ejecución.</p>	50%
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	<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 en ejecución solicitud por parte del área para la publicación de información en el sitio web</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas indican que se encuentra en diseño para ser publicada y aprobada por la dirección. (no anexan soporte)</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Tercer seguimiento: La Subdirección de Sistemas informa avance en el diseño de la política de Gobierno Digital; sin embargo, la política no se encuentra aprobada ni se evidencia plan de acción para su implementación. Actividad pendiente.</p>	0%

3.1.7	Capacitar a los funcionarios en el Programa de Gestión Documental (auxiliares, secretarias) 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	<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 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 %</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas anexan el siguiente link donde reposan las actas de capacitación https://drive.google.com/drive/folders/1IFELVsfrTC22zSLIUYWXli2hcMmK4L?usp=drive_link</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencian capacitaciones realizadas en varias áreas del Hospital, con soportes de actas y listados de asistencia remitidos por la Subdirección de Sistemas. Actividad cumplida.</p>	100%
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 publicado 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	<p>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</p> <p>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.</p> <p>La Dirección Financiera, ha cumplido con la publicación de estados financieros y presupuesto</p> <p>Desde la subdirección de sistemas relacionan link del soporte: https://www.hus.org.co/transparencia-y-acceso-a-information-publica/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica el portal institucional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, evidenciando la publicación y actualización de los contenidos exigidos por la Ley 1712 de 2014, correspondientes a las dependencias responsables. La Subdirección de Sistemas consolida y administra la información publicada. Enlace verificado: sección Transparencia HUS.</p>	100%
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	<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>NOTA: se observa que la información publicada corresponde al año 2024 y no se evidencia información del año 2025</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica la publicación del Registro de Activos de Información correspondiente a la</p>	100%
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 IKUNU ARHUACOS, IKU O BINTUKUAS (Sierra Nevada de Santa Marta) c) LENGUA SIKUANI – Comunidad Cumaribo Vichada d) Inglés</p> <p>Desde la subdirección de sistemas informan que actualmente se encuentra en curso capacitación por parte de la dirección de atención al usuario, pendiente que se realicen las</p>	100%
3.1.11	Publicar en la página web el informe de gestión de PQRSDF (Peticiones, quejas, reclamos, denuncias en página web de cada una de las sedes, sugerencias, denuncias y felicitaciones) por Sede	Informes Peticiones, 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica la publicación trimestral de los informes de gestión de PQRSDF por sede en la página web institucional. Actividad cumplida.</p>	100%

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 (Lidera 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO: Desde la oficina de Planeación confirman que no hubo nada de actualización, los datos SUIT continúan igual</p>	100%
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 Lidera 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Planeación confirmó la revisión, actualización y publicación de los trámites en el SUIT y en la página web institucional, concluyéndose el cumplimiento de la actividad.</p>	100%
3.1.14	Formular y publicar la (s) estrategias (s) de racionalización de trámites 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO La Oficina de Planeación informó que la formulación y publicación de la estrategia de racionalización de trámites se encuentra culminada al 100 % para la vigencia, de conformidad con lo establecido.</p>	100%
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	<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. No se imprimen por volumen. Evidencia en custodia digital. Actividad ejecutada y verificada."</p> <p>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.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica la aplicación continua de encuestas de satisfacción y la consolidación de la percepción del usuario en el informe trimestral de atención al usuario. Actividad cumplida.</p>	100%
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

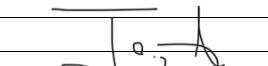
3.2.1	Publicar en los sitios web definidos, la información de Datos Abiertos e Inventory de Activos en cumplimiento de la Ley de Transparencia y el Derecho de Acceso a la Información Pública.	Informe del cumplimiento en la gestión de la publicación de información solicitada	Subdirección de Sistemas	1/1/2025	31/12/2025	Anual	<p>El dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica la publicación de Datos Abiertos e Inventory de Activos de Información vigencia 2025 en el sitio web institucional. Actividad cumplida.</p>	100%
3.2.2	Publicar y/o actualizar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad del HUS	Informacion actualizada en la vigencia 2025	Subdirección de Sistemas y Dirección de Atención al Usuario	1/1/2025	31/12/2025	Anual	<p>El dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencia publicación y actualización de conjuntos de datos abiertos de carácter misional, vigencia 2025, en el portal institucional. Actividad cumplida.</p>	100%
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	<p>El dia 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 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.</p> <p>Actividad cumplida y en ejecución, con avance al día en el segundo seguimiento.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencian estrategias de comunicación accesible implementadas (lengua de señas, braille, idiomas y atención diferencial). Actividad cumplida.</p>	100%
3.2.4	Publicar (1) informe de gestión de la entidad en la página web por semestre	Informacion actualizada en la vigencia 2025	Oficina de Planeación y Subdirección de Sistemas	1/1/2025	31/12/2025	Trimestral	<p>El dia 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.</p> <p>Informan que se tiene el link, pendiente envío 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 dia 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</p> <p>SEGUNDO SEGUIMIENTO Se cuenta con el informe a I 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</p> <p>Desde la subdirección de sistemas relacionan el siguiente link: https://www.hus.org.co/informes-de-gestion/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se relaciona enlace institucional como medio de verificación."</p>	100%
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 dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica publicación y actualización de los estados financieros vigencia 2025 en la página web institucional, con información trimestral disponible. Actividad cumplida.</p>	100%
3.2.6	Publicar y/o actualizar conjuntos de datos abiertos sobre información estratégica en el marco de la misionalidad de la entidad	Informacion publicada de página web	Subdirección de Sistemas	1/1/2025	31/12/2025	Semestral	<p>El dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se verifica la publicación y actualización de conjuntos de datos abiertos vigencia 2025 en la página web institucional. Actividad cumplida.</p>	100%

3.2.7	Actualizar el Código de Integridad	Resolución	Subdirección de Desarrollo Humano	1/1/2025	31/12/2025	I Semestre	<p>El dia 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 traves 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 dia 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 cuatrimestre 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se anexa informe final de difusión del Código de Integridad y Conflicto de Intereses. Soportes en carpeta PTEP.</p>	100%
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 dia 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 publicacion de las piezas	Subdirección de Desarrollo humano y Subdirección de sistemas	1/1/2025	31/12/2025	Semestral	<p>El dia 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 dia 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 despliega 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 direcciónamiento y gerencia, en total 1300 participantes</p> <p>Desde la subdirección de sistemas informan que esta actividad se realiza en el último trimestre de la vigencia</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencia publicación de piezas gráficas sobre conflicto de intereses y transparencia en <u>carteleras institucionales. Actividad cumplida</u></p>	100%
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 dia 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 el 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO: La Subdirección de Desarrollo Humano reitera la información reportada en el seguimiento anterior, correspondiente al cronograma e informe del Código de Integridad vigencia 2025. Actividad cerrada.</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 dia 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 dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Actividad culminada conforme a información reportada por las dependencias responsables.</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 dia 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 recibe el dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Actividad culminada conforme a información reportada por las dependencias responsables.</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 dia 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> <p>TERCER SEGUIMIENTO Sin novedades reportadas por la Oficina Asesora de Planeación.</p>	100%
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, carteles 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 dia 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>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/1RLQjrkxn1Y6H71cfEjvIiftCWZX4JL?usp=drive_link</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO Se evidencia campaña informativa de convocatoria y desarrollo de la Rendición de Cuentas publicada en página web y otros medios institucionales. Actividad cumplida.</p>	100%

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	Direccion de Atencion 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</p> <p>Durante el I semestre 2025 realizó una socialización a los siguientes grupos a un total de 226 colaboradores</p> <p>II CUATRIMESTRE</p> <p>Nutrición 8 Consulta Externa equipo Primario 7 Fisioterapia 31 Facturación Consulta Externa 9 Facturación Turno mañana 21 Gigilancia 13 Trabajo Social 11 Servicio Asistencial 108 Personal Administrativo 18 TOTAL: 226</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>Durante el II semestre de 2025 se realizaron 30 jornadas de socialización de la Política de Participación Ciudadana en diferentes servicios del HUS. Actividad ejecutada y verificada.</p>	100%
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 dia 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</p> <p>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.</p> <p>https://www.hus.org.co/participacion-ciudadana/</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>El micrositio de participación ciudadana se encuentra activo; sin embargo, se encuentra pendiente el diseño y socialización de piezas comunicativas en las sedes. Actividad en ejecución.</p>	66,66%
4.1.3	Articular la gestión del conocimiento con la subdirección de educación médica y desarrollo humano	Acta de reunion	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 dia 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</p> <p>Por 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.</p> <p>Solicitud de referenciaciación con hospital del sector público para identificar buenas prácticas asociadas al proceso de gestión del conocimiento. Se anexa copia correo de solicitud.</p> <p>TERCER SEGUIMIENTO</p> <p>Se evidencia acta de reunión formalizada que soporta la articulación de la gestión del conocimiento. Actividad ejecutada y verificada.</p>	100%

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 (Líder 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 (Sesquié, 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 :</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 Sesquié; 41 <input type="checkbox"/> San Antonio De Chía, febrero; 22 <input type="checkbox"/> San Antonio De Chía, marzo; 31 -Certificación Hospital San Antonio Guatavita marzo; 27 <input type="checkbox"/> Hospital Divino Salvador de Sopó Calera abrili; 51 	100%
-------	---	------------------	---	----------	------------	-----------	--	------


 Jorge Andres Lopez
 Gerente

97,04%