

FORMATO PLAN DE ACCIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG



Nombre del Proceso:	Direccionamiento Estratégico -DIE . Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Vigencia:	Año 2.025
Responsable:	Gerente y Subgerentes	Fecha:	30/01/2025
Objetivo del Programa:	Permitir a la Entidad establecer una planeación y ruta de acción, con base en una serie de actividades de gestión que fueron evaluadas previamente, con el fin de establecer los planes de mejoramiento y unas herramientas que sirvan para un efectivo proceso de gestión y desarrollo institucional.		
Alcance del Programa:	Comienza con el conocimiento de la norma y el Modelo de planeación y gestión y finaliza con la evaluación y seguimiento al plan de mejoramiento de cada una dimensiones del MIPG.		
Criterios Legales:	Constitución política Colombiana de 1991 artículos 209 y 269, Ley 87 de 1993, Ley 489 de 1998, Ley 1474 de 2011, ley 1753 de 2015, Decreto 1599 de 2005, el decreto 943 de 2014 y el decreto 1499 de 2017.		
Recursos Humanos:	Para cumplir con el plan de acción del MIPG para la vigencia del 2024 se requiere la participación y compromiso de todos los funcionarios y contratistas del Hospital, en cabezados por la gerencia y su grupo directivo.		
Recursos Financieros:	De acuerdo con las diferentes actividades que se deben realizar en el año 2024 se hace necesario que la Gerencia y la Subgerencia Administrativa apropien las debidas partidas preseupuestale para su desarrollo.		
Recursos Tecnológicos:	Instalaciones físicas habilitadas, Mobiliario y equipos de oficina, Suministros de oficina, Equipos de cómputo y telecomunicaciones y Disponibilidad de transporte		

1. DIMENSIÓN DEL TALENTO HUMANO

1.1. POLÍTICA ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO. LÍNEA ESTRATÉGICA 4 - GESTIÓN DEL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Mantener actualizado el Normograma del proceso de gestión del talento humano - GET	Subgerencia Administrativa y Asesor Jurídico.			x			x			x			x
2	Consultar de forma periódica las paginas institucionales de DAFP, CNSC, ESAP, Presidencia entre otras, con el fin de actualizar los lineamientos en materia de Gestión del Talento Humano.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Aplicar y socializar la información que se descarga de esas páginas institucionales en el Hospital.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Están recopilados y organizados los actos administrativos de creación o modificación de planta de personal y socializarlos con todo el personal del Hospital.	Subgerencia Administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Realizar la Asignación de roles de los funcionarios y contratistas del Hospital en el SIGEP.				x									
6	Servidores y contratistas con hojas de vida y vinculación completa al SIGEP, garantizando la depuración de la información de manera que el sistema refleje la realidad al día de la planta de personal y contratos de prestación de servicios		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

"Más y Mejores Servicios"

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
7	Inscribir a todos los funcionarios y contratistas en el SIGEP y gestionarles las claves de acceso para que puedan presentar y actualizar los formatos de hoja de vida y declaración de bienes.	Subgerencia Administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Informar cada año a todos los funcionarios que se debe actualizar la información en el SIGEP del formato de Hoja de vida y la declaración de bienes y se guardan en la historia laboral.							x	x					
9	Realizar llamados de atención y establecer procesos disciplinarios a los funcionarios que no entreguen en el tiempo el formato diligenciado.	Comité de control interno disciplinario							x	x				
10	Consultar la información del talento humano en el SIGEP, con el fin de tomar decisiones.	Grupo Directivo			x			x		x				x
11	Caracterización de las áreas de talento humano. Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar las personas en (prepensión, cabeza de familia, limitaciones físicas, fuero sindical).	Subgerencia Administrativa				x	x	x						
12	Contar con una base de datos para el manejo de las Historias laborales que nos permitan manejar la información del funcionario:													
12A	Planta global y planta estructural, por grupos internos de trabajo.	Subgerencia Administrativa Auxiliar Administrativa - Archivo					x							
12B	Tipos de vinculación, nivel, código, grado.							x						
12C	Antigüedad en el Estado, nivel académico y género.								x					
12D	Cargos en vacancia definitiva o temporal por niveles.									x				
12E	Perfiles de Empleos.										x			
13	Diseñar la planeación estratégica del talento humano, que contemple: Elaborar, adoptar, socializar, implementar y evaluar el PETH donde se tiene en cuenta:													
13A	• Plan Anual de Vacantes y Previsión del Talento Humano	Subgerencia administrativa	x		x	x					x			
13B	• Plan Institucional de Capacitación - PIC	Comité de convivencia laboral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13C	• Plan de bienestar social e incentivos.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13D	• Plan de seguridad y salud en el trabajo.	Lider del sistema	x			x			x			x	x	
13E	• Evaluación de desempeño de los funcionarios y gerentes públicos	Grupo directivo	x		x				x		x			
13F	• Manual de Inducción y Reinducción.	Subgerencia administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13G	• Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional	Grupo directivo						x						
14	Realizar la evaluación y seguimiento a las políticas del Hospital en lo referente a la gestión del talento humano. Plan estrategico del Talento Humano - PETH.	Control Interno	x			x			x			x		
15	Organizar en el archivo de gestión del área de talento humano las historias laborales de acuerdo con la gestión documental.	Subgerencia administrativa y Secretaria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16	Contar con una base de datos para el manejo de las Historias laborales que nos permitan manejar la información del funcionario.	Gerente y Subgerencia Administrativa												x

"Más y Mejores Servicios"

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

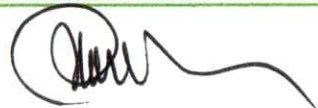
hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3

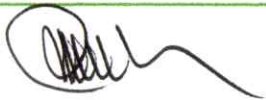
Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
17	Contar con mecanismos para verificar si existen vacantes temporales, de libre nombramiento remoción y si se cuenta con servidores de carrera administrativa con derecho preferencial para ser encargados.	Subgerencia administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
18	Reportar en forma periódica a la CNSC las diferentes novedades en la planta de cargos.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
19	Contar con proceso caracterizado de Inducción y Reinducción.					x								
20	Realizar la inducción a todos los funcionarios nuevos en el plazo establecido. Reinducción cada 2 años	Grupo Directivo					x	x	x	x	x	x	x	x
21	Gestión del PASIVOCOL	Subgerencia administrativa	x			x			x			x		
22	Elaborar la Hoja de vida de los Indicadores Claves como: situaciones administrativas, rotación, movilidad, reubicaciones, ausentismo de personal, cargas de trabajo y prepensionados.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23	Realizar el seguimiento de los indicadores claves y presentar informe.					x			x			x		
24	Adopción mediante acto administrativo del sistema de evaluación del desempeño y los acuerdos de gestión	Gerente	x	x										
25	Capacitar a los funcionarios del Hospital en el proceso de evaluación del desempeño.	Subgerencia administrativa			x									
26	Llevar a cabo las labores de evaluación de desempeño de conformidad con la normatividad vigente y llevar los registros correspondientes, en sus respectivas fases.	Gerente y Subgerencia Administrativa	x	x				x		x				
27	Elaborar y realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento individuales.	Jefes de Áreas			x				x		x			
28	Establecer un mecanismo para obtener el diagnóstico de necesidades de capacitación de los funcionarios.	Subgerencia Administrativa y Comisión de Personal	x											x
29	Establecer un costo real del dinero que se requiere para implementar el PIC		x									x	x	
30	Gestionar recursos y/o capacitaciones con otras instituciones de forma gratuita o a bajo costo.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
31	Elaborar, adoptar, socializar e implementar el PIC en el Hospital donde se incluyan los siguientes temas: Gestión del talento humano, Integración cultural, Planificación, desarrollo territorial y nacional, Buen Gobierno, Contratación Pública, Cultura organizacional, Derechos humanos, Gestión administrativa, Gestión documental, Gestión Financiera, Gobierno en Línea, Innovación, Participación ciudadana, Servicio al ciudadano, Sostenibilidad ambiental, Derecho de acceso a la información entre otros	Grupo directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
32	Realizar la evaluación y seguimiento al PIC y presentar un informe	Control interno	x			x			x			x		
33	Tener un Conocimiento a fondo de que es y cómo opera un programa de Bilingüismo.	Subgerencia administrativa						x						
34	Establecer si en el Hospital se puede o debe establecer el programa de Bilingüismo. Gestión de las tecnologías de la información,								x					
35	Gestionar los recursos para la implementación de un programa de Bilingüismo.	Gerente y Subgerencia administrativa						x	x					



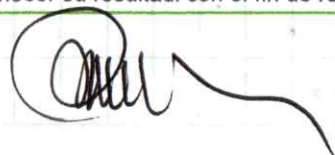
Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
36	Elaborar, adoptar, socializar, implementar y evaluar el programa de Bilingüismo.	Grupo Directivo								x				
37	Gestionar los recursos para la implementación del Plan de Bienestar social e incentivos	Comisión de Personal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
38	Preparar la información para considerar todos los aspectos que se deben incluir en el Plan de Bienestar social e incentivos como son: Deportivos, recreativos y vacacionales, Artísticos y culturales, Promoción y prevención de la salud, Educación en artes y artesanías, Promoción de programas de vivienda, Clima laboral, Cambio organizacional, Adaptación laboral, Preparación a los prepensionados para el retiro del servicio, Trabajo en equipo y Educación formal (primaria, secundaria y media, superior)		x										x	x
39	Elaborar, adoptar y socializar el Plan de Bienestar social e incentivos.	Grupo Directivo	x	x	x									
40	Implementar las actividades del Plan de Bienestar social e incentivos.	Comisión de Personal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
41	Realizar la evaluación y seguimiento al Plan de Bienestar social e incentivos.	Control Interno	x			x			x			x		
42	Desarrollar el proceso de dotación de vestido y calzado de labor en la entidad	Gerente y Subgerencia administrativa							x					
43	Programar actividades de capacitación y jornadas de reflexión institucional dirigidas a exaltar la labor del servidor público						x	x						
44	Gestionar los recursos para la implementación del Programa Entorno Laboral Saludable.	Gerente y Subgerencia administrativa											x	x
45	Elaborar, adoptar y socializar el Programa Entorno Laboral Saludable			x	x									
46	Implementar las actividades del Programa Entorno Laboral Saludable.	Comisión de Personal				x	x	x	x	x	x	x	x	x
47	Realizar la evaluación y seguimiento al Plan de Bienestar social e incentivos.	Control Interno				x			x			x		
48	Tener un Conocimiento a fondo de que es y cómo operan los Programas de Estado Joven, Servimos y Teletrabajo.	Subgerencia administrativa					x							
49	Establecer si en el Hospital se puede o deben implementar dichos programas						x	x						
50	Gestionar los recursos para la implementación de los Programas							x	x					
51	Elaborar, adoptar, socializar e implementar los programas	Comisión de Personal								x	x	x	x	x
52	Realizar la evaluación y seguimiento a los programas.	Control Interno												x
53	Definir la Metodología y logística para realizar la medición de clima organizacional en el Hospital.	Subgerencia Administrativa				x	x							
54	Realizar e implementar aspectos tales como:													
54A	• Conocimiento de la orientación organizacional	Grupo directivo												
54B	• El estilo de dirección													
54C	• La comunicación e integración													
54D	• El trabajo en equipo									x	x	x	x	x
54E	• La capacidad profesional													
54F	• El ambiente físico													



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
55	Realizar la evaluación y seguimiento de los diferentes aspectos del clima organizacional y establecer planes de mejoramiento	Control Interno										x		
56	Desarrollar el programa de horarios flexibles en la entidad.	Gerente y Subgerencia administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
57	Negociar las condiciones de trabajo con sindicatos y asociaciones legalmente constituidas en el marco de la normatividad vigente.	Gerente y Asesor Jurídico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
58	Tramitar las situaciones administrativas y llevar registros estadísticos de su incidencia. Obtener reportes confiables y oportunos sobre las situaciones administrativas en la entidad	Subgerencia administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
59	Promocionar la rendición de cuentas por parte de los gerentes (o directivos) públicos.	Gerente y Grupo Directivo			x	x								
60	Realizar actividades de programas de desvinculación asistida a la totalidad de las personas que se desvinculan por pensión, por reestructuración o por finalización del nombramiento provisional en el Hospital	Gerente y Subgerencia administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
61	Establecer mediante acto administrativo y un acta la entrega formal del cargo con el fin de transferir el conocimiento de los servidores que se retiran.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1. DIMENSIÓN DEL TALENTO HUMANO														
1.2. POLÍTICA DE INTEGRIDAD. LÍNEA ESTRATÉGICA 4 - GESTIÓN DEL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.														
1	Socializar, Publicar el Código de Integridad en el Hospital	Gerente y Líderes de los procesos (Primera línea de defensa)		x	x									
2	Establecer los espacios para promover la participación de clientes internos y externos para aplicación de los valores y principios institucionales.					x	x							
3	Implementar las actividades con los servidores públicos del Hospital							x	x	x	x	x	x	x
4	Realizar la evaluación y seguimiento de las acciones establecidas en el manejo de los Códigos de integridad y buen gobierno y establecer planes de mejoramiento cuando se requieran	Control Interno											x	
5	Analizar los resultados obtenidos en la implementación de las acciones del Código de Integridad.	Control Interno												x
2. DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN														
2.1. POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL. LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - GESTIÓN FINANCIERA.														
1	Conocimiento de la organización: Difundir entre todos los servidores el rol que desempeña la entidad en la estructura de la Administración Pública (naturaleza jurídica) misión, visión, objetivos institucionales, políticas, valores, razón de ser u objeto social.(Reinducción)	Gerente				x						x		
2	Identificación de los grupos de valor y sus necesidades: Levantar la información necesaria para la identificación y caracterización de los grupos de valor y el conocimiento de sus necesidades, detectando si ya cuenta con dicha información y en qué fuentes se encuentra, o de ser necesario, definir procedimientos y herramientas para su obtención.	Grupo Directivo	x	x	x									
3	Contar con un sistema de información y/o bases de datos interna que nos permitan tener en tiempo real y veraz información de los usuarios.	Gerente y Subgerencia administrativa			x									



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
4	Consultar en las diferentes bases de datos de la Nación, el Departamento y el Municipio la información se	Grupo Directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Realizar por parte de los funcionarios del Hospital un manejo adecuado, responsable y oportuno de nuestros sistemas de información o bases de datos, que nos sirvan de fuente de consulta.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Diagnostico de capacidades y entornos: Revisar aspectos internos tales como el talento humano, procesos y procedimientos, estructura organizacional, cadena de servicio, recursos disponibles, cultura organizacional, entre otros.					x			x			x		
7	Formulación de los Planes: Convocar la comunidad concordiana, con el fin de que conozca el proceso de planeación estratégica y aporten las ideas para la elaboración de los planes, programas y proyectos.	Gerente											x	
8	Formular, socializar, publica e implementar los resultados a alcanzar en términos de cantidad y calidad de los productos y servicios que va a generar, año a año y en el largo plazo (4, 10, 20 años).													x
9	Documentar el ejercicio de planeación en donde se contemple una orientación estratégica y una parte operativa en la que se señale de forma precisa los objetivos, las metas y resultados a lograr, las trayectorias de implantación o cursos de acción a seguir, cronogramas, responsables, indicadores para monitorear y evaluar su cumplimiento y los riesgos que pueden afectar tal cumplimiento y los controles para su mitigación													x
10	Incluir la planeación de las demás dimensiones de MIPG y de sus políticas, acorde con lo señalado para cada una, tales como talento humano, TIC, plan anticorrupción y de servicio al ciudadano, plan anual de adquisiciones, planes de archivo, entre otros.	Grupo directivo	x											
11	Garantizar que las metas formuladas en el plan estén ajustadas a la capacidad real de la entidad, procurando esfuerzos adicionales que le permitan mejorar esa capacidad a través de alternativas innovadoras como las alianzas estratégicas, redes de conocimiento o gestión de recursos de cooperación internacional		x	x										
12	Publicar en los diferentes medios de comunicación el Plan de Desarrollo Institucional, gerencial y de Acción con el fin de que realicen sus aportes.	Gerencia y comunicaciones	x											
13	Elaborar, adoptar, Publicar el Plan de Acción Anual y los demas planes estrategicos del de creto 612 de 218 a más tardar el 31 de enero de cada vigencia. en consonancia con el presupuesto aprobado para la vigencia, de tal manera que la planeación sea presupuestalmente viable y sostenible.	Grupo directivo	x											
14	Socializar e implementar los Diferentes Planes estrategicos adoptados por el Hospital de acuerdo con lo establecido en la norma		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15	Realizar el seguimiento y la evaluación de los diferentes planes estrategicos de la entidad y dar a conocer su resultadi con el fin de realizar planes de mejoramiento	Asesor de control Interno	x			x			x			x		



"Más y Mejores Servicios"

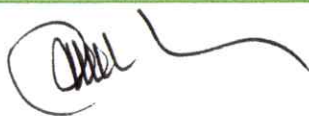
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
16	Formular los indicadores que permitirán verificar el cumplimiento de objetivos y metas así como el alcance de los resultados propuestos e introducir ajustes a los planes de acción (evaluación del desempeño institucional)	Grupo directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
17	Diseñar los controles necesarios para que la planeación y su ejecución se lleven a cabo de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, logrando una adecuada prestación de los servicios o producción de bienes que le son inherentes			x	x									
18	Toma de Decisiones basada en evidencias: Utilizar la información generada en el análisis de capacidad institucional, informes de gestión, desempeño y cumplimiento de planes en vigencias anteriores, resultados de la evaluación de indicadores y de riesgos, autoevaluación, auditorías internas y externas, resultados de las estrategias de rendición de cuentas y de la consulta, diagnóstico o planeación participativa realizada, ejecuciones presupuestales, entre otras evidencias vitales para la proyección estratégica de la entidad (analítica institucional)					x			x			x		

2. DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

2.2. POLÍTICA DE GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO. LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - GESTIÓN FINANCIERA.

1	Antes de iniciar el proceso de presupuesto y teniendo en cuenta el modelo de presupuesto que entrega la Seccional de Salud, se realiza las configuraciones que permiten asegurar los insumos necesarios para la ejecución del gasto definiendo ordenador del gasto, distribución y asignación de recursos y priorizar la asignación de recursos (tanto de inversión como de funcionamiento) con base en las metas estratégicas definidas.	Grupo directivo											x	x	x
2	Programación del Presupuesto: Preparar el borrador del presupuesto del Hospital, para ser presentado al COMFIS y a la junta directiva para su aprobación, teniendo en cuenta el resultado de años anteriores y mirando que exista correspondencia entre los planes y metas y el presupuesto.	Gerencia, COMFIS y Junta Directiva												x	x
3	Desagregar el presupuesto para cada vigencia en el aplicativo destinado para tal fin XENCO, a partir de la aprobación de la Ley Anual de Presupuesto y de la expedición del decreto de liquidación, (enero de cada año)	Subgerente Administrativo	x												
4	Todos los actos administrativos que afecten las apropiaciones presupuestales organización, cuentan con un Certificado de Disponibilidad Presupuestal previo. El cual debe ser expedido por el jefe de presupuesto		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Todo compromiso presupuestal tiene asociada una cuenta bancaria previamente registrada para iniciar la ejecución presupuestal, una vez registrada la información en XENCO		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Se ordenan los pagos respetando el orden de radicación de los documentos soporte para su pago de acuerdo con los requisitos de ley		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Reportar la información presupuestal a los diferentes entes de control de acuerdo a lo estipulado en la norma.				x		x				x				x



"Más y Mejores Servicios"

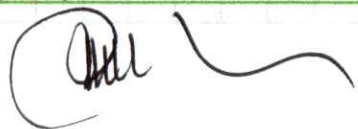
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3

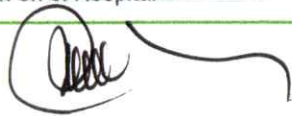
Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
8	Presentar a la junta directiva y al COMFIS las resoluciones de modificación al presupuesto de la vigencia para que sean aprobadas	Gerente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	El hospital debe realiza las actividades de orden administrativo tendientes a lograr un cierre integral de la información contable producida en todas las áreas que generan hechos financieros, económicos, sociales y ambientales.	Subgerencia Administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	El hospital debe preparar mensualmente sus estados contables		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11	La información contable se reporta a la Contaduría General de la Nación de acuerdo con las condiciones establecidas por dicho organismo - Plataforma CHIP			x	x		x				x			x
2. DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN														
2.3. POLÍTICA DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN. LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - GESTIÓN FINANCIERA.														
1	Estructurar el Plan Anual de Adquisiciones -PAA- del Hospital para vigencia siguiente	Grupo directivo												x
2	Formular, adoptar, socializar, implementar y publicarlo en el SECOP el PAA de acusrdo con lo establecido en la normatividad vigente.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Realizar la evaluación y seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones - PAA	Asesor de control Interno				x			x			x		
4	Ejercicio contractual se debe realizar de acuerdo que se asegure que todas las actuaciones de los servidores que intervienen en la contratación se desarrollen con arreglo a los principios de transparencia, economía y responsabilidad, a los postulados que rigen la función administrativa, al manual de contratación de la entidad, a las normas que regulan la conducta de los servidores públicos y a las normas contractuales.	Gerente y Grupo directivo												x
5	Ejecutar el proceso contractual en el hospital suministros, servicio u obra u otra modalidad de conformidad con la normativa aplicable y buscando siempre la mayor transparencia posible en todas las actuaciones relacionadas.	Gerente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Realizar la evaluación y seguimiento al proceso de la contratación	Supervisores contratos y control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN														
2.4. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN. LÍNEA ESTRETÉGICA 3														
1	Formular, adoptar, socilaizar, implementar y evaluar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que contenga la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de la entidad, como parte integral del plan de acción institucional, con acciones, responsables y fechas de cumplimiento esperadas	Grupo directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Evaluar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que contenga la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de la entidad	Asesor de control Interno	x				x							



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
3	Dentro de los componentes de política incluidos en el Plan de Acción Anual, la entidad tiene en cuenta el mapa de riesgos de corrupción	Gerente y Subgerente Administrativa	x	x										
4	Facilitar a la comunidad la participación en la elaboración del Plan anticorrupción por medio de la página web institucional.	Gerente y comunicación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Organizar las jornadas de participación de la comunidad con el fin de dar cumplimiento con la elaboración del plan anticorrupción donde se tenga en cuenta sus aportes al plan.	Gerente y Subgerente Administrativa										x	x	x
6	Realizar jornada de capacitación al grupo directivo y funcionarios sobre la gestión del Plan Anticorrupción. Reinducción							x						
7	Organizar jornadas de trabajo con los líderes de los procesos con el fin de establecer los riegos de corrupción de los diferentes procesos y del hospital	Líderes de los procesos	x										x	x
8	Reunir a los grupos primarios para socializar y trabajar los riesgos de corrupción de la entidad.		x		x			x			x			x
9	Presentar un informe final por dependencia sobre los riesgos anticorrupción definitivos.				x			x			x			x
10	Consolidar la información y elaborar el mapa de riesgos anticorrupción para la vigencia.		x											x
11	Publicar, socializar, implementar y evaluar el plan anticorrupción del hospital para la vigencia.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Realizar el seguimiento permanente al mapa de riesgos de corrupción y presentar un informe a la gerencia	Grupo directivo	x			x			x			x		
13	Realizar los planes de mejoramiento de acuerdo con los seguimientos y evaluación al Plan Anticorrupción del Hospital	Líderes de los procesos		x			x			x			x	
14	Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento formulados por los líderes de los procesos	Comité de control interno		x			x			x			x	
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. DE VENTANILLA HACIA DENTRO														
3.1. POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS														
1	Identificar los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor identificadas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y de Planeación	Líderes de los procesos			x	x								
2	Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión Manual de procesos caracterización.	Líderes de los procesos					x	x	x					
3	Elaborar, aprobar, publicar y socializar el manual y Mapa de procesos del Hospital	Gerente y Junta directiva							x	x				
4	Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros)	Líderes de los procesos												x
5	Realizar la evaluación y seguimientos a los procesos y presentar el informe para que se elabore planes de mejoramiento	Líderes de los procesos y asesores de calidad y control interno										x	x	x



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. DE VENTANILLA HACIA DENTRO														
3.2. POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL														
1	Delegar la función de manejar la pagina web oficial a una auxiliar administrativa o a un funcionario del nivel directivo.	Gerente			x									
2	Comunicar a los diferentes jefes de dependencia que deben pasar en forma continua los documentos que se deben montar a la página con el fin de cumplir con la ley de transparencia y acceso a la información.	Líderes de los procesos			x									
3	Mantener actualizada los diferentes documentos como manuales, planes, guías, protocolos, informes, indicadores, presupuestos, estados financieros, entre otros para subirlos a la página web.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Gestionar los recursos, físicos, humanos y financieros para implementar en la página web los canales de comunicación con personas en discapacidad y comunidades indígenas que no hablan español.	Gerente y Subgerente administrativa	x											
5	Realizar jornadas de capacitación a los funcionarios encargados del manejo de la página web, sobre los criterios de accesibilidad, ejercicios de participación, datos abiertos, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos y estrategia de gobierno en línea.	Comisión de personal						x						
6	Descargar las guías y manuales sobre Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI que propone el DAFP.	Gerente y Subgerente administrativo	x											
7	Realizar jornadas de capacitación a los funcionarios encargados del manejo del Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI.	Comisión de personal			x									
8	Realizar un diagnóstico sobre el Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI.	Gerente y grupo directivo	x	x										
9	Elaborar, Adoptar, publicar y socializar el Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI.			x										
10	Implementar el Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI.	Gerente y Subgerente administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11	Realizar la evaluación y seguimiento del Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI. Y elaborar el plan de mejoramiento	Gerente y Asesor de Control interno				x			x			x		
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. DE VENTANILLA HACIA DENTRO														
3.3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DIGITAL														
1	Realizar un diagnostico de seguridad y privacidad de la información en el Hospital	Gerente y Subgerente administrativo			x	x								
2	Elaborar, aprobar, publicar y socializar una politica de seguridad y privacidad de la información en el Hospital							x						
3	Implimentar politica de de seguridad y privacidad de la información en el Hospital	Grupo directivo						x	x	x	x	x	x	x
4	Elaborar, aprobar, publicar, socializar y caracterizar un procedimiento de seguridad y privacidad de la información en el Hospital	Subgerente administrativo y Tecnico de sistemas								x	x			

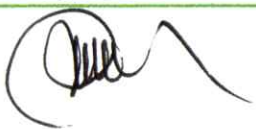


"Más y Mejores Servicios"
 Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
5	Establecer la política de riesgos del procedimiento de seguridad y privacidad de la información en el Hospital	Lider del proceso								x				
6	Realizar la evaluación y seguimiento al procedimiento de seguridad y privacidad de la información en el Hospital	Lider del proceso y Asesor de control interno												x
7	Realizar una automatización de los procesos del Hospital teniendo en cuenta el manejo de esquemas de seguridad y privacidad de la información	Grupo directivo									x	x	x	
8	Establecer los criterios de accesibilidad y usabilidad de la pagina web institucional de acuerdo con la normatividad vigente	Lider del proceso y tecnico de sistemas							x	x				
9	Descargar las guías sobre la norma técnica de accesibilidad, el manejo de datos abiertos, manejo de redes, ejercicios de participación, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos y estrategia de gobierno en línea que propone el DAFP	Gerente y Subgerente administrativo								x	x			
10	Realizar los cambios a la página web institucional con el fin de adoptar las lenguas nativas.	Gerente y Técnico de sistemas											x	
11	Implementar los canales de comunicación con personas en discapacidad y comunidades indígenas que no hablan español.										x			
12	Realizar jornadas de capacitación a los funcionarios sobre la transparencia y el acceso a la información pública como medio de modernización del estado.	Comisión de personal					x							
13	Cuenta en su página Web con formatos para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias y los esta consultando y gestionado de forma periodica.	Auxiliar Administrativa - SIAU	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la normatividad relacionada con la Entidad. Actualizar el Normograma de la Institución	Subgerente Administrativo y Asesor Juridico			x	x								
15	Mantener actualizada la pagina web institucional y su link de transparencia y acceso a la información de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente	Gerente y Técnico de sistemas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16	Realizar un mantenimiento preventivo a los sistemas de información y los servicios tecnologicos en el hospital.	Subgerente administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
17	Contar de forma periodica con información clara, confiable, es de fácil consulta y se actualiza de manera constante que sirva para la toma de desiciones y presentar informes a los entes de control.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
18	Identificar, inscribir y tratar a fondo lo relacionado con la Política de tramites.	Gerente y Subgerente administrativo					x	x	x					
19	Establecer los datos abiertos que debe manejar el Hospital	Grupo directivo							x	x				
20	Cantidad de datos abiertos que el hospital ha publicado en la pagina del estado www.datos.gov.co	Lider del proceso y tecnico de sistemas									x			



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. DE VENTANILLA HACIA DENTRO														
3.4. POLÍTICA PARA LA DEFENSA JURÍDICA. LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - GESTIÓN FINANCIERA.														
1	Revisar la conformación del Comité de conciliación.	Gerente y Asesor Jurídico	x											
2	Elaborar el reglamento del comité de conciliación y adoptarlo por resolución.			x										
3	Socializar e implementar el reglamento.				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Realizar el seguimiento al reglamento del Comité de Conciliación y establecer planes de mejora	Gerente, Asesor Jurídico y comité control interno											x	
5	Elaborar y presentar el informe de la gestión, plan de acción, indicadores y actividades del comité													x
6	Generan un libro o dossier que consolida todos los instrumentos de política que se hayan producido por el comité de conciliación	Secretario del Comité												x
7	Tener una copia física y/o magnética, todo lo respectivo al trámite de las solicitudes de conciliación o de otros Medios Alternativos de Solución de Conflictos -MASC.													x
8	Elaboración, adopción, socialización, implementación y seguimiento al documento con las políticas de defensa del Hospital.	Gerente, asesor jurídico e integrantes del comité			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	Descargar toda la documentación relacionada con la la Agencia Nacional de Defensa Jurídica – ANDJE.	Gerente, asesor jurídico y comité			x									
10	Realizar Jornada de Capacitación al comité directivo sobre los lineamientos de la ANDJE	Comisión de personal						x						
11	Aplicar en el Hospital los lineamiento y políticas establecidas por la ANDJE.	Gerente, asesor jurídico y comité							x	x	x	x	x	x
12	Realizar el seguimiento y plan de mejora a los lineamientos y políticas aplicas	Control Interno												x
13	Realizar el análisis de los costos para la toma de sus decisiones. en los procesos de conciliación	Gerente, asesor jurídico e integrantes del comité					x					x		
14	Elaboración, adopción, socialización, implementación y seguimiento de una política pública de prevención del daño antijurídico.								x	x	x	x	x	x
15	Elaboración, adopción, socialización, implementación y seguimiento de un proceso caracterizado sobre la defensa jurídica	Gerente, asesor Jurídico y Control Interno								x	x			
16	Descargar toda la documentación relacionada con sistema único de gestión e información litigiosa del Estado - eKOGUI.	Gerente, asesor jurídico e integrantes del comité					x							
17	Realizar Jornada de Capacitación sistema único de gestión e información litigiosa del Estado - eKOGUI	Comisión de personal							x					
18	Aplicar en el Hospital los lineamiento y políticas establecidas sistema único de gestión e información litigiosa del Estado - eKOGUI	Gerente, asesor jurídico e integrantes del comité								x	x	x	x	x
19	Realizar el seguimiento y plan de mejora los lineamientos y políticas aplicas sistema único de gestión e información litigiosa del Estado - eKOGUI													x

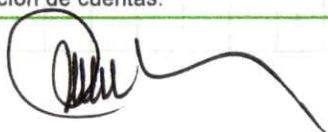


"Más y Mejores Servicios"
 Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Dicembre
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. RALACIÓN CON EL CIUDADANO														
3.5. POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO LÍNEA ESTRETÉGICA 2 - SATISFACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO.														
1	Diagnosticar si los canales espacios, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) que empleó la entidad para promover la participación ciudadana son idóneos de acuerdo con la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés. Elaborar un informe	Grupo directivo	x											
2	La entidad cuenta con una dependencia encargada exclusivamente de atención al ciudadano y de las solicitudes de información y dar la respuesta en el plazo establecido por la norma.	Auxiliar Administrativa - SIAU	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Asesoría que requieran los grupos de participación ciudadana del Hospital	Asesor Jurídico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Realizar alianzas con la administración municipal con el fin de dar a conocer la política y actividades que tiene el Hospital frete a la participación ciudadana.	Gerente y Comité de Ética Hospitalaria	x			x			x			x		
5	Realizar una socialización de los resultados del FURAG en lo referente a la Política de participación ciudadana	Gerente y Control Interno						x						
6	Identificar en conjunto con las áreas misionales y de apoyo a la gestión, las metas y actividades que cada área realizará en las cuales tiene programado o debe involucrar a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés caracterizados.	Grupo directivo	x											
7	Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de participación ciudadana				x									
8	Definir los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación ciudadana.	Gerente y Subgerente administrativo											x	x
9	Definir una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.	Comité de bienestar social			x									
10	Elaborar, adoptar, publicar y socializarla la Política de Participación ciudadana	Gerente y Subgerente administrativo				x	x							
11	Implementar la Política de Participación ciudadana			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Realizar el seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento de la Política de participación ciudadana	Control Interno						x						x
13	Realizar el Plan de mejoramiento de la Política de participación ciudadana	Auxiliar Administrativa SIAU	x						x					
14	Realizar las reuniones del comité de etica hospitalaria donde se revisa la Política de Participación ciudadana	Subgerente de Atnción al Usuario	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. RALACIÓN CON EL CIUDADANO														
3.5. POLÍTICA DE GESTIÓN DE TRÁMITES. LÍNEA ESTRETÉGICA 2 - SATISFACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO.														
1	Realizar un inventario de los trámites que debe manejar el Hospital en la plataforma SUIT	Subgerente administrativo y Sistemas		x										



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2	Identificar las dependencias responsables de la entrega de dichos productos, la normativa asociada, los requisitos que se solicitan a los usuarios para acceder, los puntos de atención en donde se prestan al usuario y los horarios de atención.	Grupo directivo		x										
3	Asistir a las Jornadas de capacitación que realiza la gobernación y el DAFP sobre el manejo de la plataforma del SUI.	Subgerente administrativo y Sistemas							x					
4	Entrar a la Plataforma del SUI para crear los diferentes Roles que se manejan. Como Administrador, Administrador de trámites, gestor de datos y evaluador.			x										
5	Registrar los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT)				x									
6	El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP Convalida la información reportada por el Hospital en la Plataforma del SUI.	Funcionarios DAFP				x	x	x						
7	Una vez aprobados los tramites por el DAFP se deben montar en la página web Institucional, con el fin de facilitar la consulta permanente de los usuarios.	Tecnico de Sistemas						x						
8	Implementar mejoras tecnológicas en la prestación del trámite	Gerente							x	x				
9	Implementar herramientas o mecanismos para compartir información entre sistemas de información o entre entidades	Gerente, Subgerente Administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	Identificar y Analizar los trámites con mayor frecuencia de solicitud o y/o volúmenes de atención que nos permitan realizar ajustes y toma de decisiones.										x	x	x	x
11	Formular la estrategia de racionalización de trámites cumpliendo con los parámetros establecidos por la política de racionalización de trámites.	Gerente, Subgerente Administrativo							x					
12	Registrar en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la estrategia de racionalización de trámites									x				
13	Ajustar actos administrativos reglamentarios de trámites.	Gerente									x			
14	Implementar mejoras en los procesos que soportan la entrega de productos y/o servicios, teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta la entidad	Gerente, Subgerente Administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15	Realizar el seguimiento y evaluación a la estrategia de racionalización de los trámites en el Hospital.	Control Interno												x
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. RALACIÓN CON EL CIUDADANO														
3.6. POLÍTICA DE LA GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS. LÍNEA ESTRÉTÉGICA 2 - SATISFACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO.														
1	Análisis de la fortalezas y las debilidades de la Rendición de Cuentas. Identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas con base en la evaluación de la oficina de planeación y/o Control Interno, El FURAG y grupos de valor realizar la socialización al interior del comite directivo.	Gerente y Grupo Directivo	x											
2	Conformación y capacitación un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación de los ejercicios de rendición de cuentas.	Gerente		x										



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
3	Identificar espacios de articulación y cooperación para la rendición de cuentas. Realizar las jornadas de preparación de la logística para la rendición de cuentas e informar a la supersalud la fecha de la rendición.	Gerente y Grupo Directivo		x										
4	Definir, de acuerdo al diagnóstico y la priorización de programas, proyectos y servicios, los espacios de diálogo presenciales de rendición de cuentas y los mecanismos virtuales complementarios en temas específicos de interés especial que implementará la entidad durante la vigencia. presentación de los informes que haran parte de la rendición de cuentas.			x										
5	Definir los espacios exitosos de rendición de cuentas de la vigencia anterior que adelantará la entidad. Realizar la convocatoria de la Rendición de Cuentas	Gerente y Grupo Directivo		x										
6	Definir el componente de comunicaciones para la estrategia de rendición de cuentas.			x										
7	Realizar la audiencia pública de la rendición de cuentas en el Hospital				x									
8	Actualizar la página web de la entidad con la información preparada por la entidad sobre el proceso de rendición de cuentas.	Auxiliar administrativa		x	x									
9	Realizar difusión masiva de los informes de rendición de cuentas, en espacios tales como: medios impresos; emisoras locales o espacios televisivos mediante alianzas y cooperación con organismos públicos, regionales o particulares.	Gerente				x								
10	Revisar y tabular las evaluaciones, recomendaciones u objeciones recibidas de la comunidad en el espacio de diálogo para la rendición de cuentas,	Gerente y Grupo Directivo				x								
11	Formular, previa evaluación por parte de los responsables, planes de mejoramiento a la gestión institucional a partir de las observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas.					x								
12	Publicar los resultados de la rendición de cuentas clasificando por categorías, las observaciones y comentarios de los ciudadanos, los grupos de valor y organismos de control, los cuales deberán ser visibilizados de forma masiva y mediante el mecanismo que empleó para convocar a los grupos de valor que participaron.					x								
13	Evaluar y verificar los resultados de la implementación de la estrategia de rendición de cuentas, valorando el cumplimiento de las metas definidas frente al reto y objetivos de la estrategia.						x							
3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN DE VALORES PARA RESULTADOS. RELACIÓN CON EL CIUDADANO														
3.7. POLÍTICA DE LA RELACIIÓN CON EL CIUDDANO - PQRSDF. LÍNEA ESTRETÉGICA 2 - SATISFACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO.														
1	Elaboración del Proceso de PQRSDF y presentarlo a la Gerencia para su revisión y aprobación	Líder del proceso					x	x						
2	Presentación del proceso de PQRSDF a la junta directiva para su adopción y elaboración de los actos administrativos	Gerente y Junta directiva							x					
3	Publicación y socialización del Proceso caracterizado de PQRSDF	Gerente y Subgerente administrativo							x					

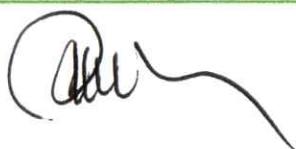


Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
4	Implementación del Proceso caracterizado de las PQRSDF	Líder del proceso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	El Hospital debe contar con un sistema de información para el registro ordenado y la gestión de peticiones, quejas, reclamos y denuncias - PQRSDF de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente	Líder del proceso y Calidad				x								
6	Evaluación y seguimiento del proceso caracterizado de las PQRSDF	Control Interno y Calidad	x						x					
7	La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los productos o servicios ofrecidos y si estos cumplen sus expectativas. Elaboración de encuestas	Líder del proceso y Calidad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	En el hospital debe recopilar y analizar los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano y presenta un informe al gerente.	Líder del proceso y Calidad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	Se cuenta con una oficina para el Servicio al Ciudadano que es la encargada de dar orientación sobre los trámites y servicios de la entidad.	Auxiliar Administrativa - SIAU	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	La política de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano se incluye en el Plan Estratégico Sectorial y en el Plan Estratégico Institucional y es aprobada en la Junta Directiva.	Gerente	x											
11	Se elabora, adoptan, socializa, implementa y evalúa el Plan de Acción sobre política de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano - PPSS.	Gerente y Líder del proceso	x											
12	En el Hospital cuentan con mecanismos de atención especial y preferente para infantes, personas en situación de discapacidad, embarazadas, niños, niñas, adolescentes, adulto mayor y veterano de la fuerza pública y en general de personas en estado de indefensión y o de debilidad manifiesta.	Auxiliar Administrativa - SIAU	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Incorpora en su presupuesto recursos destinados para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece	Gerente y Subgerencia Administrativa											x	x
14	Elaborar, publicar, socializar, implementar y evaluar la política de tratamiento de datos personales, y tiene establecidos lineamientos para la protección y conservación de datos personales.		x			x			x			x		

4. DIMENSIÓN DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. POLÍTICA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL LÍNEA ESTRATÉGICA 3 - GESTIÓN DE LOS PROCESOS

1	Establecer mediante acto administrativo un equipo y líder del Programa de Auditorías para el Mejoramiento de los Procesos - PAMEC	Gerente	x											
2	Elaborar, adoptar, publicar y socializar un procedimiento caracterizado para la gestión de control y evaluación en el hospital	Gerente y Junta directiva						x	x					
3	Implementar un procedimiento para las auditorías internas a los procesos	Grupo PAMEC y líder del proceso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Realizar la evaluación y seguimiento al procedimiento de auditorías internas a los procesos	Asesor Control interno y Asesor de calidad	x			x			x			x		



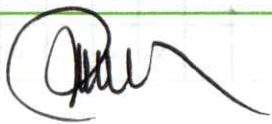
"Más y Mejores Servicios"
 Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
5	Elaborar, adoptar, socializar, implementar y evaluar el Plan anual de auditorías a los procesos y el PAME	Asesor de Control interno y Calidad	x											
6	Elaborar y mantener actualizados los indicadores de gestión de cada proceso.	Líderes de los procesos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Consolidar y organizar la información proveniente de la evaluación y el seguimiento a los procesos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Elaborar el informe de auditorías y presentarlos a la gerencia	Asesor de Control Interno y de Calidad		x			x			x			x	
9	Elaborar los Planes de mejoramiento resultado de las auditorías internas.	Líderes de los procesos		x			x			x			x	
10	Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento	Comité de control interno			x			x			x			
11	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes, programas o proyectos, para mejorar los resultados de la ejecución presupuestal, para aportar al proceso de aprendizaje organizacional, para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control.	Líderes de los procesos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Realizar encuestas a la comunidad concordiana sobre las necesidades en materia de salud y presentar un informe al comité directivo.	Auxiliar Administrativa SIAU	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Establecer unos indicadores de efectividad frente al gasto público	Grupo directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	Realizar un seguimiento de forma mensual del presupuesto vs la ejecución de las líneas estratégicas y los programas	Líderes de los procesos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. DIMENSIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN														
5.1. POLÍTICA DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL. LÍNEA ESTRATÉGICA 5 - GESTIÓN E INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN.														
1	Actualizar, adoptar, publicar y socializar la política de gestión documental	Gerente y Subgerente Administrativo	x	x										
2	Implementar y evaluar la política de gestión documental	Auxiliar administrativa Archivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Elaborar, adoptar, publicar y socializar un procedimiento caracterizado de gestión documental	Gerente y Subgerente Administrativo					x	x	x	x				
4	Implementar y evaluar un procedimiento de gestión documental y realizar plan de mejoramiento	Auxiliar administrativa Archivo y Asesor de control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Actualizar, adoptar, publicar y socializar, el Plan Institucional de Archivo - PINAR y el programa de gestión Documental - PDG	Gerente y Subgerente Administrativo	x	x	x									
6	Implementar y evaluar el Plan Institucional de Archivo - PINAR y el programa de gestión Documental - PDG del Hospital.	Subgerente Administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Elaborar y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento de las evaluaciones al PINAR y PDG			x			x	x		x			x	x



"Más y Mejores Servicios"
 Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
8	Realizar la Normalización de la producción documental (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos y respuestas). Taquilla unica	Secretaria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	Elaboración y publicación del Cuadro de Clasificación Documental CCD	Auxiliar Administrativa		x	x									
10	Realizar la Actualización de las TRD en el Hospital y presentarlas al Archivo del departamento para su convalidación.	Subgerente Administrativo			x	x								
11	Realizar la adopción y publicación de las TRD del Hospital.	Gerente y comunicaciones						x	x					
12	Realizar la Socialización e Implementación de las TRD en el Hospital	Subgerente Administrativo							x	x	x	x	x	x
13	Realizar la evaluación y seguimiento a las TRD y presentar el informe a la gerencia	Asesor de Control Interno											x	
14	Elaborar el plan de mejoramiento y realizar el seguimiento al plan de mejoramiento.	Subgerente Administrativo y comité de control interno											x	x
15	Programar en el PIC las jornadas de Capacitación sobre el proceso de gestión documental.	Comisión de personal				x								
16	Realizar las jornadas de capacitación sobre varios temas de la gestión documental							x						x
17	Actualización del Inventario de la documentación de sus archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental	Auxiliar Administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
18	Transferencias de documentos de los archivos de gestión al archivo central (Primarias).	Jefes de dependencia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
19	Organización de Fondo Acumulado y/o archivo general	Auxiliar Administrativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
20	Procedimientos de disposición final de documentos	Comité de Archivo											x	x
21	Elaborar, adoptar, publicar, socializar, implementar y evaluar el proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	Subgerente Administrativo y Asesor de sistemas												x
22	Establecer, adoptar, publicar e implementar la Política institucional del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos	Gerente y Subgerente Administrativo												x
23	Parametrización de Tablas de control de acceso	Auxiliar administrativa Archivo												x
24	Establecer Mecanismos o controles técnicos en los Sistemas de Información para restringir el acceso a los documentos en entorno electrónico	Subgerente Administrativa y Asesor de sistemas												x
25	Elaboración y presentarlas al Archivo del departamento para su convalidación las TVD	Subgerente Administrativo Y Auxiliar Archivo										x		
26	Realizar la adopción y publicación de las TRV del Hospital.	Gerente y comunicaciones											x	



"Más y Mejores Servicios"

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
27	Realizar la Socialización e Implementación de las TVD en el Hospital	Auxiliar administrativa Archivo												x
28	Realizar la evaluación y seguimiento a las TVD y presentar el informe a la gerencia	Asesor de Control Interno												x
29	Elaborar el plan de mejoramiento y realizar el seguimiento al plan de mejoramiento	Subgerente Administrativo y comité de control interno												x
5. DIMENSIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN														
5.2. POLITICA DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA														
1	El Hospital consulta las estadísticas o indicadores disponibles en las entidades del Sistema Estadístico Nacional - SEN para el llevar a cabo el direccionamiento estratégico	Grupo Directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Definir en la estructura organizacional una dependencia y/o grupo interno de trabajo que coordina y centraliza los indicadores o estadísticas relevantes para la toma de decisiones	Gerente			x									
3	Elaborar, adoptar, socializar e implementar un con procedimientos para la generación, procesamiento, reporte o difusión de información estadística	Grupo Directivo							x	x	x	x	x	x
4	El comité de desarrollo institucional o directivo del Hospital debe generar acciones para la producción, accesibilidad y uso de la información estadística	Comité directivo							x	x	x	x	x	x
5	Establecer herramientas de procesamiento de datos para generar información estadística, adicionales a las hojas de calculo						x	x						
6	Establecer gestores de bases de datos para almacenar la información que se genera en los registros administrativos							x						
7	Establecer en el Hospital fichas técnicas de indicadores para el manejo de la información de los procesos								x					
8	Socializar la información a los diferentes clientes internos y externos sobre la información estadística recopilada y analizada.	Gerente y Sistemas						x						x
6. DIMENSIÓN DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.														
6.1. POLÍTICA DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN														
1	Identificar, capturar, clasificar y organizar el conocimiento explícito de la entidad en medios físicos y/o digitales.	Grupo Directivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Contar con un inventario del conocimiento explícito de la entidad actualizado, de fácil acceso y articulado con la política de gestión documental	Grupo Directivo					x	x						
3	Identificar, clasificar, priorizar y gestionar el conocimiento relevante para el logro de la misionalidad de la entidad.	Grupo Directivo							x	x				



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
4	Identificar los riesgos relacionados con la fuga de capital intelectual de la entidad y llevar a cabo acciones para evitar la pérdida de conocimiento.	Grupo Directivo								x				
5	Identificar las necesidades de conocimiento asociadas a la formación y capacitación requeridas anualmente por el personal de la entidad, posteriormente, evalúa e implementa acciones de mejora.	Comité de bienestar social						x						
6	Contar con una persona o equipo que evalúe, implemente, haga seguimiento y lleve a cabo acciones de mejora al plan de acción de Gestión del Conocimiento y la Innovación, en el marco del MIPG.	Gerente					x							
7	Emplear, divulgar, documentar, implementar y evaluar métodos de creación e ideación para generar soluciones efectivas a problemas cotidianos de la entidad.	Grupo Directivo						x	x	x	x	x	x	x
8	Implementar una estrategia de cultura organizacional orientada a la gestión del conocimiento y la innovación en la entidad y analizar sus resultados.	Grupo Directivo							x					
9	Incluir en el Plan Estratégico del Talento Humano el fortalecimiento de capacidades en innovación y llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los resultados.	Subgerente Administrativo								x				
10	Contar con repositorios de conocimiento de fácil acceso y socializados al interior de la entidad.												x	
11	Contar con documentación de la memoria institucional de fácil acceso, así mismo, llevar a cabo la divulgación de dicha información a sus grupos de valor a través de medios físicos y/o digitales.	Lider de proceso de gestión documental			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Contar con estrategias y planes de comunicación para compartir y difundir el conocimiento que produce la entidad tanto al interior como al exterior de esta, a través de herramientas físicas y digitales.	Gerente y comunicadora			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Mantener cooperación con otras entidades, organismos o instituciones que potencien el conocimiento de la entidad y facilitar su intercambio.	Gerente										x	x	x
7. DIMENSIÓN DEL CONTROL INTERNO														
7.1. POLÍTICA DEL CONTROL INTERNO. LÍNEA ESTRATÉGICA 3 - GESTIÓN DE LOS PROCESOS Y LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - GESTIÓN FINANCIERA.														
1	Fortalecer la política de las líneas de defensa en el Hospital, que operen de acuerdo con la norma	Gerente y control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Apoyar a la alta dirección y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales	Asesor de Control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Monitorear y supervisar el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área de talento humano	Lider de proceso y Control interno			x		x				x			X
4	Elaborar, adoptar, socializar, implementar y evaluar el Plan Anual de Auditorías Internas a los Procesos	Gerente y control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos	Asesor de Control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Realizar un seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por los líderes de los procesos auditados y presentar informe al comité de control interno.	Lider de proceso y Control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



"Más y Mejores Servicios"
 Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3

Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
7	Elaborar y adoptar la Política de Administración del Riesgo por procesos en el Hospital.	Gerente y Grupo directivo	x											
8	Publicar y socializar la Política de Administración del Riesgo por procesos en el Hospital.			x										
9	Implementar la Política de Administración del Riesgo por procesos en el Hospital.	Grupo directivo			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	Realizar la evaluación de la Política de Administración del Riesgo por procesos en el Hospital.	Asesor de Control interno						x						x
11	Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa	Líderes de los procesos y Control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Elaborar un formato para organizar la metodología sobre la gestión del Riesgo y entregarlo a los Líderes de los procesos.	Asesor de Control interno	x											
13	Realizar el seguimiento a la política y mapa de riesgos de corrupción del hospital						x			x			x	
14	Elaborar, adoptar, socializar, publicar e implementar el Manual de riesgos del hospital	Gerente y Control interno			x	x	x	x	x	x	x			
15	Elaborar, adoptar, socializar e implementar los Mapas de riesgos de cada uno de los procesos del Hospital.	Líderes de los procesos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16	Evaluar los Mapas de riesgos de cada uno de los procesos del Hospital.	Líderes de los procesos y Control interno			x			x			x			x
17	Presentar un informe de la evaluación de los Mapas de riesgos por procesos		x			x			x			x		
18	Presentar los Informes relacionados con el Sistema de control Interno en las plataformas establecidas por el DAFP, en las fechas establecidas. FURAG, Ley de cuotas y derechos de autor.	Asesor de Control interno	x	x	x			x			x			
19	Establecer planes de mejoramiento sobre las inconformidades en el informe de evaluación a los mapas de riesgos.	Líderes de los procesos	x			x			x			x		
20	Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento formulados por los líderes de los procesos	Comité de Control interno			x			x			x			x
21	Presentar un informe sobre la materialización del riesgo y su impacto en los objetivos.	Líderes de los procesos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22	Actualizar el Normograma, modelos, manuales, guías y cambios de los procesos de control interno.	Asesor Jurídico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23	Capacitar a los Líderes de los procesos sobre los cambios al Sistema de control interno.	Asesor de Control interno			x			x			x			x
24	Implementar en el hospital los cambios al Sistema de control interno de acuerdo con la normas.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
25	Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
26	Responder por la fiabilidad, integridad y seguridad de la información, incluyendo la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene	Gerente y Asesor de Control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	MESES DEL AÑO - 2025											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
27	Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales	Gerente y Asesor de Control interno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
28	Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades	Asesor de Control interno	x							x				



MARIO ALEJANDRO CADAVID CADAVID
Gerente Empresa Social del Estado

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2000 - 29	VERSIÓN: 3.0 - 2025	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
FECHA: 30 de Enero de 2.025	APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	