



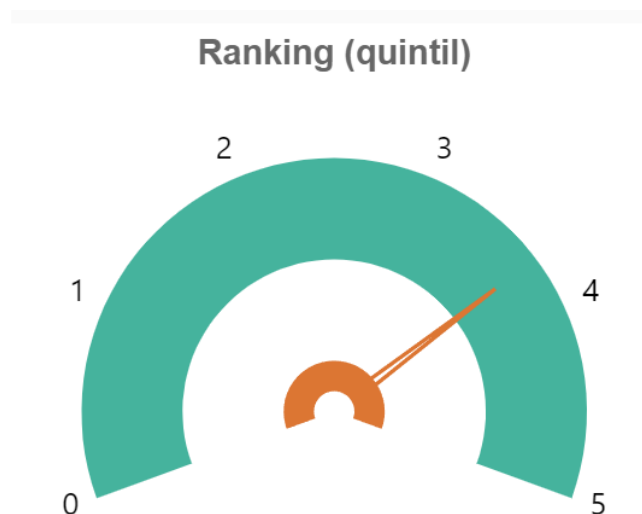
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**INFORME RESULTADOS DESEMPEÑO TERRITORIAL – MIPG**

**I. RESULTADOS GENERALES:**  
**Índice de Desempeño Institucional**



**Ranking (Quintil)**

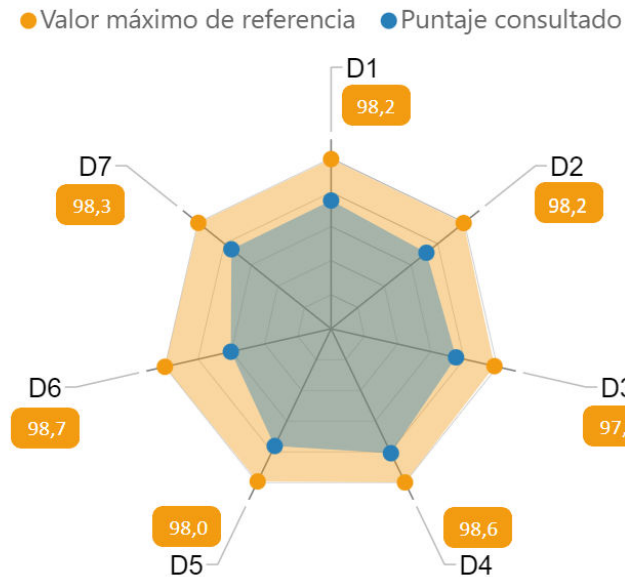


Según los resultados generales de la medición, el Índice de Desempeño Institucional del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo vigencia 2021 (71.0) con respecto a la vigencia 2020 (73.6), con una disminución del (2.6).



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

## II. INDICES DE LAS DIMENSIONES DE GESTION Y DESEMPEÑO



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	74,2	98,2
D2: Direccionamiento y Planeación	70,6	98,2
D3: Gestión para Resultados	74,2	97,0
D4: Evaluación de Resultados	79,9	98,6
D5: Información y Comunicación	75,2	98,0
D6: Gestión del conocimiento	59,5	98,7
D7: Control Interno	73,8	98,3



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

### III. INDICES DE LAS POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO



POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano	POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción	POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
POL02: Integridad	POL06: Gobierno Digital	POL10: Servicio al ciudadano	POL14: Gestión Documental
POL03: Planeación Institucional	POL07: Seguridad Digital	POL11: Racionalización de Trámites	POL15: Gestión del conocimiento
		POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública	POL16: Control Interno

La gráfica muestra el puntaje obtenido por cada política evaluada, las que evidencian menor puntaje son las políticas en que la Institución debe priorizar acciones de mejora.

### IV. INDICES DETALLADOS POR POLÍTICAS

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	70,6	98,3
CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	71,8	98,0
CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	72,1	98,5
CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	71,8	99,3
CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno	66,0	99,3
CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	80,7	98,4
CONTROL INTERNO: Línea Estratégica	71,0	98,3
CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa	77,1	98,3
CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa	70,9	98,2
CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa	69,4	90,8
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS: Eficacia Organizacional	90,2	95,7
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS: Gestión óptima de los bienes y servicios de apoyo	95,7	95,7



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Analítica institucional para la toma de decisiones	53,3	92,1
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento	58,0	97,6
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación de una cultura de propicia para la gestión del conocimiento y la innovación	33,2	98,9
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Generación y producción del conocimiento	24,6	98,8
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación	67,6	98,7
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente administración de archivos	82,4	96,4
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente cultural	66,4	98,4
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente documental	76,9	98,6
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente estratégico	64,3	86,5
GESTIÓN DOCUMENTAL: Calidad del Componente tecnológico	47,1	99,3
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Calidad de la planeación estratégica del Talento Humano	83,7	94,8
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desarrollo y bienestar del talento humano en la	65,8	98,0

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano	72,2	97,9
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO: Eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano	73,7	96,3
GOBIERNO DIGITAL: Empoderamiento de los ciudadanos mediante un Estado abierto	78,3	97,2
GOBIERNO DIGITAL: Fortalecimiento de la Arquitectura Empresarial y de la Gestión de TI	63,0	98,2
GOBIERNO DIGITAL: Fortalecimiento de la Seguridad y Privacidad de la Información	69,9	99,3
GOBIERNO DIGITAL: Procesos seguros y eficientes	81,4	85,9
GOBIERNO DIGITAL: Toma de decisiones basadas en datos	43,4	98,8
GOBIERNO DIGITAL: Uso y apropiación de los Servicios Ciudadanos Digitales	93,9	96,2
INTEGRIDAD: Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público	74,0	92,2
INTEGRIDAD: Coherencia entre la gestión de riesgos con el control y sanción	72,4	92,2
INTEGRIDAD: Gestión adecuada de conflictos de interés y declaración oportuna de bienes y rentas	78,1	99,3

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
INTEGRIDAD: Gestión adecuada de conflictos de interés y declaración oportuna de bienes y rentas	78,1	99,3
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Calidad de la participación ciudadana en la gestión pública	79,6	97,9
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación	85,2	96,3
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Condiciones institucionales idóneas para la rendición de cuentas permanente	77,6	91,1
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Diálogo permanente e incluyente en diversos espacios	76,0	99,0
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Eficacia de la participación ciudadana para mejorar la gestión institucional	84,6	98,3
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Grado involucramiento de ciudadanos y grupos de interés	55,6	96,6
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Índice de Rendición de Cuentas en la Gestión Pública	82,7	98,6





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Grado involucramiento de ciudadanos y grupos de interés	55,6	96,6
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Índice de Rendición de Cuentas en la Gestión Pública	82,7	98,6
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Información basada en resultados de gestión y en avance en garantía de derechos	77,7	99,3
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA: Responsabilidad por resultados	81,1	98,2
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Enfoque en la satisfacción ciudadana	70,4	92,4
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Formulación de la política de administración del riesgo	72,8	90,5
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Identificación de mecanismos para el seguimiento, control y evaluación	72,2	99,2
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Planeación basada en evidencias	62,6	98,4
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL: Planeación participativa	82,3	97,1
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: Identificación de los trámites a partir de los productos o servicios que ofrece la entidad	81,2	84,9

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: Priorización de trámites con base en las necesidades y expectativas de los ciudadanos	68,6	94,3
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: Trámites racionalizados y recursos tenidos en cuenta para mejorarlos	64,3	78,2
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Documentación del seguimiento y la evaluación	73,7	78,7
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Enfoque en la satisfacción ciudadana	85,6	99,3
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Mecanismos efectivos de seguimiento y evaluación	76,1	96,9
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Mejoramiento continuo	73,0	92,8
SERVICIO AL CIUDADANO: Accesibilidad	92,0	99,8
SERVICIO AL CIUDADANO: Acceso a la oferta institucional (accesibilidad)	95,5	99,8
SERVICIO AL CIUDADANO: Acceso a oportunidades laborales y condiciones de trabajo (accesibilidad)	90,9	99,8
SERVICIO AL CIUDADANO: Conocimiento al servicio del ciudadano	70,7	99,3

Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
SERVICIO AL CIUDADANO: Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana	77,0	99,0
SERVICIO AL CIUDADANO: Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	88,0	98,8
SERVICIO AL CIUDADANO: Gestión del relacionamiento con los ciudadanos	86,6	98,2
SERVICIO AL CIUDADANO: Planeación estratégica del servicio al ciudadano	69,7	98,3
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Atención apropiada a trámites, peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias de la ciudadanía	74,0	99,3
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública aplicados	83,8	98,7
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Divulgación proactiva de la información	85,3	98,9
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Formulación y Seguimiento al Plan Anticorrupción	79,8	88,1
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Gestión de Riesgos de Corrupción	80,9	92,7
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Gestión	70,4	99,0

TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública	75,2	98,1
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Institucionalización efectiva de la Política de Transparencia y acceso a la información pública	69,0	98,0
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Línea estratégica de riesgos de corrupción	75,0	85,3
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Lineamientos para el manejo y la seguridad de la información pública implementados	63,6	98,7
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Monitoreo y Seguimiento a los riesgos	67,8	85,2
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Promoción de la Transparencia, la Integridad y la Lucha Contra la Corrupción	74,4	96,7
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: Sistema de seguimiento al acceso a la información pública en funcionamiento	76,9	94,9

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**  
**PBX: 2295000**  
**E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)**  
**[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)**



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**V. ÍNDICES DE POLÍTICAS NUEVAS DE MIPG**

Índice de Mejora Normativa



Índice de Gestión de la Información Estadística



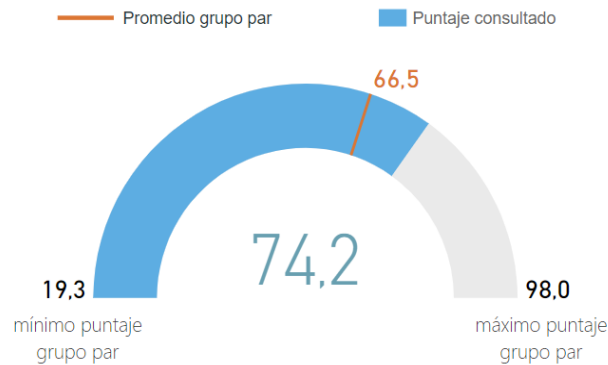
**Nota 1:** Los resultados de estas nuevas políticas de MIPG no afectan el puntaje del Índice de Desempeño Institucional de la vigencia 2021.  
**Nota 2:** Si se visualiza el texto "En blanco", estas políticas no aplican para la entidad consultada.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Políticas de Gestión y Desempeño Institucional.**

**Gestión Estratégica de Talento Humano**



**Recomendaciones:**

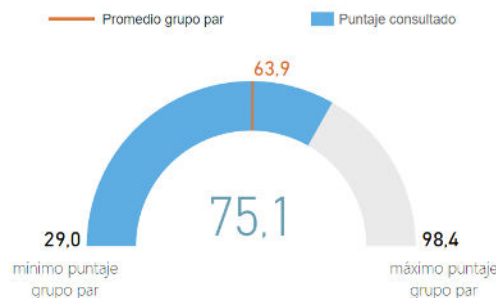
1. Establecer en la planta del personal de la entidad (documento que cumpla los empleos de la entidad) los empleos suficientes para cumplir con planes y proyectos.
2. Recopilar información sobre el conocimiento que requieren sus dependencias para identificar las necesidades de nuevo conocimiento e innovación.
3. Impulsar la participación del talento humano para la identificación de necesidades y soluciones para mejorar diferentes aspectos de la gestión institucional de la entidad, como acción para desarrollar una cultura organizacional afín a la gestión del conocimiento y la innovación.
4. Generar acciones de aprendizaje basadas en problemas o proyectos, dentro de su planeación anual, de acuerdo con las necesidades de conocimiento de la entidad, evaluar los resultados y tomar acciones de mejora.
5. Desarrollar herramientas y/o instrumentos para transferir el conocimiento y mejorar su apropiación al interior de la entidad.
6. Organizar actividades formales e informales de difusión del conocimiento al interior de la entidad.
7. Establecer convenios y/o acuerdos con otras organizaciones para fortalecer el conocimiento de la entidad y su capital relacional.
8. Fortalecer el conocimiento del talento humano de la entidad desde su propio capital intelectual.
9. Diseñar y ejecutar actividades en entornos que permitan enseñar-aprender desde varios enfoques.
10. Fomentar la transferencia del conocimiento hacia adentro y hacia afuera de la entidad.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

11. Incorporar actividades que promueven la inclusión y la diversidad (personas con discapacidad, jóvenes entre 18 y 28 años y género) en la planeación de talento humano de la entidad.
12. Reportar oportunamente las vacantes de la entidad de la Oferta Pública de Empleos de Carrera (OPEC).
13. Implementar en la entidad un proceso de capacitación que permita al servidor conocer los objetivos institucionales ligados a la actividad que ejecuta.
14. Realizar un diagnóstico relacionado con la cultura organizacional de la entidad.
15. Implementar el eje de transformación digital en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.
16. Implementar diferentes mecanismos para llevar a cabo los procesos de selección meritocrática de los gerentes públicos y de los cargos de libre nombramiento y remoción. Como mínimo, la entidad debe emplear el área de talento humano propia o podrá solicitar apoyo del grupo de meritocracia de Función Pública.
17. Vincular los servidores públicos a través de procesos de selección meritocrática (para los cargos diferentes a carrera administrativa).
18. Implementar procesos de inducción a los gerentes públicos que contemple al menos dos de los siguientes canales: de manera virtual, presencial con la ESAP o en forma directa con la entidad.
19. Tener en cuenta las recomendaciones del equipo directivo y sus equipos de trabajo para tomar decisiones en los ejercicios de planeación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
20. Establecer incentivos y estímulos para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente.

## **Integridad**



## **Recomendaciones:**

1. Definir lineamientos en materia de anticorrupción (fraude y corrupción) por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

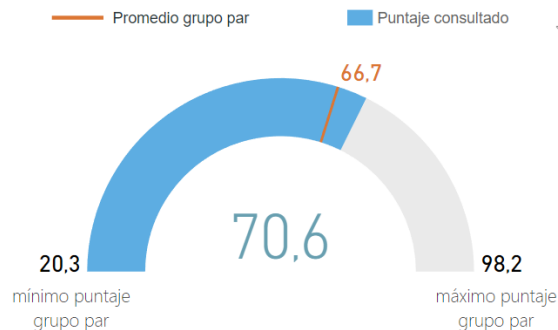
- interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
2. Revisar la exposición de la entidad a los riesgos de corrupción y fraude y en caso de contar con una línea de denuncias se deberá monitorear el proceso de su tratamiento, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
  3. Identificar los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
  4. Verificar el adecuado diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos de fraude y corrupción, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
  5. Evaluar en el marco de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cumplimiento de los valores y principios del servicio público. Algunos aspectos a evaluar son: Conocimiento por parte de los servidores del código de integridad. Cumplimiento en su integralidad. Análisis de información relacionada, como serian declaraciones de conflictos de interés, información recibida desde la línea de denuncia (si existe), o bien desde otras fuentes.
  6. Contar con un canal de comunicación en la entidad, para que el personal pueda dar a conocer sus opiniones y denuncias. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
  7. Analizar y tomar las medidas de mejora que contribuyan al fortalecimiento del clima laboral en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
  8. Incluir en la política de administración del riesgo, lineamientos para el manejo de los riesgos de corrupción y fraude a que esta expuesta la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar la verificación.
  9. Identificar los riesgos de fraude y corrupción con base en el análisis de las diferentes formas que puedan presentarse en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
  10. Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
  11. Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identidad de riesgos de fraude y corrupción.
  12. Analizar factores de riesgo de ocurrencia de situaciones de conflictos de interés para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
  13. Promover la transparencia en su gestión y evitar la corrupción en la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
  14. Implementar el eje de creación de valor publico en el Plan Institucional de Capacitación.
  15. Formular una estrategia y cronograma de trabajo para adoptar la política de integridad de la entidad por parte de los servicios.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

16. Implementar acciones pedagógicas o campañas de sensibilización de la política de integridad para su apropiación por parte de los servidores de la entidad.
17. Formular la estrategia para la gestión preventiva de conflictos de interés dentro del marco de planeación institucional.
18. Incluir en la estrategia de gestión para la prevención de conflictos de interés jornadas de sensibilización y capacitación para divulgar las situaciones sobre conflictos de interés que puede enfrentar un servidor público y las herramientas para tramitarlo.
19. Establecer canales para que los servidores y contratistas de la entidad presenten su declaración de interés.
20. Establecer al interior de la entidad un proceso para la gestión de los conflictos de interés, donde el servidor público pueda tener claridad de como se reporta un posible caso y cual es el conducto regular a seguir.
21. Desarrollar un mecanismo para el registro de la gestión de los conflictos de interés por parte de los servidores públicos que laboran dentro de la entidad.
22. Analizar los potenciales conflictos de interés de los servidores de la entidad con base en la declaración de bienes y rentas con el fin de incorporar acciones de prevención oportunamente.
23. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como adoptar e implementar la Guía para la Administración de los Riesgos, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en entidades públicas.

## Planeacion Institucional



## Recomendaciones:

1. Incluir el alcance dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
2. Incluir la forma en que se le dará tratamiento a los riesgos (evitar, compartir, reducir y aceptar) dentro de la política de administración de riesgos



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.

3. Establecer un responsable para el seguimiento al manejo de riesgos dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
4. Establecer una periodicidad para el seguimiento al manejo de riesgos dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
5. Establecer el nivel de aceptación del riesgo dentro de la política de administración de riesgo por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
6. Establecer niveles para calificar el impacto del riesgo dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
7. Incorporar el análisis del contexto interno y externo de la entidad dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
8. Promover la identidad y el análisis del riesgo desde el direccionamiento o planeación estrategia de la entidad, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
9. Fomentar la promoción de los riesgos de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
10. Identificar los factores de riesgos (cambios de entorno interno y externo) de los procesos, programas o proyectos a su cargo, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
11. Identificar los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
12. Definir responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos, por parte de los líderes de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
13. Determinar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, sus consecuencias e impactos (riesgo inherente) con el fin de darles un adecuado manejo, por parte de los líderes de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
14. Establece las acciones para mejorar los controles existentes o creas nuevos controles conforme sea necesario con el fin de dar manejo a los riesgos identificados, parte de los líderes de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

15. Incluir el portafolio o mapa de ruta de los proyectos en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
16. Incluir el entendimiento estratégico el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
17. Incluir el análisis de la situación actual en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
18. Incluir el tablero de indicadores para el seguimiento y control en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
19. Incluir la definición de la situación objetivo y modelo de gestión de TI en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
20. Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
21. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
22. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o a las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
23. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.
24. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.
25. Tener en cuenta las recomendaciones del equipo directivo y sus equipos de trabajo para tomar decisiones en los ejercicios de planeación de la entidad.
26. Incluir indicadores de seguimiento al cumplimiento de las metas en el plan de acción anual institucional de la entidad para diseñar una planeación medible en su implementación.
27. Incluir en el plan de acción anual institucional partida presupuestal del gasto e inversión para promover la participación ciudadana.
28. Implementar un Sistema de Seguridad de la Información (SGSI) en la entidad a partir de las necesidades identificadas, y formalizarlo mediante un acto administrativo.
29. Contar con un mecanismo de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano.
30. Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
31. Diseñar los indicadores para medir el uso de canales en la medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
32. Reorganizar por parte del equipo directivo equipos de trabajo y/o recursos para asegurar los resultados a partir del análisis de los indicadores de la

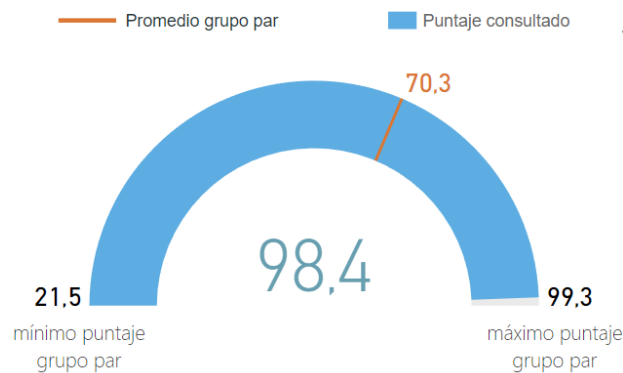


**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

gestión institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

33. Publicar, en la sección “transparencia y acceso a la información pública” de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en la formulación de políticas.

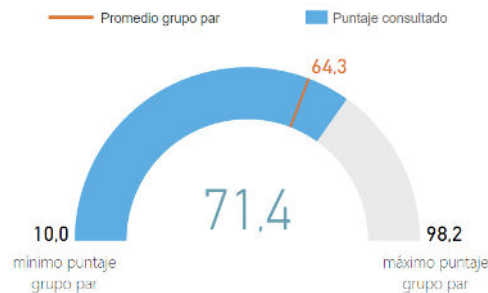
## Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos



### Recomendaciones:

1. Establecer en la planta de personal de la entidad (documento que contempla los empleados de la entidad) los empleos suficientes para cumplir con los planes y proyectos.

## Gobierno Digital



### Recomendaciones:

1. Utilizar técnicas de analítica de datos para describir hechos o fenómenos de la entidad (analítica descriptiva).
2. Utilizar técnicas de analítica de datos para entender hechos o fenómenos de la entidad (analítica diagnóstica).





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

3. Utilizar técnicas de analítica de datos para predecir comportamientos o hechos de la entidad (analítica predictiva).
4. Utilizar técnicas de analítica de datos para soportar la toma de decisiones en la entidad (analítica prescriptiva).
5. Cumplir, en todas las secciones de la pagina web oficial de la entidad, con el criterio de accesibilidad: No generar cambios automáticos al recibir el foco o entradas. (regla CC22)
6. Cumplir, en todas las secciones de la pagina web oficial de la entidad, con el criterio de usabilidad "Vínculos visitados" que indica al usuario cuando ha visitado contenidos de la página.
7. Incluir el portafolio o mapa de ruta de los proyectos en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
8. Incluir el entendimiento estratégico en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
9. Incluir el análisis de situación actual en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
10. Incluir el tablero de indicadores para el seguimiento y control en la Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
11. Incluir la definición de la situación objeto y modelo de gestión de TI en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
12. Disponer un catalogo de servicios de TI actualizado para la gestión de tecnologías de la información (TI) de la entidad.
13. Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad, un macroproceso o proceso (procedimientos, actividades y flujos) de gestión de TI definido, documentado y actualizado.
14. Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad, instancias o grupos de decisión de TI.
15. Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad, indicadores para medir el desempeño de la gestión de TI.
16. Utilizar acuerdos marco de precios para bienes y servicios de TI con el propósito de optimizar las compras de tecnologías de información de la entidad.
17. Aplicar una metodología para la gestión de proyectos de TI de la entidad, que incluya seguimiento y control a las fichas de proyectos a través de indicadores.
18. Garantizar que todas las iniciativas, proyectos o planes de la entidad que incorporen componentes de TI, sean liderados en conjunto entre las áreas misionales y el área de TI de la entidad.
19. Utilizar el principio de incorporar, desde la planeación de los proyectos de tecnologías de la información (TI) de la entidad, la visión de los usuarios y la atención de las necesidades de los grupos de valor.
20. Llevar a cabo la documentación y transferencia de conocimiento a proveedores, contratistas y/o responsables de TI, sobre los entregables o resultados de los proyectos de TI ejecutados.
21. Actualizar el catalogo de componentes de la información.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

22. Actualizar las visitas de la información de la arquitectura de información para todas las fuentes.
23. Implementar procesos o procedimientos de calidad de datos para mejorar la gestión de los componentes de la información de la entidad.
24. Actualizar y documentar una arquitectura de referencia y una arquitectura de solución para todas las soluciones tecnológicas de la entidad, con el propósito de mejorar la gestión de sus sistemas de información.
25. Incorporar dentro de los contratos de desarrollo de los sistemas de información de la entidad, cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.
26. Elaborar y actualizar los documentos de arquitectura de los desarrollos de software de la entidad.
27. Definir e implementar una metodología de referencia para el desarrollo de software y sistemas de información.
28. Definir un proceso de construcción de software que incluya planeación, diseño, desarrollo, pruebas, puestas en producción y mantenimiento.
29. Implementar un plan de aseguramiento de la calidad durante el ciclo de vida de los sistemas de información que incluya criterios funcionales y no funcionales.
30. Definir y aplicar una guía de estilo en el desarrollo de los sistemas de información de la entidad e incorporar los lineamientos de usabilidad definidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
31. Incorporar las funcionalidades de accesibilidad establecida en la política de Gobierno Digital, en los sistemas de información de acuerdo con la caracterización de usuarios de la entidad.
32. Actualizar visitas de despliegue, conectividad y almacenamiento de la arquitectura de infraestructura de TI de la entidad.
33. hacer uso de los servicios de computación en la nube para mejorar los servicios que presta la entidad.
34. Documentar e implementar un plan de continuidad de los servicios tecnológicos mediante pruebas y verificaciones acordes a las necesidades de la entidad.
35. Implementar mecanismos de disponibilidad de la infraestructura de TI de tal forma que se asegure al cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos.
36. Adoptar en su totalidad el protocolo de IPV6 en la entidad.
37. Elaborar un plan de diagnóstico para la adopción de Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad.
38. Elaborar un plan detallado de transición para la adopción de Protocolo de Internet versión 6 (PV6) en la entidad.
39. Elaborar un plan de direccionamiento para la adopción del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) en la entidad.
40. Elaborar un plan de contingencias para la adopción del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) de la entidad.



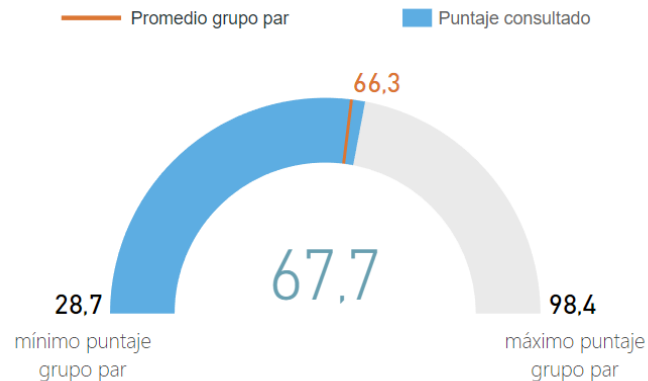
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

41. Elaborar un documento de pruebas de funcionalidad para la implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) de la entidad.
42. Elaborar un acta de cumplimiento a satisfacción de la entidad sobre el funcionamiento de los elementos intervenidos en la fase de implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPV6) de la entidad.
43. Elaborar una estrategia de uso y apropiación para todos los proyectos de TI teniendo en cuenta estrategias de gestión del cambio para mejorar el uso y apropiación de las tecnologías de la información (TI) en la entidad.
44. Implementar una estrategia de divulgación y comunicación de los proyectos TI para mejorar el uso y apropiación de las tecnologías de la información (TI) en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
45. Elaborar el inventario de activos de seguridad y privacidad de la información de la entidad, clasificarlo de acuerdo con los criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad, aprobarlo mediante comité de gestión y desempeño institucional, complementarlo y actualizarlo mediante proceso de mejora continua.
46. Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
47. Disponer en línea todos los tramites de la entidad, que sean susceptibles de disponerse en línea.
48. Mejorar la solución de problemas a partir de la implementación de ejercicios de innovación abierta con la participación de los grupos de valor de la entidad.
49. Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
50. Publicar, en la sección “transparencia y acceso a la información pública” de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las tablas de retención documental.
51. Publicar, en la sección “transparencia y acceso a la información pública” de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales.
52. Publicar, en la sección “transparencia y acceso a la información pública” de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre la información sobre los grupos étnicos en el territorio.
53. Publicar, en la sección “transparencia y acceso a la información pública” de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre el directorio de agremiaciones, asociados, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés.
54. Publicar, en la sección “transparencia y acceso a la información pública” de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre los mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en formulación de políticas.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Seguridad Digital**



**Recomendaciones:**

1. Incluir el alcance dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
2. Incluir la forma en que se le dará tratamiento a los riesgos (evitar, compartir, reducir y aceptar) dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
3. Establecer un responsable para el seguimiento al manejo de riesgos dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
4. Establecer una periodicidad para el seguimiento al manejo de riesgos dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
5. Establecer el nivel de aceptación del riesgo dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
6. Establecer niveles para calificar el impacto del riesgo dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
7. Incorporar el análisis del contexto interno y externo de la entidad dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
8. Fomentar la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
9. Fomentar la generación de acciones para apoyar la segunda línea de defensa frente al seguimiento de riesgo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

10. Establecer un propósito para el control, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad y en coordinación de sus equipos de trabajo, al momento de diseñar los controles.
11. Proporcionar una descripción del manejo frente a observaciones o derivaciones resultantes de la ejecución del control con el fin de dar lineamientos sobre los posibles cursos de acción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad y en coordinación de sus equipos de trabajo, al momento de diseñar los controles.
12. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos de seguridad y privacidad de la información.
13. Actualizar los mapas de riesgos de la entidad de acuerdo a los resultados del monitoreo o seguimiento.
14. Divulgar oportunamente a actualización de los mapas de riesgos de la entidad.
15. Verificar que el diseño de los controles sea pertinente frente a los riesgos identificados, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
16. Verificar de los controles establecidos contribuyen a la mitigación de todos los riesgos hasta niveles aceptables, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
17. Hacer seguimiento a los mapas de riesgos y deben verificar que se encuentren actualizados, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
18. Proponer acciones de mejora para el diseño y la ejecución de controles, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
19. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita controlar los puntos críticos de éxito.
20. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita diseñar controles adecuados.
21. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita ejecutar los controles de acuerdo con su diseño.
22. Informar periódicamente a las instancias correspondientes sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgo, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad en coordinación con sus equipos de trabajo.
23. Contemplar la elaboración de informes para la alta gerencia sobre el monitoreo a los indicadores de gestión determinando el alcance de los objetivos y metas institucionales, dentro de la evaluación a la gestión del





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

riesgo que hacen los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos.

24. Contemplar por parte del Jefe de Control Interno, que sus informes de seguimiento y auditoría emitidos por las oficinas de control interno, contribuyan a la formulación de acciones enfocadas a la gestión del riesgo.
25. Identificar factores sociales que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
26. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados establezcan una periodicidad definida para su ejecución.
27. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados indiquen el propósito del control.
28. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados establezcan el cómo se realiza la actividad de control.
29. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados indiquen qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
30. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados soporten evidencia de la ejecución del control.
31. Evaluar a través de las oficinas de control interno de la entidad o quien haga sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo del plan de auditoría, la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.
32. Elaborar el inventario de activos de seguridad y privacidad de la información de la entidad, clasificarlo de acuerdo con los criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
33. Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
34. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
35. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
36. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.
37. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

38. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en las jornadas de socialización y promoción del uso del modelo de gestión de riesgos de seguridad digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
39. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en las jornadas de sensibilización y capacitaciones del uso seguro de entorno digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
40. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad estableciendo convenios o acuerdos con otras entidades en temas relacionados con la defensa y seguridad digital.
41. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de ejercicios de simulación de incidentes de seguridad digital al interior de la entidad.
42. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como registrarse en el CSIRT Gobierno y/o ColCERT.
43. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como adoptar e implementar la guía para la identificación de infraestructura crítica cibernética.
44. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como realizar la identificación anual de la infraestructura crítica cibernética e informar al CCOC.
45. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como participar en la construcción de los planes sectoriales de protección de la infraestructura crítica cibernética.
46. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como adoptar e implementar la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en entidades públicas.
47. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como participar en las mesas de construcción y sensibilización del Modelo Nacional de Gestión de Riesgos de Seguridad Digital.
48. Implementar un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) en la entidad a partir de las necesidades identificadas, y formalizarlo mediante un acto administrativo.
49. Establecer el alcance del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), aprobarlo mediante la alta dirección y actualizarlo de acuerdo con los cambios en el contexto de la entidad.
50. Establecer objetivos específicos de seguridad de la información, aprobarlos mediante la alta dirección y medir su nivel de cumplimiento mediante los indicadores definidos para tal fin.
51. Establecer roles y responsabilidades específicos de seguridad de la información, aprobarlos mediante la alta dirección, actualizarlos de acuerdo



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

con las necesidades de la entidad y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.

52. Hacer campañas de concientización en temas de seguridad de la información de manera frecuente y periódica, específicas para cada uno de los distintos roles dentro de la entidad.
53. Establecer un procedimiento de gestión de incidentes de seguridad de la información, formalizarlo y actualizarlo de acuerdo con los cambios de la entidad.
54. Efectuar evaluaciones de vulnerabilidades informáticas.
55. Realizar retest para verificar la mitigación de vulnerabilidades y la aplicación de actualizaciones y parches de seguridad en sus sistemas de información.
56. Realizar periódicamente ejercicios simulados de ingeniería social al personal de la entidad incluyendo campañas de phishing, smishing, entre otros, y realizar concientización, educación y formación a partir de los resultados obtenidos.

## Defensa Jurídica



## Recomendaciones:

1. Esta política no aplica para la entidad consultada.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción**



**Recomendaciones:**

1. Definir lineamientos en relación a la gestión del riesgo (política institucional de riesgos), por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
2. Definir lineamientos en materia de anticorrupción (fraude y corrupción), por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
3. Revisar la exposición de la entidad a los riesgos de corrupción y fraude y en caso de contar con una línea de denuncias se deberá monitorear el progreso de su tratamiento, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
4. Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la gestión del riesgo (o política de administración del riesgo), haciendo énfasis en los riesgos de fraude y corrupción, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
5. Fomentar la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
6. Identificar los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
7. Verificar la adecuada identificación de los riesgos relacionados con fraude y corrupción. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

8. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos de seguridad y privacidad de la información.
9. Verificar el adecuado diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos de fraude y corrupción, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
10. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita controlar los puntos críticos de éxito.
11. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita diseñar controles adecuados.
12. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita ejecutar los controles de acuerdo con su diseño.
13. Contemplar por parte del Jefe de Control Interno, que sus informes de seguimiento y auditoría emitidos por las oficinas de control interno, contribuyan a la formulación de acciones enfocadas a la gestión del riesgo.
14. Verificar y evaluar, por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, el cumplimiento de la política de administración del riesgos adoptada por la entidad, bajo los lineamientos establecidos en su metodología (Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital).
15. Incluir en la política de administración del riesgo, lineamientos para el manejo de los riesgos de corrupción y fraude a que está expuesta la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
16. Identificar factores asociados a posibles actos de corrupción en la entidad que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
17. Identificar los riesgos de fraude y corrupción con base en el análisis de las diferentes formas que puedan presentarse en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
18. Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
19. Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
20. Analizar factores de riesgo de ocurrencia de situaciones de conflictos de intereses para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
21. Promover la transparencia en su gestión y evitar la corrupción en la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
22. Actualizar y documentar una arquitectura de referencia y una arquitectura de solución para todas las soluciones tecnológicas de la entidad, con el propósito de mejorar la gestión de sus sistemas de información.
23. Incorporar dentro de los contratos de desarrollo de los sistemas de información de la entidad, cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

24. Elaborar y actualizar los documentos de arquitectura de los desarrollos de software de la entidad.
25. Definir e implementar una metodología de referencia para el desarrollo de software y sistemas de información.
26. Elaborar el inventario de activos de seguridad y privacidad de la información de la entidad, clasificarlo de acuerdo con los criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
27. Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
28. Formular el plan de apertura, mejora y uso de datos abiertos de la entidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional e integrarlo al plan de acción anual.
29. Incluir en la Planeación Estratégica de la entidad, las actividades de gestión documental.
30. Publicar en el sitio web de la entidad, el Plan Institucional de Archivos - PINAR.
31. Identificar los Fondos Documentales Acumulados de la entidad -FDA.
32. Tramitar el proceso de convalidación de las Tablas de Valoración Documental -TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado de la entidad.
33. Inventariar el 100% de los archivos de gestión en el Formato Asnico de Inventario Documental - FUID.
34. Inventariar el 100% de la documentación del archivo central en el Formato Asnico de Inventario Documental - FUID.
35. Elaborar el documento Sistema Integrado de Conservación -SIC de la entidad.
36. Aprobar el documento Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.
37. Implementar el Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.
38. Publicar en el sitio web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública, el documento del Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.
39. Realizar actividades de prevención de emergencias y de atención de desastres en los sistemas de archivo de soportes físicos de la entidad.
40. Identificar los documentos electrónicos que genera y son susceptibles de preservar a largo plazo.
41. Definir estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing), para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
42. Ejecutar y documentar estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

43. Implementar el Plan de Preservación Digital.
44. Crear los expedientes electrónicos con los respectivos componentes tecnológicos (de autenticidad, integridad, fiabilidad, disponibilidad) que requiera la entidad.
45. Asignar los espacios físicos suficientes para el funcionamiento de los archivos de la entidad, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas requeridas.
46. Incluir los documentos audiovisuales (video, audio, fotográficos) en cualquier soporte y medio (análogo, digital, electrónico), en los instrumentos archivísticos de la entidad.
47. Realizar un diagnóstico integral de los documentos que produce la entidad.
48. Contemplar los expedientes electrónicos de archivo en las Tablas de Retención Documental de la entidad.
49. Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA en la entidad.
50. Definir el modelo de requisitos de gestión para los documentos electrónicos de la entidad.
51. Utilizar la digitalización de documentos para su consulta.
52. Utilizar la digitalización de documentos para la gestión y trámite de asuntos de la entidad.
53. Utilizar la digitalización de documentos para fines probatorios.
54. Utilizar la digitalización de documentos para los fines de preservación.
55. Utilizar la digitalización de documentos para contar con copia de seguridad.
56. Implementar en la entidad un proceso de capacitación que permita al servidor conocer los objetivos institucionales ligados a la actividad que ejecuta.
57. Formular la estrategia para la gestión preventiva de conflictos de interés dentro del marco de la planeación institucional.
58. Incluir en la estrategia de gestión para la prevención de conflictos de interés jornadas de sensibilización y capacitación para divulgar las situaciones sobre conflictos de interés que puede enfrentar un servidor público y las herramientas para tramitarlo.
59. Establecer canales para que los servidores y contratistas de la entidad presenten su declaración de conflictos de interés.
60. Establecer al interior de la entidad un proceso para la gestión de los conflictos de interés, donde el servidor público pueda tener claridad de cómo se reporta un posible caso y cuál es el conducto regular a seguir.
61. Desarrollar un mecanismo para el registro de la gestión de los conflictos de interés por parte de los servidores públicos que laboran dentro de la entidad.
62. Analizar los potenciales conflictos de interés de los servidores de la entidad con base en la declaración de bienes y rentas con el fin de incorporar acciones de prevención oportunamente.
63. Incluir diferentes medios de comunicación, acordes a la realidad de la entidad y a la pandemia, para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

64. Formular ejercicios de innovación que incluyan los medios digitales con el propósito de dar solución a los diferentes problemas, esto con el apoyo de la ciudadanía.
65. Promover el control social y las veedurías ciudadanas a la gestión de la entidad utilizando además de otros mecanismos los medios digitales.
66. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
67. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
68. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.
69. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.
70. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en las jornadas de socialización y promoción del uso del modelo de gestión de riesgos de seguridad digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
71. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en las jornadas de sensibilización y capacitaciones del uso seguro de entorno digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
72. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad estableciendo convenios o acuerdos con otras entidades en temas relacionados con la defensa y seguridad digital.
73. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de ejercicios de simulación de incidentes de seguridad digital al interior de la entidad.
74. Implementar un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) en la entidad a partir de las necesidades identificadas, y formalizarlo mediante un acto administrativo.
75. Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano.
76. Consolidar las estadísticas del servicio de la entidad, desde la dependencia de atención al ciudadano. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
77. Diseñar e implementar los documentos, guías o manuales para la caracterización de los usuarios en la entidad.
78. Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
79. Diseñar los indicadores para medir el uso de canales en la medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

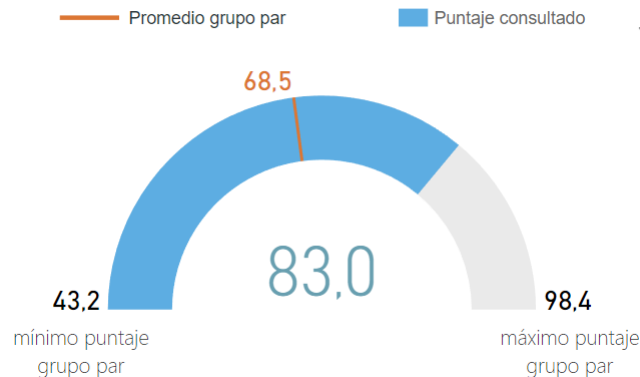
ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

80. Permitir que la consulta y radicación de PQRSD esté habilitada para dispositivos móviles.
81. Implementar otros mecanismos digitales (correo, chat, entre otros) en la entidad, que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD) de forma fácil y oportuna.
82. Instalar señalización en alto relieve en la entidad.
83. Instalar señalización con braille en la entidad.
84. Instalar señalización en otras lenguas o idiomas en la entidad.
85. Instalar sistemas de información que guíen a las personas a través de los ambientes físicos de la entidad y mejoren su comprensión y experiencia del espacio (Wayfinding).
86. Contar en la entidad con un procedimiento para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.
87. Disponer en formato accesible para personas en condición de discapacidad visual la información que publica la entidad.
88. Disponer en formato accesible para personas en condición de discapacidad psicosocial (mental) o intelectual (Ej.: contenidos de lectura fácil, con un cuerpo de letra mayor, vídeos sencillos con ilustraciones y audio de fácil comprensión) la información que publica la entidad.
89. Garantizar el acceso a la información de personas con discapacidad enviando las comunicaciones o respuestas a sus grupos de valor en un formato que garantiza su preservación digital a largo plazo y que a su vez es accesible (PDF/A-1b o PDF/A1a).
90. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las tablas de retención documental.
91. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales.
92. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre la información sobre los grupos étnicos en el territorio.
93. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre el directorio de agremiaciones, asociaciones, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés.
94. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre los mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en la formulación de políticas.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Servicio al Ciudadano**



**Recomendaciones:**

1. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos asociados a la prestación del servicio o atención al ciudadano.
2. Documentar y replicar las experiencias que se han identificado como innovadoras en la entidad.
3. Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (personas con discapacidad, jóvenes entre los 18 y 28 años y género) en la planeación del talento humano de la entidad.
4. Conocer e implementar diferentes herramientas que permitan a la entidad mejorar el lenguaje con el que se comunica con sus grupos de valor.
5. Mejorar la solución de problemas a partir de la implementación de ejercicios de innovación abierta con la participación de los grupos de valor de la entidad.
6. Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
7. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
8. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
9. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.
10. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.
11. Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano.
12. Alinear la política o estrategia de servicio al ciudadano con el PND y/o el PDT.





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

13. Consolidar las estadísticas del servicio de la entidad, desde la dependencia de atención al ciudadano. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
14. Realizar de forma periódica un análisis sobre si el talento humano asignado a cada uno de los canales de atención es suficiente para atender la demanda. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
15. Diseñar e implementar los documentos, guías o manuales para la caracterización de los usuarios en la entidad.
16. Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
17. Diseñar los indicadores para medir el uso de canales en la medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
18. Establecer incentivos y estímulos para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente.
19. Disponer, de acuerdo con las capacidades de la entidad de un canal de atención itinerante (ejemplo, puntos móviles de atención, ferias, caravanas de servicio, etc.) para la ciudadanía.
20. Permitir que la consulta y radicación de PQRSD esté habilitada para dispositivos móviles.
21. Implementar otros mecanismos digitales (correo, chat, entre otros) en la entidad, que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD) de forma fácil y oportuna.
22. Diseñar e implementar herramientas que le permitan a la entidad detectar y analizar las necesidades de los grupos de valor a fin de mejorar su satisfacción.
23. Instalar señalización en alto relieve en la entidad.
24. Instalar señalización con braille en la entidad.
25. Instalar señalización en otras lenguas o idiomas en la entidad.
26. Instalar sistemas de información que guíen a las personas a través de los ambientes físicos de la entidad y mejoren su comprensión y experiencia del espacio (Wayfinding).
27. Aprobar recursos para la adquisición e instalación de tecnología que permita y facilite la comunicación y publicación de información para personas con discapacidad visual, con el fin de promover la accesibilidad y atender las necesidades particulares.
28. Aprobar recursos para la adquisición e instalación de tecnología que permita y facilite la comunicación y publicación de información para personas con discapacidad auditiva, con el fin de promover la accesibilidad y atender las necesidades particulares.
29. Aprobar recursos para fortalecer las capacidades de talento humano que atiendan las necesidades de los grupos de valor (ej.: conocimiento de otras

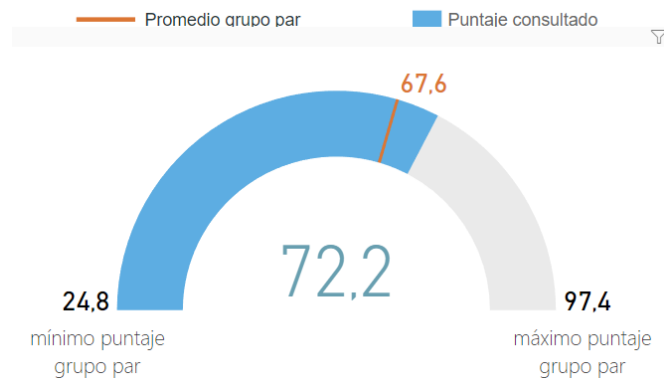


**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

lenguas o idiomas) con el fin de promover la accesibilidad y atender las necesidades particulares.

30. Contar con encuestas de percepción ciudadana frente a las comunicaciones institucionales, para evaluar la complejidad de los documentos utilizados para comunicarse con sus grupos de valor (formularios, guías, respuestas a derechos de petición, etc.) en la entidad
31. Evaluar los resultados del uso de los documentos de la entidad traducidos a lenguaje claro.
32. Contar en la entidad con un procedimiento para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.
33. Garantizar el acceso a la información de personas con discapacidad enviando las comunicaciones o respuestas a sus grupos de valor en un formato que garantiza su preservación digital a largo plazo y que a su vez es accesible (PDF/A-1b o PDF/A1a).

### Racionalización de Tramites



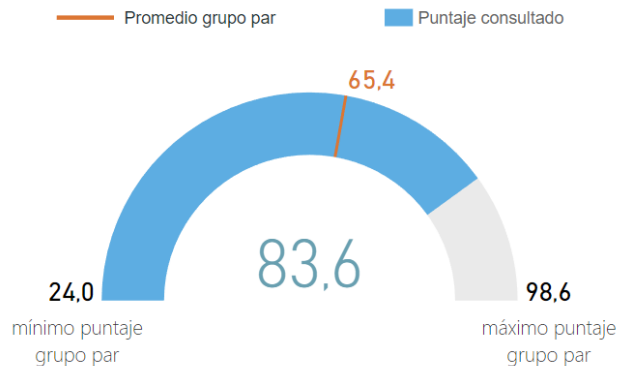
### Recomendaciones.

1. Fomentar la eficiencia administrativa, racionalizar sus trámites y agilizar su gestión como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
2. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
3. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
4. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.
5. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.
6. Formular en cada vigencia una estrategia de racionalización de trámites en la entidad.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Participación Ciudadana en la Gestión Pública**



**Recomendaciones.**

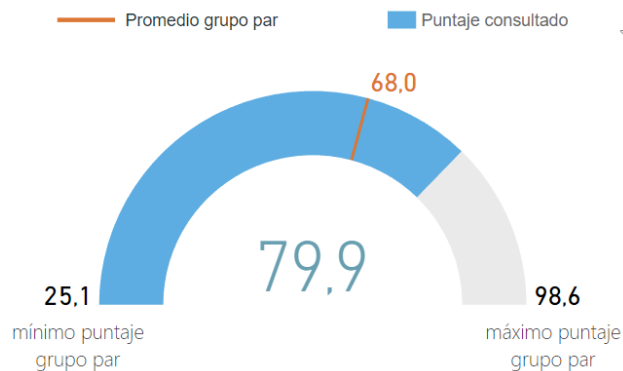
1. Aplicar procesos de ideación, creación o validación con grupos de valor o de interés como actividades de innovación.
2. Incluir la mayor cantidad posible y acorde con la realidad de la entidad y de la pandemia, de grupos de valor y otras instancias, en las actividades de participación implementadas.
3. Incluir diferentes medios de comunicación, acordes a la realidad de la entidad y a la pandemia, para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas.
4. Implementar diferentes acciones de diálogo, acordes a la realidad de la entidad y de la pandemia, para el proceso de rendición de cuentas.
5. Formular ejercicios de innovación que incluyan los medios digitales con el propósito de dar solución a los diferentes problemas, esto con el apoyo de la ciudadanía.
6. Promover el control social y las veedurías ciudadanas a la gestión de la entidad utilizando además de otros mecanismos los medios digitales.
7. Mejorar la solución de problemas a partir de la implementación de ejercicios de innovación abierta con la participación de los grupos de valor de la entidad.
8. Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
9. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
10. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
11. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

12. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.
13. Incluir indicadores de seguimiento al cumplimiento de las metas en el plan de acción anual institucional de la entidad para diseñar una planeación medible en su implementación.
14. Contar en la entidad con un procedimiento para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.
15. Garantizar el acceso a la información de personas con discapacidad enviando las comunicaciones o respuestas a sus grupos de valor en un formato que garantiza su preservación digital a largo plazo y que a su vez es accesible (PDF/A-1b o PDF/A1a).
16. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las tablas de retención documental.
17. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales.
18. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre la información sobre los grupos étnicos en el territorio.
19. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre el directorio de agremiaciones, asociaciones, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés.
20. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre los mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en la formulación de políticas.

## Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional



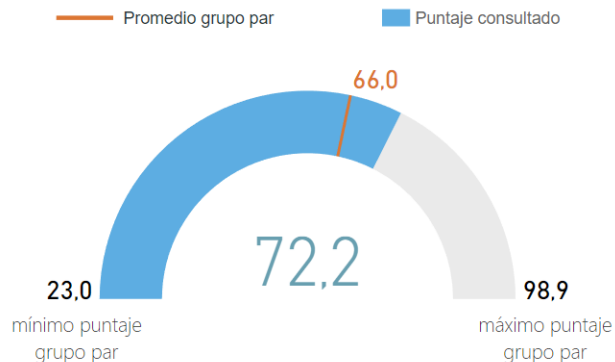


**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Recomendaciones:**

1. Identificar y sistematizar sus buenas prácticas y lecciones aprendidas para conservar su memoria institucional.
2. Generar productos y servicios teniendo en cuenta el aprendizaje organizacional (construir sobre lo construido) para conservar la memoria institucional.
3. Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
4. Incluir indicadores de seguimiento al cumplimiento de las metas en el plan de acción anual institucional de la entidad para diseñar una planeación medible en su implementación.
5. Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano.
6. Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
7. Diseñar los indicadores para medir el uso de canales en la medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
8. Evaluar los resultados del uso de los documentos de la entidad traducidos a lenguaje claro.
9. Reorganizar por parte del equipo directivo equipos de trabajo y/o recursos para asegurar los resultados a partir del análisis de los indicadores de la gestión institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

**Gestión Documental**





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**Recomendaciones:**

1. Establecer en la planta de personal de la entidad (o documento que contempla los empleos de la entidad) los empleos suficientes para cumplir con los planes y proyectos.
2. Incluir en la Planeación Estratégica de la entidad, las actividades de gestión documental.
3. Publicar en el sitio web de la entidad, el Plan Institucional de Archivos - PINAR.
4. Identificar los Fondos Documentales Acumulados de la entidad -FDA.
5. Tramitar el proceso de convalidación de las Tablas de Valoración Documental -TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado de la entidad.
6. Inventariar el 100% de los archivos de gestión en el Formato Asnico de Inventario Documental - FUID.
7. Inventariar el 100% de la documentación del archivo central en el Formato Ásnico de Inventario Documental - FUID.
8. Elaborar el documento Sistema Integrado de Conservación -SIC de la entidad.
9. Aprobar el documento Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.
10. Implementar el Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.
11. Publicar en el sitio web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública, el documento del Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.
12. Realizar actividades de prevención de emergencias y de atención de desastres en los sistemas de archivo de soportes físicos de la entidad.
13. Desarrollar acciones frente al manejo de los residuos generados en los procesos de gestión documental articulados a la política de gestión ambiental de la entidad.
14. Definir e implementar una política de uso eficiente del papel articulada a la política de gestión ambiental de la entidad.
15. Adquirir equipos de apoyo al proceso de gestión documental que sean amigables con el medio ambiente y acorde con la política de gestión ambiental de la entidad.
16. Gestionar de manera adecuada los residuos de aparatos eléctricos y digitales acorde con la política nacional y la política de gestión ambiental de la entidad.
17. Identificar los documentos electrónicos que genera y son susceptibles de preservar a largo plazo.
18. Definir estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing), para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
19. Ejecutar y documentar estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
20. Implementar el Plan de Preservación Digital.





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

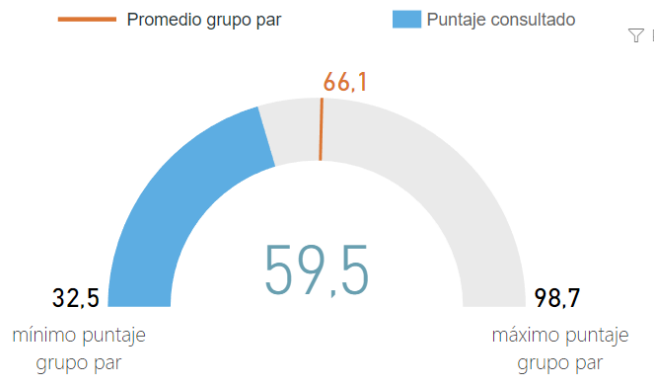
21. Identificar el inventario documental a cargo de la entidad relacionado con los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado.
22. Identificar en las Tablas de Valoración Documental los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo de la entidad.
23. Identificar los índices de información clasificada y reservada para los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo de la entidad.
24. Identificar las tablas de control de acceso de la información clasificada y reservada para los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo de la entidad.
25. Crear los expedientes electrónicos con los respectivos componentes tecnológicos (de autenticidad, integridad, fiabilidad, disponibilidad) que requiera la entidad.
26. Asignar los espacios físicos suficientes para el funcionamiento de los archivos de la entidad, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas requeridas.
27. Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para el desarrollo de los instrumentos archivísticos para la adecuada gestión documental.
28. Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para atender los requerimientos de custodia de los documentos.
29. Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para la infraestructura física requerida para la adecuada gestión documental.
30. Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para el desarrollo de la infraestructura tecnológica para la adecuada gestión documental.
31. Definir e implementar un proceso para el préstamo de documentos internos que dé cuenta de la devolución de estos.
32. Incluir los documentos audiovisuales (video, audio, fotográficos) en cualquier soporte y medio (análogo, digital, electrónico), en los instrumentos archivísticos de la entidad.
33. Realizar un diagnóstico integral de los documentos que produce la entidad.
34. Contemplar los expedientes electrónicos de archivo en las Tablas de Retención Documental de la entidad.
35. Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA en la entidad.
36. Definir el modelo de requisitos de gestión para los documentos electrónicos de la entidad.
37. Utilizar la digitalización de documentos para su consulta.
38. Utilizar la digitalización de documentos para la gestión y trámite de asuntos de la entidad.
39. Utilizar la digitalización de documentos para fines probatorios.
40. Utilizar la digitalización de documentos para los fines de preservación.
41. Utilizar la digitalización de documentos para contar con copia de seguridad.
42. Implementar en la entidad un proceso de capacitación que permita al servidor conocer los objetivos institucionales ligados a la actividad que ejecuta.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

43. Implementar una organización documental adecuada, y disponer de instrumentos archivísticos que le permitan a la entidad dar manejo a los Fondos Documentales recibidos.
44. Identificar, planear y desarrollar diferentes acciones que promuevan una cultura organizacional orientada hacia la gestión del conocimiento.

## Gestión del Conocimiento



## Recomendaciones:

1. Implementar el plan de acción definido en la vigencia para fortalecer el desarrollo de la política de gestión del conocimiento y la innovación.
2. Implementar herramientas de gestión del conocimiento para fortalecer el desarrollo de la política de gestión del conocimiento y la innovación.
3. Recopilar información sobre el conocimiento que requieren sus dependencias para identificar las necesidades de nuevo conocimiento e innovación.
4. Consultar las necesidades y expectativas a sus grupos de valor para identificar las necesidades de conocimiento e innovación.
5. Identificar y sistematizar sus buenas prácticas y lecciones aprendidas para conservar su memoria institucional.
6. Generar productos y servicios teniendo en cuenta el aprendizaje organizacional (construir sobre lo construido) para conservar la memoria institucional.
7. Identificar y evaluar el estado de funcionamiento de las herramientas de uso y apropiación del conocimiento para su adecuada gestión.
8. Identificar, clasificar y actualizar el conocimiento tácito de la entidad para establecer necesidades de nuevo conocimiento.
9. Priorizar la necesidad de contar con herramientas para una adecuada gestión del conocimiento y la innovación en la entidad.
10. Realizar inventarios para identificar la ubicación del conocimiento explícito y evitar la pérdida de este conocimiento en la entidad.

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

11. Contar con repositorios de conocimiento explícito en la entidad para evitar su pérdida.
12. Realizar procesos de socialización y difusión del conocimiento explícito al interior de la entidad para evitar su pérdida.
13. Definir las actividades de innovación en las que la entidad va a trabajar en la vigencia correspondiente.
14. Generar nuevas formas de interacción con sus grupos de valor como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
15. Fomentar la eficiencia administrativa, racionalizar sus trámites y agilizar su gestión como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
16. Generar métodos de comunicación nuevos o mejorados como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
17. Generar métodos organizacionales nuevos o mejorados como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
18. Generar servicios o productos nuevos o mejorados como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
19. Promover la creación para generar nuevas soluciones como contribución de la innovación en los procesos de la entidad.
20. Identificar las necesidades de investigación relacionadas con la misión de la entidad, con el fin de determinar los proyectos de investigación que se deberán adelantar.
21. Definir en su plan de acción proyectos específicos para gestionar investigaciones en la entidad acorde con su misión.
22. Contar con un grupo, unidad, equipo o personal encargado de gestionar proyectos de investigación que se vayan a adelantar en la entidad.
23. Desarrollar las acciones necesarias para gestionar las actividades y productos de investigación que se adelanten en la entidad.
24. Gestionar alianzas con semilleros, grupos o equipos de investigación internos o externos y establecer las acciones que deberán adelantarse para el efecto.
25. Establecer las acciones necesarias para gestionar los productos de investigación en curso o para incluir proyectos de investigación en la planeación estratégica de la entidad, acordes con su misión.
26. Socializar y publicar los resultados de las investigaciones realizadas por la entidad.
27. Organizar, clasificar y validar los datos e información para establecer parámetros de calidad para su recolección, que permitan analizar y reorientar la entidad hacia el logro de sus metas propuestas.
28. Organizar, clasificar y validar los datos e información para documentar las operaciones estadísticas de la entidad.
29. Organizar, clasificar y validar los datos e información para desarrollar análisis descriptivos, predictivos o prospectivos de los resultados de su gestión, para determinar el grado de avance de las políticas a cargo de la entidad y adoptar acciones de mejora.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

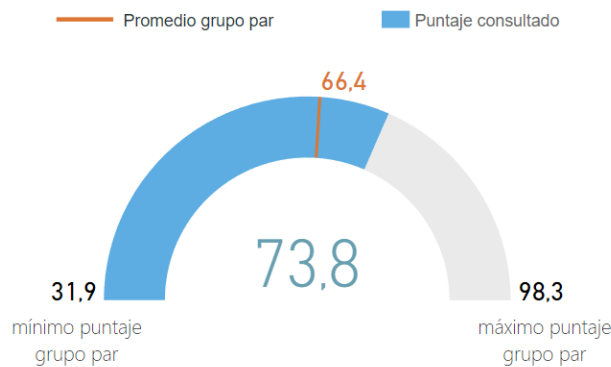
30. Organizar, clasificar y validar los datos e información de la entidad para mejorar el acceso a los mismos por parte del talento humano y los grupos de valor.
31. Organizar, clasificar y validar los datos e información para diseñar o actualizar los planes de mejora para su gestión y resultado.
32. Generar campañas con la información que más se solicita para difundir a sus grupos de valor.
33. Utilizar diferentes herramientas para facilitar la apropiación del conocimiento de la entidad para difundir a sus grupos de valor.
34. Generar acciones de aprendizaje basadas en problemas o proyectos, dentro de su planeación anual, de acuerdo con las necesidades de conocimiento de la entidad, evaluar los resultados y tomar acciones de mejora.
35. Desarrollar herramientas y/o instrumentos para transferir el conocimiento y mejorar su apropiación al interior de la entidad.
36. Organizar actividades formales e informales de difusión del conocimiento al interior de la entidad.
37. Establecer convenios y/o acuerdos con otras organizaciones para fortalecer el conocimiento de la entidad y su capital relacional.
38. Fortalecer el conocimiento del talento humano de la entidad desde su propio capital intelectual.
39. Diseñar y ejecutar actividades en entornos que permitan enseñar-aprender desde varios enfoques.
40. Fomentar la transferencia del conocimiento hacia adentro y hacia afuera de la entidad.
41. Generar proyectos y metas compartidas de fortalecimiento institucional como acción para colaborar con otras entidades para la producción y generación de datos, información, documentos, investigaciones, desarrollos tecnológicos, entre otros.
42. Colaborar en la gestión de proyectos de investigación o innovación relacionados con su misión institucional, como acción para colaborar con otras entidades.
43. Participar en redes de conocimiento como acción para colaborar con otras entidades para la producción y generación de datos, documentos, información, investigaciones, desarrollos tecnológicos, entre otros.
44. Participar en comunidades de práctica como acción para colaborar con otras entidades para la producción y generación de datos, documentos, información, investigaciones, desarrollos tecnológicos, entre otros.
45. Investigar, conocer y aplicar diferentes actividades y métodos de innovación que puedan ser útiles a la entidad.
46. Documentar, publicar y adoptar buenas prácticas en temas de innovación.
47. Identificar y analizar los beneficios e impactos que han generado para la entidad la implementación de los métodos de innovación.
48. Identificar qué recursos y capacidades dispone la entidad para llevar a cabo ejercicios de innovación, y cuales aún no tiene, pero podría implementar.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

49. Planear e implementar actividades de investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) que le permitan a la entidad obtener nuevo conocimiento acorde a sus competencias y necesidades.
50. Identificar, planear y desarrollar diferentes acciones que promuevan una cultura organizacional orientada hacia la gestión del conocimiento.
51. Propiciar y facilitar diferentes formas de comunicación dentro de la entidad, para que su talento humano cuente con información clara y precisa, y a su vez, pueda expresarse fácil y oportunamente, compartir su conocimiento, proponer soluciones, entre otras.

## Control Interno



## Recomendaciones:

1. Definir lineamientos en relación a la gestión del riesgo (política institucional de riesgos), por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
2. Definir lineamientos en relación a comunicaciones internas y externas, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
3. Definir lineamientos en relación a los estatutos de auditoría, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
4. Definir lineamientos en materia de anticorrupción (fraude y corrupción), por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
5. Definir lineamientos en materia de talento humano, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

6. Definir lineamientos en materia de productos y servicios de la entidad, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
7. Definir lineamientos en relación a la generación de alertas y recomendaciones al comité institucional de gestión y desempeño para la mejora de la gestión, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
8. Definir lineamientos en relación a la programación, ejecución y seguimiento presupuestal, por parte de la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno (de manera articulada o cada uno en cumplimiento de sus competencias).
9. Establecer lineamientos para el funcionamiento del sistema de control interno (SCI), por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
10. Establecer una metodología que permita documentar y formalizar el esquema de las líneas de defensa, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
11. Generar alertas al comité institucional de gestión y desempeño para la mejora de la gestión, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación del sistema de control interno, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
12. Monitorear el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de los principios y valores del servicio público, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
13. Revisar la exposición de la entidad a los riesgos de corrupción y fraude y en caso de contar con una línea de denuncias se deberá monitorear el progreso de su tratamiento, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
14. Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la gestión del riesgos (o política de administración del riesgo), haciendo énfasis en los riesgos de fraude y corrupción, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
15. Verificar que el objetivo y el alcance del plan anual de auditoría presentado por el jefe de control interno se encuentre alineado con la planeación estratégica de la entidad, con el fin de aprobar el plan anual de auditoría. Esta verificación debe realizarla el comité institucional de coordinación de control interno.
16. Verificar que el plan anual de auditoría presentado por el jefe de control interno evidencie cuál es el total de aspectos susceptibles de ser auditados (universo de auditoría) y que priorice los más importantes para cada vigencia, con el fin de aprobar el Plan anual de auditoría. Esta verificación debe realizarla el comité institucional de coordinación de control interno.
17. Verificar que el plan anual de auditoría presentado por el jefe de control interno evidencie el tiempo en el cual se llevará a cabo la auditoría para el total de aspectos susceptibles de ser auditados en la entidad, con el fin de





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

aprobar el Plan anual de auditoría. Esta verificación debe realizarla el comité institucional de coordinación de control interno.

18. Verificar que el plan anual de auditoría presentado por el jefe de control interno incluya auditorías y seguimientos, asesorías y acompañamientos y los informes de ley obligatorios, con el fin de aprobar el Plan anual de auditoría. Esta verificación debe realizarla el comité institucional de coordinación de control interno.
19. Incluir el alcance dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
20. Incluir la forma en que se le dará tratamiento a los riesgos (evitar, compartir, reducir y aceptar) dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
21. Establecer un responsable para el seguimiento al manejo de riesgos dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
22. Establecer una periodicidad para el seguimiento al manejo de riesgos dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
23. Establecer el nivel de aceptación del riesgo dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
24. Establecer niveles para calificar el impacto del riesgo dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
25. Incorporar el análisis del contexto interno y externo de la entidad dentro de la política de administración de riesgos establecida por la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno.
26. Definir un mecanismo o líneas de reporte (fuentes de información internas) que le permitan evaluar de manera permanente la efectividad del sistema de control interno, por parte de la alta dirección.
27. Establecer medios de comunicación internos para dar a conocer las decisiones y mejoras del sistema de control interno, por parte de la alta dirección.
28. Verificar que la autoridad y responsabilidad asignada a los diferentes servidores permita el flujo de información y el logro de los objetivos de la entidad, por parte de la alta dirección.
29. Verificar la efectividad de las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano adoptadas por la entidad, por parte de la alta dirección.
30. Promover la identificación y el análisis del riesgo desde el direccionamiento o planeación estratégica de la entidad, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
31. Monitorear los cambios en el entorno (interno y externo) que puedan afectar la efectividad del sistema de control interno, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

32. Fomentar la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
33. Fomentar la generación de acciones para apoyar la segunda línea de defensa frente al seguimiento del riesgo, por parte del comité institucional de coordinación de control interno.
34. Identificar los factores de riesgo (cambios del entorno interno o externo) de los procesos, programas o proyectos a su cargo, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
35. Identificar los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
36. Definir responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
37. Determinar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, sus consecuencias e impactos (riesgo inherente) con el fin de darles un adecuado manejo, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
38. Establecer las acciones para mejorar los controles existentes o crear nuevos controles conforme sea necesario con el fin de dar manejo a los riesgos identificados, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
39. Definir el responsable del seguimiento a los riesgos para cada proceso, proyecto o programa a su cargo, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
40. Gestionar los riesgos teniendo en cuenta la política de administración de riesgo definida para la entidad, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos y sus equipos de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
41. Establecer un propósito para el control, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad y en coordinación con sus equipos de trabajo, al momento de diseñar los controles.
42. Proporcionar una descripción del manejo frente a observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución del control con el fin de dar lineamientos sobre los posibles cursos de acción, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad y en coordinación con sus equipos de trabajo, al momento de diseñar los controles.
43. Verificar en el marco de la política de administración de riesgos que la identificación y valoración del riesgo sea adecuada frente al logro de objetivos y metas. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

44. Verificar la adecuada identificación de los riesgos en relación con los objetivos institucionales o estratégicos definidos desde el Direccionamiento Estratégico. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
45. Verificar la adecuada identificación de los riesgos relacionados con fraude y corrupción. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
46. Monitorear y evaluar la exposición al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente. La actividad deben realizarla los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) y desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
47. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos de seguridad y privacidad de la información.
48. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos legales o de cumplimiento.
49. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos de imagen o confianza.
50. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos asociados a la prestación del servicio o atención al ciudadano.
51. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos operativos.
52. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos fiscales.
53. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos contables.
54. Establecer controles para evitar la materialización de riesgos presupuestales (en los procesos de programación y ejecución del presupuesto).
55. Identificar cambios en los riesgos establecidos (por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad en coordinación con sus equipos de trabajo) y proponer ajustes a los controles con el fin de darle un adecuado manejo a los riesgos identificados. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
56. Tomar correctivos en caso de detectarse desviaciones en el seguimiento a los procesos, indicadores, cronogramas u otras herramientas (por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad en coordinación con sus equipos de trabajo) . Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

57. Actualizar los mapas de riesgos de la entidad de acuerdo a los resultados del monitoreo o seguimiento.
58. Divulgar oportunamente la actualización de los mapas de riesgos de la entidad.
59. Verificar que el diseño de los controles sea pertinente frente a los riesgos identificados, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
60. Verificar que los controles establecidos contribuyen a la mitigación de todos los riesgos hasta niveles aceptables, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
61. Hacer seguimiento a los mapas de riesgos y deben verificar que se encuentren actualizados, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
62. Proponer acciones de mejora para el diseño y la ejecución de controles, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
63. Verificar el adecuado diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos estratégicos o institucionales, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
64. Verificar el adecuado diseño y ejecución de los controles que mitigan los riesgos de fraude y corrupción, por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
65. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita controlar los puntos críticos de éxito.
66. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita diseñar controles adecuados.
67. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita ejecutar los controles de acuerdo con su diseño.
68. Llevar a cabo una gestión del riesgo en la entidad, que le permita garantizar de forma razonable el desarrollo de la gestión presupuestal de la entidad.
69. Asegurar (por parte de la alta dirección) que dentro de los procesos de información y comunicación interna y externa se establezcan mecanismos claros de comunicación para facilitar el ejercicio de control interno. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

70. Utilizar los mecanismos de comunicación definidos por la entidad (por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad en coordinación con sus equipos de trabajo) para interactuar con los grupos de valor y entes de control. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
71. Verificar que la información fluya a través de los canales establecidos de manera accesible, oportuna, confiable, íntegra y segura de manera tal que respalde el funcionamiento del sistema de control interno (SCI). Esta acción está a cargo de quienes lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos).
72. Analizar los resultados de los informes presentados por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces frente al plan anual de auditoría que fue aprobado por el comité institucional de coordinación de control interno.
73. Monitorear las acciones de mejora establecidas a partir de la ejecución de las auditorías contempladas en el plan anual de auditoría.
74. Evaluar al final de la vigencia el nivel de cumplimiento del plan anual de auditoría.
75. Verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías al modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI).
76. Verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías de accesibilidad web, conforme a los criterios de accesibilidad web del anexo 1 de la Resolución 1519 de 2020.
77. Verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías de gestión conforme a la norma técnica NTC 6047 de infraestructura.
78. Informar periódicamente a las instancias correspondientes sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos, por parte de los líderes de los programas, proyectos, o procesos de la entidad en coordinación con sus equipos de trabajo.
79. Contemplar el cumplimiento legal y regulatorio, dentro de la evaluación a la gestión del riesgo que hacen los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos.
80. Contemplar la elaboración de informes para la alta dirección sobre el monitoreo a los indicadores de gestión, determinando el alcance de los objetivos y metas institucionales, dentro de la evaluación a la gestión del riesgo que hacen los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos.
81. Contemplar la confiabilidad de la información financiera y no financiera, dentro de la evaluación a la gestión del riesgo que hacen los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos.
82. Contemplar el acompañamiento a las instancias correspondientes en la formulación e implementación de las mejoras, dentro de la evaluación a la gestión del riesgo que hacen los jefes de planeación, líderes de otros sistemas de gestión o comités de riesgos.





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

83. Efectuar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora en el tiempo programado, por parte de los responsables de los temas transversales de la entidad.
84. Verificar que las acciones de mejora contribuyan al logro de los resultados de los procesos, por parte de los responsables de los temas transversales de la entidad.
85. Contemplar por parte del Jefe de Control Interno, que sus informes de seguimiento y auditoría emitidos por las oficinas de control interno, contribuyan a la formulación de acciones enfocadas a la gestión del riesgo.
86. Promover en el Comité Institucional de Gestión de Desempeño, la presentación y análisis de los resultados de gestión del sistema de control interno de la entidad.
87. Promover en el comité institucional de control interno, la presentación y análisis de los resultados de auditorías efectuadas por los organismos de control.
88. Promover en el comité institucional de control interno, la presentación y análisis de los resultados del Sistema de Control Interno -MECI obtenidos a través del FURAG y otras evaluaciones externas efectuadas a la entidad.
89. Incluir en el ejercicio de direccionamiento estratégico el análisis de los cambios del entorno que afectan o afectarían el cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
90. Incluir en el ejercicio de direccionamiento estratégico el análisis del marco normativo mediante el cual se asignan competencias y funciones que van a permitir identificar claramente el propósito para el cual fue creado. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
91. Evaluar en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el cumplimiento de los valores y principios del servicio público. Algunos aspectos a evaluar son: Conocimiento por parte de los servidores del código de integridad. Cumplimiento del código en su integralidad. Análisis de información relacionada, como serían declaraciones de conflictos de interés, información recibida desde la línea de denuncia (si existe), o bien desde otras fuentes.
92. Contar con un canal de comunicación en la entidad, para que el personal pueda dar a conocer sus opiniones y denuncias. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
93. Analizar y tomar las medidas de mejora que contribuyan al fortalecimiento del clima laboral en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
94. Verificar y evaluar, por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, el cumplimiento de la política de administración del riesgos adoptada por la entidad, bajo los lineamientos establecidos en su metodología (Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital).





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

95. Incluir en la política de administración del riesgo, lineamientos para el manejo de los riesgos de corrupción y fraude a que está expuesta la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
96. Incluir en la política de administración del riesgo, los resultados de las evaluaciones llevadas a cabo por los organismos de control. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
97. Establecer desde la alta dirección una estructura de responsabilidades (esquema de las líneas de defensa) que permita fortalecer la orientación y claridad en la definición de las líneas de reporte. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
98. Establecer desde la alta dirección una estructura de responsabilidades (esquema de las líneas de defensa) que faciliten el flujo de información en temas clave para la toma de decisiones en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
99. Establecer desde la alta dirección una estructura de responsabilidades (esquema de las líneas de defensa) que faciliten el cumplimiento de los objetivos de la entidad (planes, programas, proyectos y procesos). Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
100. Definir políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano efectivas, que aporten al logro de los objetivos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
101. Identificar factores políticos que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
102. Identificar factores sociales que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
103. Identificar factores legales que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
104. Identificar factores de infraestructura que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
105. Identificar factores ambientales que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
106. Identificar factores asociados a los procesos que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
107. Identificar factores asociados al flujo y disponibilidad de la comunicación interna y externa, que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

108. Identificar factores asociados a la atención del ciudadano que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
109. Identificar factores asociados a posibles actos de corrupción en la entidad que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
110. Identificar factores asociados a la seguridad digital que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
111. Identificar factores de carácter fiscal que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
112. Continuar con el seguimiento a los riesgos de los contratos e informar las alertas a que haya lugar por parte de los supervisores e interventores, dentro del rol que ejercen en el esquema de líneas de defensa establecido por la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
113. Identificar los riesgos de fraude y corrupción con base en el análisis de las diferentes formas que puedan presentarse en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
114. Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
115. Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
116. Evaluar el cumplimiento de la política de administración del riesgo en todos los niveles de la entidad, por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su plan anual de auditorías.
117. Evaluar las actividades adelantadas frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo, por parte del jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su plan anual de auditorías.
118. Asesorar a la oficina de planeación y otras instancias que ejercen la segunda línea de defensa, para mejorar la evaluación del riesgo, por parte del jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su plan anual de auditorías.
119. Verificar que los controles contribuyan a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces.
120. Realizar seguimiento a la ejecución de los controles diseñados en los mapas de riesgos de la entidad, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

121. Proponer acciones para mejorar el diseño y/o ejecución de los controles, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces.
122. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados establezcan una periodicidad definida para su ejecución.
123. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados indiquen el propósito del control.
124. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados establezcan el cómo se realiza la actividad de control.
125. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados indiquen qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
126. Evaluar por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en la entidad, que los controles diseñados soporten evidencia de la ejecución del control.
127. Informar a la alta dirección y a los demás responsables del sistema de control interno, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación, por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces en el marco de los roles y en desarrollo de su Plan anual de auditorías.
128. Comunicar a los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno por medio de la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
129. Tomar decisiones oportunas y soportadas en evidencias por la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
130. Generar espacios de participación con los servidores y la ciudadanía en la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
131. Promover la transparencia en su gestión y evitar la corrupción en la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
132. Evaluar la efectividad de los controles de los riesgos asociados a los procesos auditados por parte del jefe de control interno o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su Plan anual de auditorías.
133. Evaluar a través de las oficinas de control interno de la entidad o quien haga sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo del plan de auditoría, la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

134. Verificar por parte del representante legal de la entidad que las acciones de mejora se realicen por los responsables en el tiempo programado. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
135. Verificar por parte del representante legal de la entidad que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
136. Evaluar a través de seguimientos o auditorías, la gestión institucional por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces.
137. Establecer en la planta de personal de la entidad (o documento que contempla los empleos de la entidad) los empleos suficientes para cumplir con los planes y proyectos.
138. Gestionar los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual como acción para conservar el conocimiento de los servidores públicos.
139. Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad, un macroproceso o proceso (procedimientos, actividades y flujos) de gestión de TI definido, documentado y actualizado.
140. Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad, instancias o grupos de decisión de TI.
141. Incorporar, en el esquema de gobierno de tecnologías de la información (TI) de la entidad, indicadores para medir el desempeño de la gestión de TI.
142. Utilizar acuerdos marco de precios para bienes y servicios de TI con el propósito de optimizar las compras de tecnologías de información de la entidad.
143. Actualizar y documentar una arquitectura de referencia y una arquitectura de solución para todas las soluciones tecnológicas de la entidad, con el propósito de mejorar la gestión de sus sistemas de información.
144. Incorporar dentro de los contratos de desarrollo de los sistemas de información de la entidad, cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.
145. Implementar un plan de aseguramiento de la calidad durante el ciclo de vida de los sistemas de información que incluya criterios funcionales y no funcionales.
146. Incorporar las funcionalidades de accesibilidad establecidas en la política de Gobierno Digital, en los sistemas de información de acuerdo con la caracterización de usuarios de la entidad.
147. Implementar mecanismos de disponibilidad de la infraestructura de TI de tal forma que se asegure el cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos.
148. Implementar una estrategia de divulgación y comunicación de los proyectos TI para mejorar el uso y apropiación de las tecnologías de la



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

información (TI) en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

149. Elaborar el inventario de activos de seguridad y privacidad de la información de la entidad, clasificarlo de acuerdo con los criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
150. Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
151. Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (personas con discapacidad, jóvenes entre los 18 y 28 años y género) en la planeación del talento humano de la entidad.
152. Implementar en la entidad un proceso de capacitación que permita al servidor conocer los objetivos institucionales ligados a la actividad que ejecuta.
153. Formular una estrategia y cronograma de trabajo para adoptar la política de integridad de la entidad por parte de los servidores.
154. Implementar acciones pedagógicas o campañas de sensibilización de la política de integridad para su apropiación por parte de los servidores de la entidad.
155. Implementar diferentes mecanismos para llevar a cabo los procesos de selección meritocrática de los gerentes públicos y de los cargos de libre nombramiento y remoción. Como mínimo, la entidad debe emplear el área de talento humano propia o podrá solicitar apoyo del grupo de meritocracia de Función Pública.
156. Implementar procesos de inducción a los gerentes públicos que contemple al menos dos de los siguientes canales: de manera virtual, presencial con la ESAP o en forma directa con la entidad.
157. Incluir diferentes medios de comunicación, acordes a la realidad de la entidad y a la pandemia, para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas.
158. Implementar diferentes acciones de diálogo, acordes a la realidad de la entidad y de la pandemia, para el proceso de rendición de cuentas.
159. Recopilar y organizar información que permita a la entidad identificar y caracterizar sus grupos de valor, para diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.
160. Analizar la información recopilada sobre los grupos de valor para determinar sus características sociales, geográficas, económicas o las que la entidad considere de acuerdo con su misión y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a cada grupo.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

161. Utilizar la información de caracterización de los grupos de valor de la entidad para definir sus planes, proyectos y programas.
162. Mantener actualizada la información recopilada sobre los grupos de valor y así poder diseñar estrategias de intervención ajustadas a la realidad.
163. Tener en cuenta las recomendaciones del equipo directivo y sus equipos de trabajo para tomar decisiones en los ejercicios de planeación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
164. Incluir indicadores de seguimiento al cumplimiento de las metas en el plan de acción anual institucional de la entidad para diseñar una planeación medible en su implementación.
165. Aprobar en el Consejo de Gobierno el plan de acción anual institucional de la entidad.
166. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en las jornadas de socialización y promoción del uso del modelo de gestión de riesgos de seguridad digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
167. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en las jornadas de sensibilización y capacitaciones del uso seguro de entorno digital convocadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
168. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad estableciendo convenios o acuerdos con otras entidades en temas relacionados con la defensa y seguridad digital.
169. Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de ejercicios de simulación de incidentes de seguridad digital al interior de la entidad.
170. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como registrarse en el CSIRT Gobierno y/o ColCERT.
171. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como adoptar e implementar la guía para la identificación de infraestructura crítica cibernética.
172. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como realizar la identificación anual de la infraestructura crítica cibernética e informar al CCOC.
173. Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como adoptar e implementar la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en entidades públicas.
174. Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación para la política o estrategia de servicio al ciudadano.





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

175. Consolidar las estadísticas del servicio de la entidad, desde la dependencia de atención al ciudadano. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
176. Realizar de forma periódica un análisis sobre si el talento humano asignado a cada uno de los canales de atención es suficiente para atender la demanda. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
177. Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
178. Diseñar los indicadores para medir el uso de canales en la medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
179. Disponer, de acuerdo con las capacidades de la entidad de un canal de atención itinerante (ejemplo, puntos móviles de atención, ferias, caravanas de servicio, etc.) para la ciudadanía.
180. Permitir que la consulta y radicación de PQRSD esté habilitada para dispositivos móviles.
181. Implementar otros mecanismos digitales (correo, chat, entre otros) en la entidad, que permitan al ciudadano hacer seguimiento al estado de sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD) de forma fácil y oportuna.
182. Contar con encuestas de percepción ciudadana frente a las comunicaciones institucionales, para evaluar la complejidad de los documentos utilizados para comunicarse con sus grupos de valor (formularios, guías, respuestas a derechos de petición, etc.) en la entidad.
183. Reorganizar por parte del equipo directivo equipos de trabajo y/o recursos para asegurar los resultados a partir del análisis de los indicadores de la gestión institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
184. Contar en la entidad con un procedimiento para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.
185. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las tablas de retención documental.
186. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre las políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales.
187. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre la información sobre los grupos étnicos en el territorio.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

188. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre el directorio de agremiaciones, asociaciones, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés.
189. Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web o sede electrónica información actualizada sobre los mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en la formulación de políticas.

### Mejora Normativa



#### Recomendaciones:

1. Esta política no aplica para la entidad consultada.

### Gestión de la Información Estadística



#### Recomendaciones:

1. Esta política no aplica para la entidad consultada.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 891.900.343-6**

**LUISA FERNANDA CORREA ERAZO**

Asesora de Planeación

**VICTOR ALFONSO VARELA PEREZ**

Asesor de Control Interno