



HOSPITAL MILITAR CENTRAL	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: PL-CLDD-PR-01-FT-14
 	OFICINA: ASESORA DE PLANEACIÓN (Área Gestión de Calidad)	FECHA DE EMISION: 19-02-2021
	PROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 04
		Página 1 de 29
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO		

TEMA: Comité de Gestión y Desempeño – RAE III Trim y aprobación de políticas		REUNIÓN Virtual Presencial: X
ÁREA O SERVICIO ORGANIZADOR: Oficina de Planeación	FECHA: 27 de octubre de 2025 – Reanudación 30 de octubre de 2025	
LUGAR O SITIO DE REUNIÓN: Sala de Juntas Sub Médica	HORA INICIO: 10:00 a.m	HORA FINAL: 12:00 p.m

PARTICIPANTES			
NOMBRE	DOC. IDENTIDAD	CARGO	DEPENDENCIA
Mayor General Carlos Alberto Rincón Arango	79.485.970	Director	Dirección
Dra. Eliana Ramírez Cano	51.925.696	Subdirector del Sector Defensa	Subdirección Médica
Dr. Juan Fernando Maldonado	19.415.504	Subdirector del Sector Defensa	Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico Terapéutico
Dra. Jenny Libeth Jurado Hernández	46.679.720	Subdirectora del Sector Defensa	Subdirección de Docencia e Investigación Científica
Coronel Fernando Antonio Díaz Muñeton	93.436.515	Subdirector del Sector Defensa	Subdirección Administrativa
Ingeniero José Miguel Cortes García	80.095.386	Subdirector del Sector Defensa	Subdirección de Finanzas
Juan Camilo Ramírez	81.717.436	Jefe de Oficina Asesora del Sector Defensa	Oficina Asesora Jurídica
Sandra Torres Sáez	52.765.060	Jefe de Oficina del Sector Defensa	Oficina de Control Interno
Cr. Eduardo Mendoza	72.018.526	Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa	Unidad de Informática
Mary Fonseca Becerra	46.680.592	Jefe de Oficina Asesora del Sector Defensa	Oficina Asesora de Planeación
Nadya Michelle Martinez Sierra	53.066.950	Jefe Unidad del Seguridad y Defensa	Unidad de Talento Humano
Cr. Edgar Orlando Herrera	79.524.338	Jefe Unidad del Seguridad y Defensa	Unidad de Apoyo Logístico
Luis Fernando Flores	11.367.476	Contratista	Unidad de Apoyo Logístico
Luis Fernando Sierra Joya	91.533.279	Oficial de Seguridad	Unidad de Informática

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	2 de 29		

Se anexa listado de asistencia.

Agenda

1. Verificación de quórum.
2. Aprobación del orden del día.
3. Presentación resultados III trimestre Plan de Acción Institucional
4. Presentación y aprobación de:
 - **Inventario de Activos de la Información:** Presenta Cr. Eduardo Mendoza. Jefe de la Unidad de Informática.
 - **Política de Integridad** - Presenta Dra. Fanny Violeta Osorio. Líder Área de Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización
 - **Política de Responsabilidad Social** - Presenta Dra. Fanny Violeta Osorio. Líder Área de Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización
 - **Política de Gestión Documental-** Presenta Dra. Cr. Edgar Orlando Herrera. Jefe Unidad de Apoyo Logístico
 - **Plan Institucional de Archivo PINAR** - Presenta Dra. Cr. Edgar Orlando Herrera. Jefe Unidad de Apoyo Logístico
 - **Sistema Integrado de Conservación SIC-** Presenta Dra. Cr. Edgar Orlando Herrera. Jefe Unidad de Apoyo Logístico
 - **Eliminación Documental** - Presenta. Cr. Edgar Orlando Herrera. Jefe Unidad de Apoyo Logístico
 - **Auxilios Educativos** - Presenta Nadya Martínez. Jefe Unidad de Talento Humano
4. Propositiones y Varios

Desarrollo de la Agenda

La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación del HOMIL, Mary Ruth Fonseca Becerra quien ejerce la Secretaría Técnica del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Hospital Militar, realiza la apertura de la reunión en sesión, con la participación de los miembros del Comité.

1. Verificación de quórum.

La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, Mary Ruth Fonseca Becerra, quien ejerce la Secretaría Técnica del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Hospital

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	3 de 29		

Militar Central - HOMIL creado mediante Resolución N° 285 de 2018, certifica la existencia de quórum decisorio y aprobatorio, se declara abierta la sesión.

Se anexa listados de asistencia.

2. **Aprobación del orden del día:** Se somete a consideración, la aprobación del orden del día, aprobado por unanimidad. Una vez presentado el orden del día se indaga a los integrantes del Comité si presentan conflicto de interés para conocer y decidir sobre los temas de la agenda ante lo cual se indica de manera unánime no presentar conflicto de interés.

3. Presentación resultados III trimestre Plan de Acción Institucional

La Oficina Asesora de Planeación presenta los resultados del 3 trimestre del año del Plan de Acción Institucional, como sigue:



Se indica que el resultado global del Plan del 96.29%, muestra un resultado excelente. Con respecto a los resultados se destacan los siguientes aspectos:

- **Mega 1. Atención en Salud - Satisfacción del Usuario:** Se destaca que sigue siendo el menor resultado el correspondiente al servicio de consulta externa con asignación de citas. Al respecto, el Señor Director indica que es necesario fortalecer las campañas hacia los usuarios para

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	4 de 29		

el uso de todos los medios para disponibles para el agendamiento, la importancia de cancelar las citas para disminuir los impactos derivados de la inasistencia. De igual manera, le indica al Subdirector de Servicios Ambulatorios la importancia de coordinar con la Subdirección Médica la disponibilidad de agendas.

Por último, se indica afianzar los canales de comunicación con los veedores para que contribuyan a replicar el mensaje a los usuarios sobre la importancia de realizar un uso adecuado del servicio de Consulta Externa.

Con respecto al Call Center, el señor Director insta a mantener y mejorar este servicio, considerando que la implementación a través de contrato vigente ha permitido mejorar de manera sustancial la prestación del servicio de asignación de citas

- **Mega 2. Gestión Institucional – Resultados de Furag: 94.5 puntos:** Frente al resultado se reitera a todos los integrantes la necesidad de revisar el estado de avance de las mejoras necesarias para incrementar el puntaje, con el objetivo de mejorar el resultado de la próxima vigencia.
- **Mega 3. Innovación Empresarial:** Correspondiente a los avances en materia de habilitación, certificaciones y acreditación, se indica la importancia de continuar con el cronograma trazado para el avance en la implementación de los estándares de acreditación.

Paso seguido se presentan los resultados de cada uno de los objetivos:

a) Obj. 1. Asegurar la atención integral para la prestación de servicios de salud: Resultado 100%

Se señala que en este objetivo se midieron 32 indicadores, todos con resultados en rango Excelente, tanto en la Subdirección Médica como en la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y en la Dirección General.

Entre los principales logros, se destacan:

- **Indicadores asistenciales clave (Subdirección Médica):**

Proporción de pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente de forma temprana con cumplimiento del 100%.

Bajas tasas de cancelación de cirugías programadas atribuibles a la institución ($\leq 4\%$) y de reintervención quirúrgica prevenible ($\leq 2\%$).

Oportunidad en cirugías programadas dentro del tiempo estándar (≤ 30 días).

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	5 de 29		

Calidad y seguridad del paciente (Unidad Médico Hospitalaria y Gestión de Calidad): Giro cama adecuado, tasas controladas de infecciones asociadas al cuidado de la salud y reingresos hospitalarios dentro de los rangos meta, Porcentaje de eventos adversos prevenibles detectados por debajo del umbral máximo ($\leq 10,5\%$), con cumplimiento del 100%.

Apoyo diagnóstico y terapéutico:

Oportunidad en exámenes de imagenología (resonancias, TAC, rayos X, ecografías) y entrega de resultados de laboratorio (urgencias, hospitalización, UCI) dentro de los tiempos estándar definidos.

En conclusión, el Comité resalta que los resultados del Objetivo 1 evidencian alta calidad asistencial, oportunidad en la atención y elevada satisfacción de los usuarios, coherentes con las metas de acreditación y mejoramiento continuo

b) Objetivo 2: Formar talento humano en salud y generar conocimiento científico: Resultado 100%

Se informa que para este objetivo se evaluó **1 indicador y 1 actividad**, ambos con resultado *Excelente*:

- Cumplimiento y avance en la identificación de necesidades institucionales para la inversión de recursos de Ley de Residentes, con ejecución del 100%.
- Porcentaje de retención de estudiantes de la ESAE (Escuela de Auxiliares de Enfermería), con resultado de **98,71%**, superando la meta ($\geq 95\%$).

c) Objetivo 3. Fortalecer la gestión por procesos y la cultura de mejoramiento: Resultado 88.25%

Se indica que en este objetivo se midieron 21 indicadores y 2 actividades; de ellos, 18 alcanzaron nivel Excelente y 4 se clasificaron como Deficientes.

Entre los avances relevantes se destacan:

- Gestión del riesgo institucional (Oficina Asesora de Planeación):

Proporción de materialización de riesgos por proceso en 2,02%, frente a una meta de $\leq 10\%$, con cumplimiento del 100%, lo que confirma el cumplimiento de la meta institucional de mantener la materialización de riesgos por debajo del 10%.

- **Gestión jurídica y comunicación estratégica:**

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	6 de 29		

- Cumplimiento del 100% en la capacitación de supervisores en el ejercicio de la supervisión de contratos.
- Logro de la meta de publicaciones en medios externos, con 30 publicaciones frente a una meta de ≥ 6 , fortaleciendo el posicionamiento institucional.

- **Gestión logística y tecnológica:**

- Alta ejecución en mantenimiento preventivo, calibraciones y actualización de hojas de vida de equipos biomédicos, con niveles de cumplimiento superiores al 96%.
- Ejecución del 100% del Plan de Seguridad de la Información y del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo por encima del 97%.

- **Gestión de talento humano:**

- Cumplimiento del 100% en procesos de inducción, clima y cultura organizacional, bienestar e incentivos, plan de capacitación, plan estratégico de talento humano y actualización de hojas de vida en SIGEP.

Respecto a los indicadores con resultado deficiente, se socializa el detalle correspondiente a la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, donde se presentan desempeños por debajo de las metas en:

- Porcentaje de cumplimiento al cronograma de la gestión contractual (33,26%).
- Oportunidad de publicación de mínima cuantía (61,87%).
- Oportunidad de publicación de contratación directa (76,67%).
- Porcentaje de oportunidad en la gestión de liquidación de contratos (3,53%).

Al respecto, el señor Director insta nuevamente al Subdirector Administrativo y Jefe de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos a emprender las acciones necesarias para mejorar la oportunidad contractual, considerando que los retrasos pueden impactar las programaciones y derivar en incremento de la contratación de mínima cuantía, urgencias vitales y en algunos casos cajas menores. Se recuerda que esta observación ha sido reiterada y es objeto de seguimiento por parte del Consejo Directivo.

Igualmente, se indica que los Subdirectores y Jefes de Unidad, deben realizar la revisión para mejorar los contenidos de la estructuración técnica para evitar reprocesos.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	7 de 29		

Considerando que ya estamos comenzando el cierre del año, es fundamental garantizar el cumplimiento de los cronogramas con el fin de garantizar un cierre efectivo tanto en términos de garantizar la prestación continua de los servicios de salud como la adecuada ejecución presupuestal y el cumplimiento de las metas pactadas con el MHCP.

Por, último el Director recuerda a los presentes que los resultados formarán parte de la evaluación de los Acuerdo de Gestión.

d) Objetivo 4. Optimizar la gestión financiera: Resultado 96.91%.

Se informa que, para este objetivo, se evaluaron 8 indicadores y 1 actividad: 7 con resultado Excelente, 1 Aceptable y 1 Deficiente.

En la Subdirección de Finanzas se destacan los siguientes resultados:

- Utilidad bruta, variación de costos fijos, variación de costos variables e incidencia de costos administrativos dentro de los rangos meta.
- Ejecución presupuestal de funcionamiento (compromisos) y análisis del comportamiento de resultados financieros con niveles de cumplimiento superiores al 100% de la meta trazada.
- Ejecución presupuestal de funcionamiento (obligaciones) con cumplimiento del 98,49%, ligeramente por debajo del estándar máximo, pero en rango Excelente.

En la Subdirección Administrativa se analizan los indicadores de inversión:

Ejecución presupuestal del presupuesto de inversión – compromisos: 77,15%, con cumplimiento del 91,84%, clasificado como Aceptable, debido a procesos declarados desiertos, reprogramaciones y ajustes en la programación de adjudicaciones.

Ejecución presupuestal del presupuesto de inversión – obligaciones: 19,97%, con cumplimiento del 60,18%, clasificado como Deficiente, asociado principalmente a duración de trámites administrativos y procesos desiertos o con baja participación de oferentes.

Una vez se culmina la presentación de resultados, desde la Oficina de Planeación se presenta para aprobación la modificación de dos indicadores, como sigue:

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	8 de 29		

Actividad / Indicador	Actual	Solicitud	Modificación	Justificación
3.1.03 Porcentaje de ejecución de cumplimiento índice de anticorrupción del sector defensa	Anual - Diciembre	Reprogramar resultado final y redefinir entregable en la vigencia	Retirar la medición del PAI 2025	Entregable a diciembre: De acuerdo con la Circular 018 del 17 de septiembre emitida por el Ministro de Defensa se tiene el siguiente cronograma – Entregable – Cuestionario Diligenciado. 5. Cronograma <ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de enlace y asistentes reunión preparatoria: 18 de septiembre de 2025. • Envío de cuestionario y articulación institucional: 19 de septiembre a 24 de octubre de 2025. • Reunión de alistamiento: 22 de septiembre de 2025 a las 9:00 a.m. • Fecha de recepción del cuestionario diligenciado: 27 de octubre de 2025. • Periodo de evaluación: 4 de noviembre a 6 de enero de 2026. • Envío de resultados: 8 al 20 de enero de 2026. • Consolidación informe final: 26 de enero a 13 de febrero de 2026. • Presentación de resultados a DNP y actores relevantes: 1 a 10 de marzo de 2026.
MEGA 3.	Anual - Diciembre	Modificar	Cambio de meta	Verificar meta resultado de autoevaluación acreditación 2025 ($\geq 3,96$). Verificar postulación de acreditación. Verificar y establecer meta para la Autoevaluación de Reconocimiento como Hospital Universitario

Al respecto se decide:

1. Porcentaje de ejecución de cumplimiento índice de anticorrupción del sector Defensa: Aprobar la reprogramación del resultado final para 2026
2. Porcentaje de ejecución de cumplimiento índice de anticorrupción del sector Defensa: Definir como entregable la entrega del cuestionario diligenciado.
3. Para la MEGA 3, se mantiene la meta del resultado de Autoevaluación de Acreditación, reprogramar la postulación de Acreditación para la Vigencia 2026, mantener la autoevaluación de Reconocimiento como Hospital Universitario.

Para el cierre del punto, la Oficina Asesora de Planeación presenta el cronograma para la elaboración del PAI 2026

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	9 de 29		

CRONOGRAMA FORMULACIÓN PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026								
ACTIVIDADES	06	nov-25 07-21	24-28	dic-25 01-12	15-19	22-31	ene-26 05-09	RESPONSABLE
Socialización lineamientos formulación PAI 2026								Oficina Asesora de Planeación
Analizar y Formular la propuesta PAI 2026								Subdirecciones, Oficinas, Unidades y Áreas
Revisar y analizar las propuestas PAI 2026								Oficina Asesora de Planeación
Verificar en mesas de trabajo las propuestas PAI 2026								Oficina Asesora de Planeación - Subdirecciones, Oficinas, Unidades y Áreas
Consolidar propuesta definitiva PAI 2026								Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Aprobar el PAI 2026								Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Publicar y socializar el PAI 2026								Oficina Asesora de Planeación

Sin más observaciones sobre este punto de la agenda se pasa al siguiente punto

4. Presentación y aprobación de la matriz de inventario y clasificación de activos de información 2025

La Unidad de Informática informa que, mediante comunicación radicada bajo el número I-00279-202529592-HMC de fecha 24 de octubre de 2025, la Oficina Asesora Jurídica emitió el **aval jurídico** para la presentación ante este Comité de la matriz de inventario y clasificación de activos de información 2025 del Hospital Militar Central, indicando que dicho diligenciamiento se realiza anualmente como parte del cumplimiento del **Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información**. Se anexa aval Oficina Jurídica

A continuación, se hace presentación de la **“Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información 2025”** y la correspondiente **presentación institucional**, en la cual se expone:

- **Finalidad del inventario y clasificación:** Identificar los activos de información relevantes de cada área o servicio, esenciales para el correcto funcionamiento y la continuidad de los procesos del Hospital Militar Central.
- **Marco normativo de referencia:**
 - Ley 1581 de 2012 – Protección de Datos Personales.
 - Norma Internacional de Seguridad de la Información ISO 27001:2022.
 - Resolución 500 de 2021 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – MinTIC.
- **Metodología de clasificación:** Se explica que la identificación y clasificación de los activos se realiza mediante una **recopilación sistemática** de información en cada área o servicio de la entidad, determinando niveles de **Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad (C-I-D)** de los activos.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	10 de 29		

- **Cobertura del inventario:** Se informa que el Hospital Militar Central cuenta con **262 activos de información** registrados, asociados a los distintos macroprocesos institucionales.
- **Tipos de activos incluidos:**
 - Hardware.
 - Sistemas de información y datos.
 - Servicios de red (internet, intranet, páginas de consulta).
 - Sistemas de información y aplicaciones de software.
 - Medios de almacenamiento (SAN, NAS, USB, discos duros, entre otros).

Se indica igualmente que el diligenciamiento de la matriz se soporta en el levantamiento de información realizado con las áreas a través de formularios y encuestas institucionales, cuyo consolidado se integra en el inventario de activos de información.

Posteriormente, los miembros del Comité puntualizan:

- La importancia de mantener el inventario **actualizado** y alineado con la evolución de los servicios, aplicaciones y plataformas tecnológicas del Hospital.
- La necesidad de articular este inventario con los procesos de **gestión de riesgos de seguridad de la información**, continuidad del servicio y protección de datos personales.
- La relevancia de la clasificación por niveles de criticidad y C-I-D como insumo para la priorización de controles y planes de tratamiento de riesgos.

Hace parte integral de esta acta la respectiva presentación.

Una vez realizada la presentación, se indaga a los integrantes del Comité si tiene alguna observación adicional, y se somete a aprobación. Los miembros del Comité deciden:

1. **Aprobar** la matriz de inventario y clasificación de activos de información 2025 del Hospital Militar Central, en los términos en que fue presentada por la Unidad de Informática y el aval jurídico emitido por la Oficina Asesora Jurídica.

Adicionalmente, se hace el llamado de atención sobre los siguientes aspectos

2. El Jefe de la Unidad de Informática recuerda a todos los integrantes que el inventario se debe actualizar anualmente, o cada vez que se presenten cambios significativos en los procesos, servicios o plataformas tecnológicas.
3. Instruir a las áreas responsables para que la información contenida en el inventario se utilice como insumo para:
 - La **gestión de riesgos de seguridad de la información** y continuidad del negocio.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	11 de 29		

- La definición de medidas de protección, controles y responsables por activo.
 - El cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de protección de datos personales y seguridad de la información.
4. Se realizará la publicación de la matriz aprobada para que se socialice con las dependencias involucradas, resaltando la responsabilidad de cada área en el mantenimiento y custodia de los activos de información asociados a sus procesos.

Política de Integridad:

La Secretaria Técnica informa que, en desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y de los lineamientos sobre integridad del servicio público, se somete a consideración del Comité la actualización de la **Política de Integridad 2025 del Hospital Militar Central**, presentada por el Área de Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización como un **“refuerzo estratégico para fortalecer la institucionalidad, la acreditación y el plan de mejoramiento continuo”**.

La líder del área expone la **“Política de Integridad 2025”**, en la que se destacan los **objetivos de la política**, orientados a:

- Aplicar el Código de Ética y Buen Gobierno.
- Prevenir y gestionar los conflictos de interés.
- Fomentar una cultura institucional ética.
- Aplicar herramientas preventivas y correctivas frente a riesgos de integridad.
- Reforzar la transparencia y prevenir riesgos asociados a la corrupción y la falta de probidad.

Todo ello articulado en un **objetivo general**: *promover un comportamiento ético, transparente y responsable en el Hospital Militar Central.*

Seguidamente, se presenta el **contexto de la actualización**, en el cual se explica que la versión 2025 de la política incorpora **cambios clave** frente a versiones anteriores, mostrados en una **“visión comparativa”** que evidencia:

- Mayor alineación con los retos actuales del HOMIL en materia de acreditación, gestión del riesgo de corrupción, transparencia y cultura organizacional.
- Enfoque más preventivo, operativo y colaborativo, integrando la integridad como eje transversal de los procesos institucionales y del plan de mejoramiento continuo.
- Dentro de las **innovaciones destacadas**, se socializa que la Política de Integridad 2025 se configura como una **herramienta operativa**, con énfasis en:

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	12 de 29		

- La articulación entre integridad, ética pública, buen gobierno, transparencia y Programas de Transparencia y Ética (PTEE/PEP).
- La definición de mecanismos concretos de implementación y seguimiento, incluyendo instrumentos de formación, sensibilización y gestión de conflictos de interés.
- La incorporación de indicadores que permiten monitorear el grado de apropiación de la política y su impacto en la cultura institucional.
- Se presentan los **indicadores de integridad** propuestos, entre los que se destacan:

% de ejecución del plan de formación en integridad

Fórmula: (Actividades realizadas / Actividades programadas) × 100

Frecuencia: Trimestral.

% de declaraciones analizadas y gestionadas (conflictos de interés u otras obligaciones de reporte)

Fórmula: (Declaraciones reportadas / Declaraciones reales) × 100

Frecuencia: Trimestral.

% de casos disciplinarios por faltas éticas

Fórmula: (Casos éticos reportados / Total de funcionarios) × 100

Frecuencia: Semestral.

Nivel de percepción de integridad (funcionarios)

Fórmula: Promedio del Test de Apropiación de Valores u otros instrumentos aplicados.

Frecuencia: Anual.

Tasa de quejas intervenidas/resueltas

Fórmula: (Quejas resueltas / Quejas recibidas) × 100

Frecuencia: Trimestral.

- Durante la discusión, los integrantes del Comité resaltan que la versión 2025 **fortalece el carácter preventivo y medible de la integridad**, facilita el seguimiento mediante indicadores y se encuentra alineada con los

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	13 de 29		

requerimientos para acreditación, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y los compromisos de transparencia y buen gobierno del Hospital Militar Central.

Desde la Dirección se manifiesta que se hace necesario que la Asesora del Despacho, Dra Diana Vélez realice la revisión de los documentos de política que serán sometidos a aprobación.

Se indica que se realice la exposición de los temas y se cite una nueva sesión para aprobar los documentos.

En la sesión de aprobación del día 30 de octubre, se procede como sigue:

Luego de la presentación y análisis de la **Política de Integridad 2025**, el Comité, tras deliberación, **ACUERDA**:

- **Aprobar** la actualización de la Política de Integridad 2025 del Hospital Militar Central, presentada por el Área de Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización, reconociéndola como una herramienta operativa, preventiva y colaborativa, alineada con los retos actuales de la institución.
- Se indica al área de **Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización**, para que desarrolle las actividades necesarias para implementar la política, así como realizar el seguimiento de los **indicadores definidos** en las frecuencias establecidas (trimestral, semestral y anual) y presenten informes periódicos al Comité.
- Disponer la **socialización institucional** de la Política de Integridad 2025 a través de los canales formales del Hospital (intranet, jornadas de sensibilización, procesos de inducción y reinducción, comunicaciones internas), con el fin de promover la apropiación de sus principios, objetivos e instrumentos por parte de servidores, contratistas, personal en formación y terceros vinculados.

Presentación y aprobación de la Política Institucional de Gestión Documental 2025

En desarrollo de la agenda de la sesión, la Subdirección Administrativa, a través de la Unidad de Apoyo Logístico y del equipo de Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta – GDHI, presenta para estudio y aprobación la **actualización de la Política Institucional de Gestión Documental 2025 del Hospital Militar Central – HOMIL**.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	14 de 29		

Se socializa que la política vigente fue aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 21 de diciembre de 2021 y que la versión propuesta para 2025 corresponde a una actualización de **versión 2**, que incorpora un tránsito desde un enfoque principalmente **operativo y de cumplimiento normativo** hacia un enfoque **estratégico-programático**, con hoja de ruta, áreas de impacto e indicadores de seguimiento.

La presentación resalta que la **Política Institucional de Gestión Documental** reconoce la información y los documentos clínicos, administrativos y de investigación como **activos estratégicos fundamentales**, y establece el compromiso institucional de gestionar el ciclo de vida completo de la información bajo principios de **calidad, seguridad de la información, mejora continua, confidencialidad, integridad y disponibilidad**, alineados con la normatividad archivística, de protección de datos y de transparencia.

Se explican los principales componentes del documento:

- **Declaración de Política:** El Hospital Militar Central – HOMIL en su compromiso inquebrantable con la excelencia, la atención al paciente, la seguridad, la ética y el avance del conocimiento médico, establece la presente Política de Gestión Documental, en la cual reconoce que los documentos; clínicos, administrativos, y de investigación, son activos estratégicos fundamentales. Por ello, nos comprometemos a gestionar el ciclo de vida completo de toda la información bajo nuestra custodia, asegurando que su tratamiento se alinee con los estándares de calidad, seguridad de la información, y la constante mejora continua.

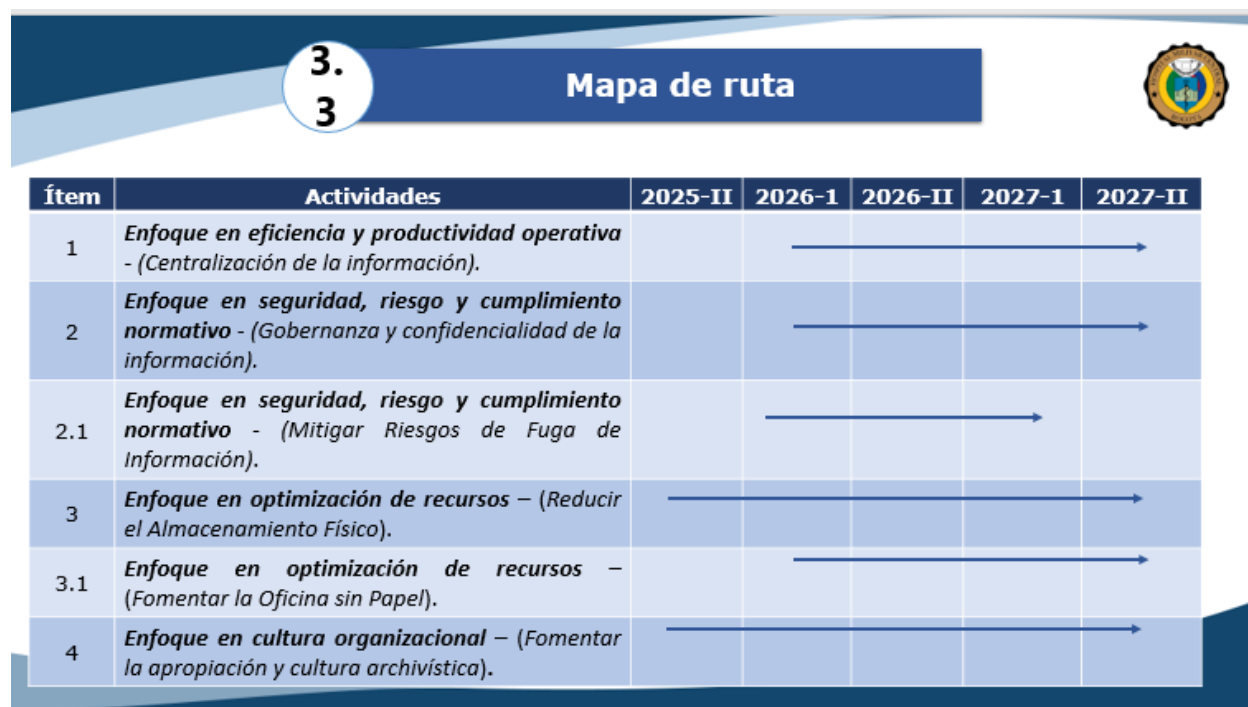
Esta política es el marco que guía todas nuestras acciones, asegurando que la información correcta esté disponible en el momento preciso y en el formato requerido, bajo los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

- **Objetivos específicos**, organizados en **áreas de impacto**:
 - *Eficiencia y productividad operativa*: centralizar la producción documental en el software de gestión documental institucional, reducir la dispersión de información y mejorar la accesibilidad.
 - *Seguridad, riesgo y cumplimiento normativo*: elaborar, actualizar y convalidar TRD y Tablas de Control de Acceso (TCA), establecer procesos automatizados y auditables para eliminación segura de documentos electrónicos y mitigar riesgos de fuga de información.
 - *Optimización de recursos*: disminuir progresivamente el almacenamiento físico de archivo y fomentar la “oficina sin papel” mediante automatización de flujos en el sistema de gestión documental.

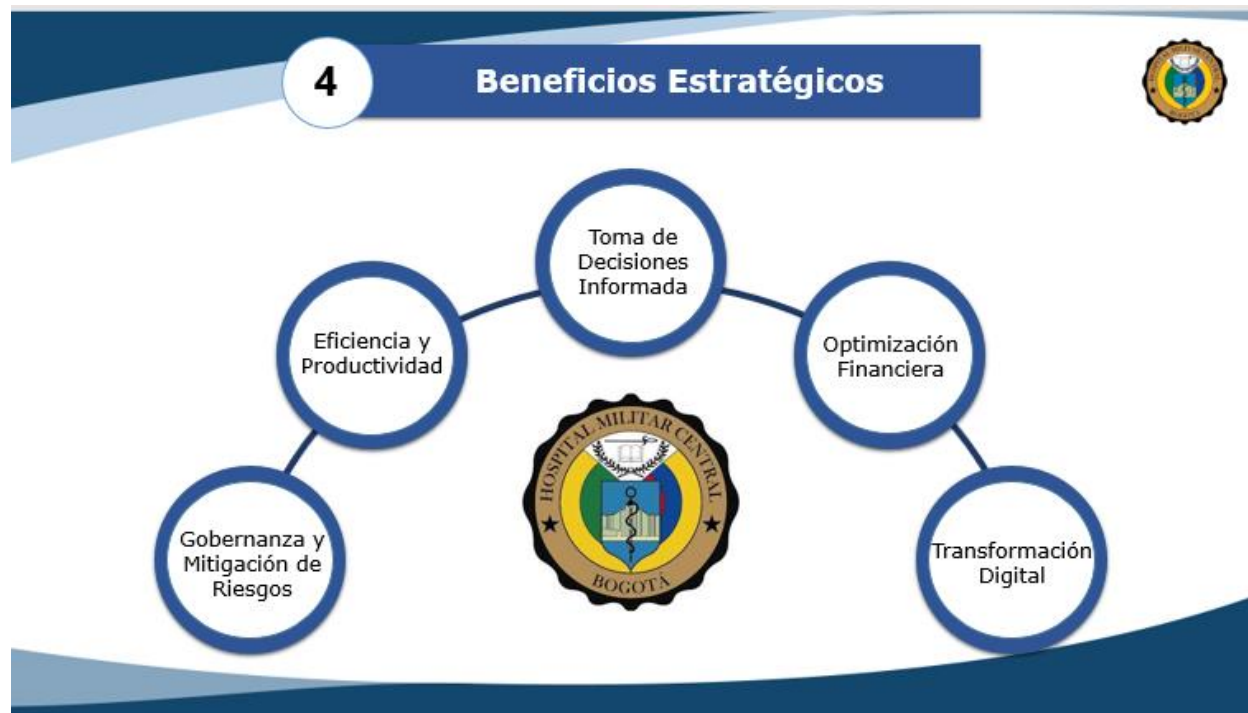
FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	15 de 29		

- o *Cultura organizacional*: fortalecer la apropiación y cultura archivística a través de formación y acompañamiento al talento humano.

Finalmente, se expone al Comité el esquema de **cronograma de trabajo, roles y responsabilidades e indicadores de seguimiento**, y se solicita la **aprobación de la Política Institucional de Gestión Documental 2025**, en su calidad de mandato institucional que otorga soporte, autoridad y legitimidad al proceso de Gestión Documental del HOMIL para exigir cumplimiento, gestionar recursos y liderar la transformación digital y archivística de la entidad.



FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	16 de 29		



Frente a la política y en cumplimiento de la petición del Señor Director, se someterá a aprobación en la siguiente sesión, una vez haya sido revisada por la Asesora de Despacho.

Se pasa al siguiente punto de la Agenda.

Presentación y aprobación del Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027

La Unidad de Apoyo Logístico y del equipo de Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta – GDHI, presenta para estudio y aprobación el **Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027 del Hospital Militar Central – HOMILC**.

Se socializa que el PINAR constituye la **hoja de ruta estratégica de la función archivística** para el periodo 2025–2027 y desarrolla, de manera operativa y programática, la Política Institucional de Gestión Documental, articulándola con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Plan Estratégico Institucional 2023–2026, las MEGAS institucionales y el mapa de procesos del Hospital.

Se expone que el Plan fue formulado a partir de un **diagnóstico integral de la gestión documental**, que incorpora resultados de FURAG, auditorías internas, mapa de riesgos y revisión de cumplimiento normativo, a partir del cual se identificaron aspectos críticos y riesgos, se definieron ejes articuladores y se estructuraron objetivos, planes y proyectos priorizados.


FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	17 de 29		

El PINAR es de **aplicación y cumplimiento obligatorio para todo el personal del HOMIL**, incluyendo directivos, personal médico y asistencial, servidores misionales, administrativos, contratistas y terceros que gestionen o tengan acceso a información institucional, y abarca la totalidad de la documentación producida y recibida, en cualquier soporte, durante todo su ciclo de vida.

La presentación destaca que el Plan organiza sus acciones en torno a **planes y proyectos de gestión documental**, alineados con cuatro grandes propósitos: fortalecer la eficiencia y productividad operativa mediante la centralización y estandarización de la información; robustecer la seguridad, gestión del riesgo y cumplimiento normativo; optimizar el uso de recursos físicos y tecnológicos asociados al archivo; y consolidar una cultura organizacional archivística mediante sensibilización y capacitación sistemática.

Se presentan al Comité los componentes principales del PINAR: alcance, marco normativo, alineación estratégica, metodología de formulación, objetivos, matriz de planes y proyectos, roles y responsabilidades, cronograma 2025–2027, indicadores de seguimiento y mecanismos de comunicación y consulta.

Con base en lo anterior, y una vez atendidas las observaciones de los integrantes del Comité, se somete a consideración la **aprobación del Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027**, en su calidad de instrumento institucional obligatorio que operacionaliza la Política de Gestión Documental y garantiza la coherencia de la función archivística con la planeación y la gestión institucional del Hospital Militar Central.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 4 <div style="text-align: center;"> <h3>Actualización Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025 - 2027</h3> </div>  </div>				
Ítem	Proyecto	Correlación Proyectos	Fecha Inicial	Fecha Final
1	Proyecto de Implementación del Sistema Integrado de Conservación - SIC y sus Estrategias de Preservación Documental.	3 y 10	13/10/2025	31/12/2027
2	Proyecto de Implementación del Sistema Integrado de Conservación - SIC y sus Estrategias de Preservación Digital a largo plazo.	9 y 10	13/10/2025	31/12/2027
3	Proyecto de formulación e implementación del Programa de Gestión Documental y sus programas específicos.	7 y 17	15/10/2025	31/12/2027
4	Plan para la formulación, y actualización de los instrumentos archivísticos.	5	02/02/2026	31/12/2027
5	Proyecto de inversión para la administración integral del Sistema de Gestión Documental y Archivística del Hospital Militar Central – HOMIL.	1, 6, 11, 12, 13, 15 y 16	15/10/2025	31/12/2026
6	Plan de implementación de las Tablas de Retención Documental – TRD.	2 y 14	3/03/2026	31/12/2027

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	18 de 29		

Luego de la presentación y análisis del contenido, alcance y articulación del Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño,

ACUERDA:

1. Aprobar el Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027 del Hospital Militar Central – HOMIL, en los términos presentados por la Subdirección Administrativa y la Unidad de Apoyo Logístico – Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta (GDHI), reconociéndolo como instrumento obligatorio para la planeación, ejecución y seguimiento de la función archivística en la Entidad.
2. Disponer que el PINAR 2025–2027 se incorpore de manera explícita en los instrumentos de planeación institucional (Plan Estratégico Institucional, PAI, MIPG, planes de mejoramiento y mapa de riesgos), como hoja de ruta de la gestión documental y de los archivos del HOMIL.
3. Indicar a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI para que:
 - o Socialicen el contenido del PINAR con las partes interesadas y equipos de trabajo, enfatizando su carácter vinculante y transversal.
 - o Estructuren y ejecuten el cronograma de actividades definido para el periodo 2025–2027, con seguimiento periódico a los avances y resultados.
 - o Consoliden informes de avance semestrales y un informe de cierre del periodo, para presentación al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se recuerda que para la vigencia 2026 se debe presentar indicadores sobre este tema para incluir en el Plan de Acción Institucional
4. Precisar que el cumplimiento de las acciones previstas en el PINAR será objeto de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, como insumo para los procesos de evaluación del desempeño institucional, auditorías y mediciones externas.
5. El señor Director insta a las dependencias responsables a avanzar en la estructuración del proyecto de inversión que permita gestionar los recursos para atender las necesidades derivadas de la correcta administración del archivo.

Presentación y aprobación del Sistema Integrado de Conservación – SIC 2025–2027

La Subdirección Administrativa, por intermedio de la Unidad de Apoyo Logístico y del equipo de Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta – GDHI, presenta para

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	19 de 29		

estudio y aprobación la actualización del **Sistema Integrado de Conservación – SIC del Hospital Militar Central – HOMIL, para el periodo 2025–2027.**

Se explica que el **SIC constituye el marco estratégico y la hoja de ruta para la conservación documental y la preservación digital a largo plazo** de la memoria institucional del Hospital, abarcando la totalidad de la producción documental clínica, administrativa y de investigación, con el propósito de asegurar su integridad, autenticidad, confiabilidad y disponibilidad a lo largo de todo el ciclo de vida, desde la producción hasta la disposición final.

La actualización del SIC armoniza la versión anterior con los nuevos instrumentos de planeación archivística, en particular el **Plan Institucional de Archivos – PINAR y el Programa de Gestión Documental – PGD**, así como con el nuevo marco normativo del Archivo General de la Nación – AGN, incluido el Acuerdo Único de la Función Archivística.

Se presenta la estructura del Sistema Integrado de Conservación, compuesto por dos grandes planes:

- **Plan de Conservación Documental**, orientado a la protección del acervo en soporte físico mediante programas de conservación preventiva (capacitación y sensibilización; inspección y mantenimiento de sistemas de almacenamiento e instalaciones físicas; saneamiento ambiental; monitoreo y control de condiciones ambientales; almacenamiento y realmacenamiento; prevención de emergencias y atención de desastres).



FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	20 de 29		

- **Plan de Preservación Digital a Largo Plazo**, que define la política de preservación digital, la gestión de riesgos tecnológicos, la migración de formatos, el esquema de metadatos, el control de integridad, la seguridad de la información, la renovación de medios tecnológicos y las actividades de capacitación y verificación periódica.



Se resalta que el SIC es de **aplicación obligatoria y transversal** para todo el personal del HOMIL —sin distinción de nivel jerárquico ni tipo de vinculación— y se extiende también a terceros que gestionen o tengan acceso a información de la entidad, constituyéndose en el **instrumento ejecutor de la Política de Gestión Documental** para garantizar la conservación física y la preservación digital de los documentos.

Asimismo, se expone la **alineación estratégica del SIC con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Plan Estratégico Institucional y el PAI**, destacando su aporte a la calidad de la atención en salud, la transparencia, la modernización institucional, la seguridad de la información y la generación de valor público a partir del patrimonio documental del Hospital.

Finalmente, se destacan los **roles y responsabilidades, programas, cronogramas e indicadores de seguimiento** definidos para el periodo 2025–2027, y se somete a consideración del Comité la **aprobación del Sistema Integrado de Conservación – SIC 2025–2027**, como instrumento institucional

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	21 de 29		

que desarrolla la Política de Gestión Documental y materializa los compromisos del HOMIL en materia de conservación documental y preservación digital a largo plazo.

Presentada la propuesta de actualización del **Sistema Integrado de Conservación – SIC 2025–2027** y su articulación con la Política de Gestión Documental, el PINAR y el marco normativo archivístico vigente, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño,

ACUERDA:

1. **Aprobar** el Sistema Integrado de Conservación – SIC 2025–2027 del Hospital Militar Central – HOMIL, en los términos presentados por la Subdirección Administrativa y la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI, como instrumento que orienta la conservación documental y la preservación digital a largo plazo de la memoria institucional.
2. Establecer que el SIC es de **aplicación obligatoria** para todas las dependencias y servidores del Hospital, sin distinción de nivel jerárquico ni tipo de vinculación, así como para los terceros que gestionen o tengan acceso a información institucional, debiendo ajustarse sus prácticas a los lineamientos y procedimientos definidos en el Sistema.
3. Indicar a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI para que:
 - o Implementen los programas y planes que integran el SIC (Plan de Conservación Documental y Plan de Preservación Digital a Largo Plazo), de acuerdo con el cronograma 2025–2027.
 - o Establezcan mecanismos de monitoreo y control de condiciones físicas, ambientales y tecnológicas de los archivos, dejando evidencia documentada de las acciones de conservación preventiva y correctiva.
 - o Presenten al Comité informes periódicos sobre el grado de avance, incidentes relevantes y acciones de mejora, con la periodicidad definida en el propio SIC.
4. Determinar que los resultados del SIC serán considerados como insumo en los procesos de **auditoría, gestión del riesgo, control interno, seguridad de la información y transparencia**, y deberán ser articulados con los planes de mejoramiento institucional.

Presentación del proceso de eliminación documental – Inventario No. 1652 (archivos 2000–2008)

La Unidad de Apoyo Logístico – Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta (GDHI) presenta al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para su estudio y decisión, la **propuesta de eliminación documental correspondiente al**

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	22 de 29		

Inventario No. 1652, integrada por archivos producidos entre los años 2000 y 2008.

Se precisa que la eliminación documental es una fase del ciclo vital de los documentos, regulada por la **Ley 594 de 2000**, el **Decreto 2578 de 2012**, el **Decreto 1080 de 2015** y el **Acuerdo 001 de 2024 – Acuerdo Único de la Función Archivística**, normas que establecen que toda eliminación debe estar soportada en las **Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD**, debidamente aprobadas, y contar con sustento técnico, legal y administrativo.

En este sentido, se expone al Comité el **Concepto Técnico sobre el procedimiento de eliminación documental de archivos del Hospital Militar Central (HOMIL) correspondientes al período 2000–2008**, elaborado por la Unidad de Apoyo Logístico. En dicho concepto se deja constancia de que:

- Las **series y subseries incluidas han cumplido los tiempos de retención** establecidos en la TRD – Versión 1 del HOMIL, aprobada mediante Resolución 0701 del 8 de noviembre de 2000.
- De acuerdo con la valoración consignada en la TRD, la disposición final para estas series es **eliminación (E)**, por haber perdido sus **valores primarios** (administrativos, legales, fiscales, contables) y no presentar **valores secundarios** (históricos, científicos o culturales) que justifiquen su conservación permanente.
- La eliminación se ajusta a los principios de finalidad, responsabilidad y valoración documental definidos en la Ley General de Archivos, y se concibe como una medida para optimizar la gestión de los archivos, racionalizar el uso de espacios y recursos y mitigar riesgos asociados al almacenamiento de documentación que ha cumplido su ciclo de vida.

Como insumo principal para la decisión del Comité, se presenta el **Formato Único de Inventario Documental – FUID Eliminación 1652**, en el cual se relacionan de manera detallada las unidades documentales objeto de eliminación, incluyendo, para cada registro:

- Código de serie o subserie,
- Nombre de la serie y de la subserie,
- Descripción de la unidad documental (por ejemplo, facturas de contado del área de Contabilidad–Facturación, convenio 001, año 2000),
- Fechas extremas,
- Unidad de conservación (caja, carpeta, tomo),
- Número de folios,
- Soporte y observaciones.

Se destaca que la decisión que se somete a consideración del Comité tiene **especial trascendencia institucional**, en la medida en que implica autorizar la eliminación

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	23 de 29		

definitiva de documentación producida por el Hospital, razón por la cual el proceso se ha diseñado y ejecutado con estricto apego al marco normativo vigente y a las mejores prácticas archivísticas. En particular, se recuerda que, conforme al **Artículo 4.5.4 del Acuerdo 001 de 2024**, la eliminación de documentos de archivo en soportes físicos o electrónicos debe estar consignada en las TRD/TVD, contar con debida valoración documental y ser **aprobada expresamente por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño**, antes de la expedición del acto administrativo que ordene la destrucción.

Se explica igualmente al Comité que, de aprobarse la propuesta de eliminación, el Hospital deberá adelantar las fases previstas en el concepto técnico:

1. **Publicación del acto administrativo e inventario de eliminación** en un medio de fácil acceso al público por un término mínimo de treinta (30) días hábiles, con el fin de garantizar transparencia y permitir observaciones ciudadanas.
2. **Ejecución de la eliminación** mediante un método de destrucción segura que garantice la irreversibilidad de la información, con observancia de la normatividad ambiental aplicable.
3. **Documentación del proceso**, dejando constancia en un acta de eliminación y conformando un expediente que contenga el acta del Comité, el inventario, el acto administrativo, la constancia de publicación y el acta de destrucción.

Con base en la información técnica, normativa y operativa presentada, el Secretario Técnico deja constancia de que **la eliminación de los documentos incluidos en el Inventario No. 1652 es archivísticamente viable**, conforme al concepto especializado expedido por la Unidad de Apoyo Logístico, y somete a consideración de los integrantes del Comité la discusión y decisión sobre la **aprobación de la eliminación documental propuesta**, para que, de ser aprobada, se proceda a la expedición del acto administrativo correspondiente y a la ejecución del procedimiento en los términos expuestos.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, luego de escuchar la exposición sobre el Concepto Técnico de Eliminación Documental, el Formato Único de Inventario Documental – FUID Eliminación 1652 y la verificación del cumplimiento de las Tablas de Retención Documental y de la normatividad archivística vigente, **aprueba la eliminación definitiva de los documentos relacionados en el Inventario No. 1652**, correspondientes al periodo 2000–2008, por haber cumplido sus tiempos de retención y no conservar valores secundarios que justifiquen su preservación; en consecuencia, autoriza a la Unidad de Apoyo Logístico – Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta (GDHI) para adelantar las gestiones necesarias para la expedición del acto administrativo que ordene la eliminación, su publicación por el término legal y la posterior destrucción segura de los documentos, dejando la respectiva evidencia documental del procedimiento.

Se pasa al último punto de la agenda.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	24 de 29		

APOYOS PECUNIARIOS

La Dra. Nadya Martínez, Jefe de la Unidad de Talento Humano, realiza la presentación con la recomendación soportada en el Control Doc. I-00719-202529421-HMC del 23 de octubre de 2025, en la cual se presenta la relación de funcionarios que solicitaron apoyo educativo para la vigencia 2025.

Se indica que se realizó la verificación del cumplimiento de los criterios generales y requisitos establecidos en el Plan de Bienestar – Parte II, Plan de Incentivos, y en el Artículo 12 de la Resolución 1670 del 23 de noviembre de 2024 sobre el sistema de estímulos pecuniarios y no pecuniarios, constando que las siete (7) solicitudes analizadas cumplen integralmente con las condiciones exigidas: antigüedad superior a dos (2) años en el Hospital Militar Central, correspondencia entre el programa académico y las funciones del cargo, promedio académico igual o superior a 4.0, evaluación del desempeño igual o superior a 90, acreditación formal de las instituciones educativas, presentación oportuna de la documentación requerida y sujeción al monto máximo de uno punto cinco (1,5) salarios mínimos mensuales legales vigentes por beneficiario, a ser girados directamente a los centros educativos debidamente acreditados.

En tal virtud, y teniendo en cuenta que el apoyo educativo constituye un estímulo pecuniario orientado a reconocer el mérito, fortalecer el desempeño y promover la formación técnica, tecnológica, profesional y de posgrado del talento humano de la Entidad, el Comité **aprueba la asignación de apoyos educativos para la vigencia 2025 a favor de los siete (7) servidores relacionados en el cuadro presentado por la Unidad de Talento Humano, por un valor de uno punto cinco (1,5) SMMLV para cada uno, para un total de catorce millones novecientos cuarenta y seis mil setecientos cincuenta pesos (\$14.946.750)**, con cargo a los recursos del Plan de Bienestar y Plan de Incentivos, precisando que dichos apoyos no generan compromisos institucionales de promoción o reubicación laboral, y que su continuidad estará condicionada al mantenimiento de los criterios de desempeño académico y laboral definidos en la normativa vigente; en consecuencia, se autoriza a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Talento Humano para adelantar los trámites administrativos correspondientes, expedir el acto administrativo que formalice la concesión del beneficio, efectuar el giro directo a las instituciones educativas y comunicar la decisión a los beneficiarios, dejando la debida evidencia en los expedientes de bienestar y talento humano.

Es importante indicar que frete a este punto, al igual que el de las políticas institucionales, el Director solicitó que la Asesora del Despacho realizara la verificación respectiva, y la decisión se tomara una vez se hubiese revisado las personas postuladas y los criterios establecidos para el reconocimiento.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	25 de 29		

Al respecto se instó a la Unidad de Talento Humano, para que revisara las disposiciones legales establecidas para el otorgamiento del beneficio, con el objetivo de determinar si es necesario realizar modificación con el ánimo de lograr la mayor participación posible de personas a obtener el beneficio.

COMPROMISOS	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
1. Remitir los documentos de aprobación del Comité para revisión de la Asesora de la Dirección para su revisión y visto bueno	27 de octubre 2025	Jefe Oficina de Planeación
2. Convocar la reanudación de la sesión de aprobación para aprobación de las políticas para el próximo 30 de octubre de 2025	27 de octubre 2025	Jefe Oficina de Planeación
3. Realizar la revisión y Observaciones	27 de octubre 2025	Asesora del Despacho

Reanudación de la Sesión: Cumplidos los compromisos establecidos el día 27 de octubre, se reanuda la sesión del Comité:

1. Se indica que los documentos remitidos a la Asesora de Despacho fueron revisados y se les realizaron ajustes de orden normativo y de redacción y se considera viable someterlos a aprobación.
2. Se someten a aprobación los siguientes documentos:

Política de Integridad 2025, el Comité, ACUERDA:

- a. **Aprobar** la actualización de la Política de Integridad 2025 del Hospital Militar Central, presentada por el Área de Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización, reconociéndola como una herramienta operativa, preventiva y colaborativa, alineada con los retos actuales de la institución.
- b. Se indica al área de **Gestión Ética, Bioética, Buen Gobierno y Humanización**, para que desarrolle las actividades necesarias para implementar la política, así como realizar el seguimiento de los **indicadores definidos** en las frecuencias establecidas (trimestral, semestral y anual) y presenten informes periódicos al Comité.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	26 de 29		

- c. Disponer la **socialización institucional** de la Política de Integridad 2025 a través de los canales formales del Hospital (intranet, jornadas de sensibilización, procesos de inducción y reinducción, comunicaciones internas), con el fin de promover la apropiación de sus principios, objetivos e instrumentos por parte de servidores, contratistas, personal en formación y terceros vinculados.

Política Institucional de Gestión Documental 2025, el Comité, **ACUERDA:**

a. **Aprobar** la Política Institucional de Gestión Documental 2025 del Hospital Militar Central, presentada por la Subdirección Administrativa y la Unidad de Apoyo Logístico – Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta (GDHI), reconociéndola como marco obligatorio, transversal y vinculante para la gestión de los documentos y de la información institucional, y como herramienta estratégica para la optimización de procesos, la preservación de la memoria institucional y el cumplimiento del marco normativo archivístico vigente.

b. **Indicar** a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI que desarrollen las actividades necesarias para implementar la Política Institucional de Gestión Documental 2025, incluyendo la articulación con el Plan Institucional de Archivos – PINAR, el Sistema Integrado de Conservación – SIC y el Programa de Gestión Documental, así como el diseño y seguimiento de los indicadores definidos, con la periodicidad establecida, y la presentación de informes periódicos de avance y resultados ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

c. **Disponer** la socialización institucional de la Política Institucional de Gestión Documental 2025 a través de los canales formales del Hospital (intranet, jornadas de sensibilización, procesos de inducción y reinducción, capacitaciones, comunicaciones internas), con el fin de promover la apropiación de sus principios, lineamientos e instrumentos por parte de directivos, servidores públicos, personal asistencial y administrativo, contratistas y terceros que gestionen o tengan acceso a documentos e información del Hospital Militar Central.

Se ratifica la aprobación de:

Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027, el Comité, **ACUERDA:**

1. Aprobar el Plan Institucional de Archivos – PINAR 2025–2027 del Hospital Militar Central – HOMIL, en los términos presentados por la Subdirección Administrativa y la Unidad de Apoyo Logístico – Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta (GDHI), reconociéndolo como instrumento obligatorio para la planeación, ejecución y seguimiento de la función archivística en la Entidad.
2. Disponer que el PINAR 2025–2027 se incorpore de manera explícita en los instrumentos de planeación institucional (Plan Estratégico Institucional, PAI,

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	27 de 29		

MIPG, planes de mejoramiento y mapa de riesgos), como hoja de ruta de la gestión documental y de los archivos del HOMIL.

3. Indicar a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI para que:
 - o Socialicen el contenido del PINAR con las partes interesadas y equipos de trabajo, enfatizando su carácter vinculante y transversal.
 - o Estructuren y ejecuten el cronograma de actividades definido para el periodo 2025–2027, con seguimiento periódico a los avances y resultados.
 - o Consoliden informes de avance semestrales y un informe de cierre del periodo, para presentación al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Se recuerda que para la vigencia 2026 se debe presentar indicadores sobre este tema para incluir en el Plan de Acción Institucional
4. Precisar que el cumplimiento de las acciones previstas en el PINAR será objeto de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, como insumo para los procesos de evaluación del desempeño institucional, auditorías y mediciones externas.
5. El señor Director insta a las dependencias responsables a avanzar en la estructuración del proyecto de inversión que permita gestionar los recursos para atender las necesidades derivadas de la correcta administración del archivo.

Sistema Integrado de Conservación – SIC 2025–2027 y su articulación con la Política de Gestión Documental, el PINAR y el marco normativo archivístico vigente, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, acuerda:

1. **Aprobar** el Sistema Integrado de Conservación – SIC 2025–2027 del Hospital Militar Central – HOMIL, en los términos presentados por la Subdirección Administrativa y la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI, como instrumento que orienta la conservación documental y la preservación digital a largo plazo de la memoria institucional.
2. Establecer que el SIC es de **aplicación obligatoria** para todas las dependencias y servidores del Hospital, sin distinción de nivel jerárquico ni tipo de vinculación, así como para los terceros que gestionen o tengan acceso a información institucional, debiendo ajustarse sus prácticas a los lineamientos y procedimientos definidos en el Sistema.
3. Indicar a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Apoyo Logístico – GDHI para que:
 - o Implementen los programas y planes que integran el SIC (Plan de Conservación Documental y Plan de Preservación Digital a Largo Plazo), de acuerdo con el cronograma 2025–2027.
 - o Establezcan mecanismos de monitoreo y control de condiciones físicas, ambientales y tecnológicas de los archivos, dejando evidencia documentada de las acciones de conservación preventiva y correctiva.

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	28 de 29		

- Presenten al Comité informes periódicos sobre el grado de avance, incidentes relevantes y acciones de mejora, con la periodicidad definida en el propio SIC.
4. Determinar que los resultados del SIC serán considerados como insumo en los procesos de **auditoría, gestión del riesgo, control interno, seguridad de la información y transparencia**, y deberán ser articulados con los planes de mejoramiento institucional.

Eliminación Documental - El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, luego de escuchar la exposición sobre el Concepto Técnico de Eliminación Documental, el Formato Único de Inventario Documental – FUID Eliminación 1652 y la verificación del cumplimiento de las Tablas de Retención Documental y de la normatividad archivística vigente, **aprueba la eliminación definitiva de los documentos relacionados en el Inventario No. 1652**, correspondientes al periodo 2000–2008, por haber cumplido sus tiempos de retención y no conservar valores secundarios que justifiquen su preservación; en consecuencia, autoriza a la Unidad de Apoyo Logístico – Gestión Documental, Historias Clínicas e Imprenta (GDHI) para adelantar las gestiones necesarias para la expedición del acto administrativo que ordene la eliminación, su publicación por el término legal y la posterior destrucción segura de los documentos, dejando la respectiva evidencia documental del procedimiento.

APOYOS PECUNIARIOS

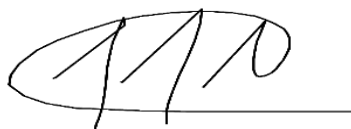
El Comité **aprueba la asignación de apoyos educativos para la vigencia 2025 a favor de los siete (7) servidores relacionados en el cuadro presentado por la Unidad de Talento Humano, por un valor de uno punto cinco (1,5) SMMLV para cada uno, para un total de catorce millones novecientos cuarenta y seis mil setecientos cincuenta pesos (\$14.946.750)**, con cargo a los recursos del Plan de Bienestar y Plan de Incentivos, precisando que dichos apoyos no generan compromisos institucionales de promoción o reubicación laboral, y que su continuidad estará condicionada al mantenimiento de los criterios de desempeño académico y laboral definidos en la normativa vigente; en consecuencia, se autoriza a la Subdirección Administrativa y a la Unidad de Talento Humano para adelantar los trámites administrativos correspondientes, expedir el acto administrativo que formalice la concesión del beneficio, efectuar el giro directo a las instituciones educativas y comunicar la decisión a los beneficiarios, dejando la debida evidencia en los expedientes de bienestar y talento humano.

Sin más puntos en la agenda, se procede a cerrar la sesión del Comité.

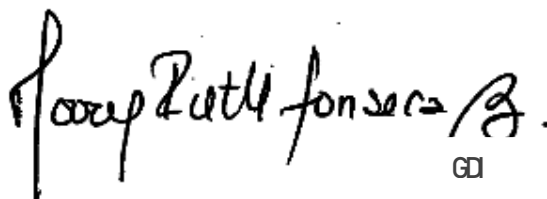
Hacen parte integral del acta los documentos presentados y la presentación respectiva

FORMATO	ACTA DE REUNION	CODIGO	PL-CLDD-PR-01-FT-14	VERSION	04
		Página:	29 de 29		

COMPROMISOS	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Cumplir con las disposiciones establecidas en cada punto de la agenda	2025-2026	Líderes de Proceso
Realizar las gestiones con el Área de Gestión de Calidad para los trámites correspondientes	15 de diciembre	Líderes de Proceso



Ingeniero José Miguel Cortés
Subdirector del Sector Defensa – Subdirección Administrativo (E)
Encargo realizado a partir del 31 de octubre de 2025
Líder Comité Institucional Gestión y Desempeño Hospital Militar Central
Resolución Interna N° 285 de 2018



Dra. Mary Ruth Fonseca Becerra
Jefe Oficina Sector Defensa – Oficina Asesora de Planeación
Secretaría Técnica Comité Institucional Gestión y Desempeño Hospital Militar Central
Resolución Interna N° 285 de 2018





Hospital Militar Central



INVENTARIO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN 2025



FINALIDAD

Finalidad del inventario y clasificación de activos de información.

Identificar los activos relevantes de cada área o servicio esenciales para el correcto funcionamiento y continuidad de los procesos del Hospital Militar Central.

Clasificación de activos de información.

Por medio de recopilación sistemática de activos en cada área o servicio de la entidad, determinando los niveles de Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad (C-I-D).

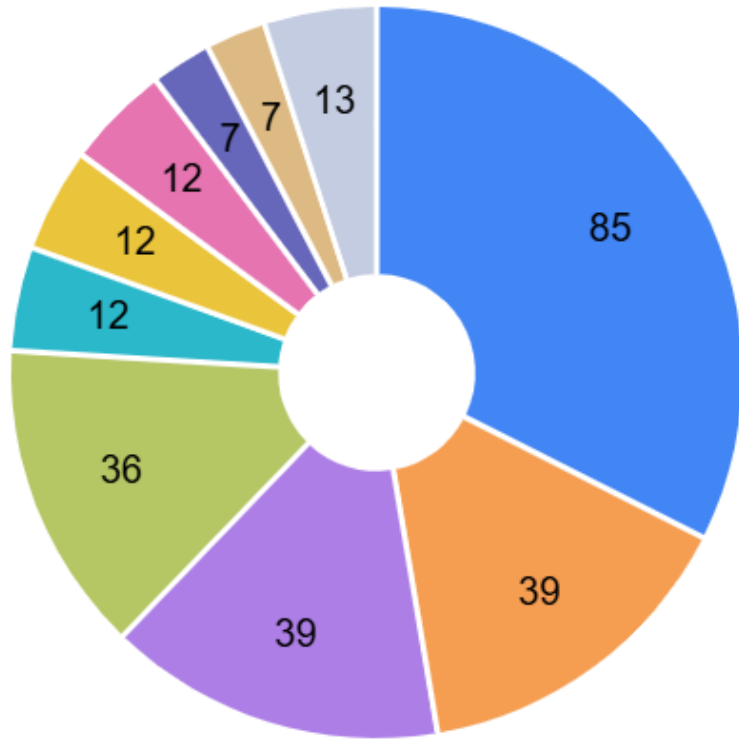
Normatividad.

- LEY 1581 DE 2012 - Protección datos personales.
- ISO 27001-2022 Norma Internacional seguridad de la información.
- Resolución 500 de 2021 de MinTIC.





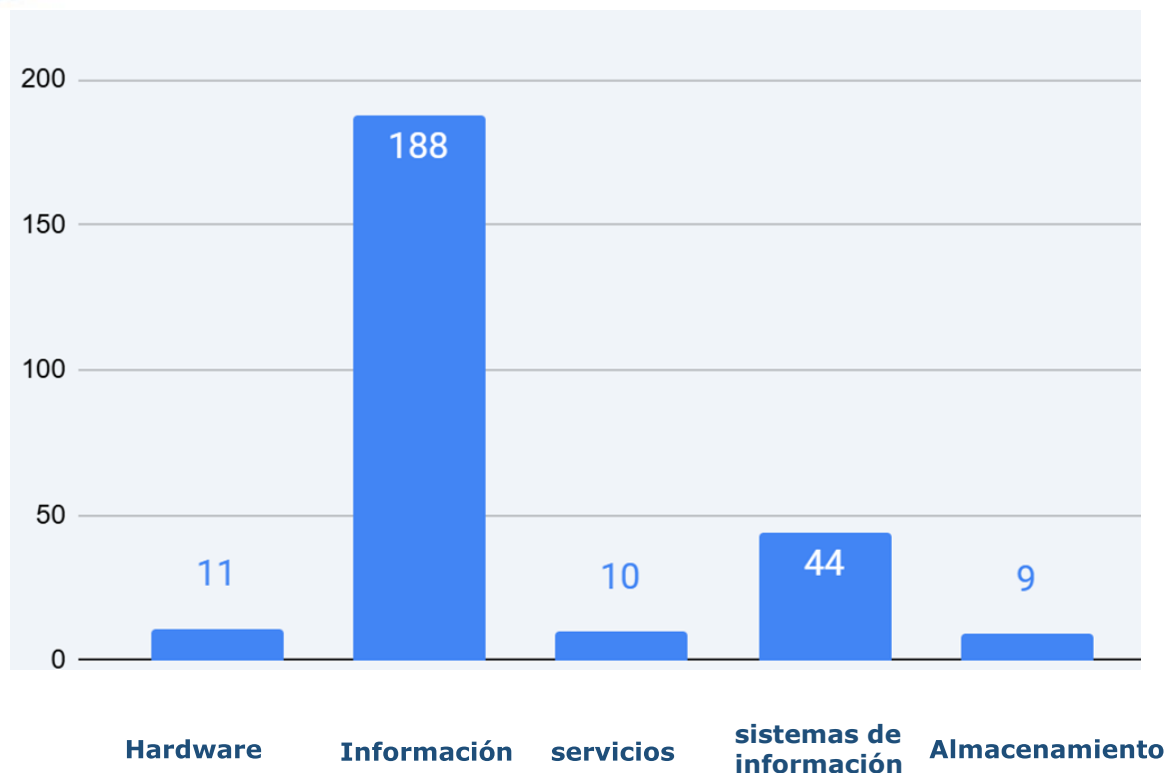
ACTIVOS IDENTIFICADOS



262 activos de información identificados.

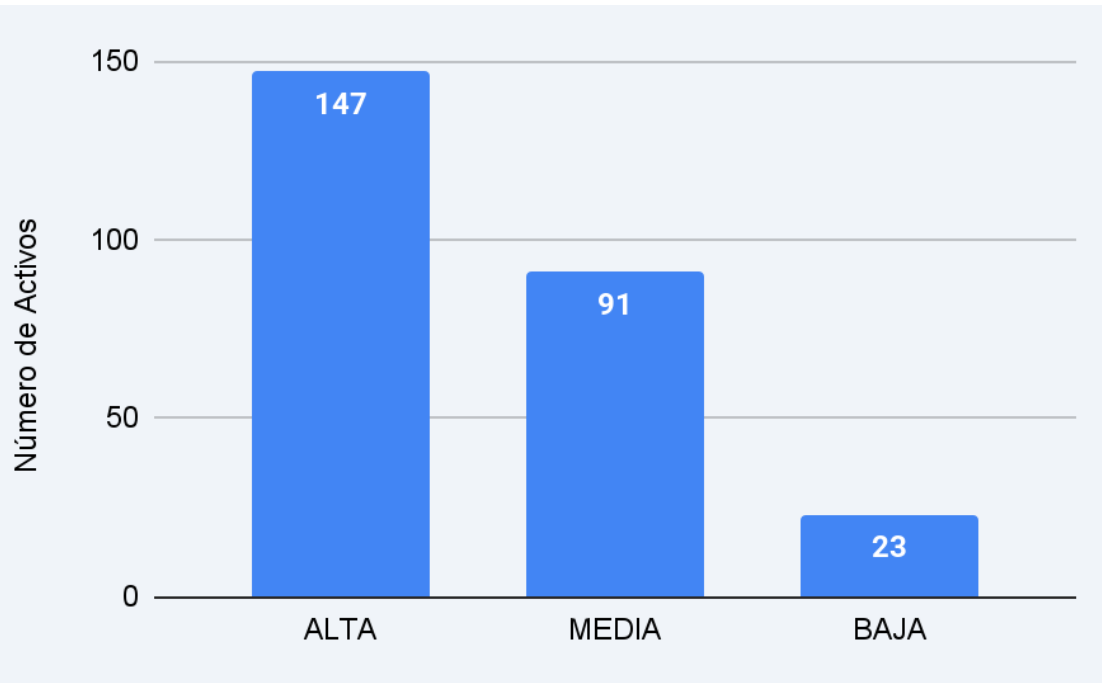
Macroproceso	# Activos	% Activos	Nombre de activos relevantes
Gestión Financiera	85	32,40%	Informes de cartera
			Comprobantes contables
			Conciliación cartera
Gestión del conocimiento	39	14,9 %	Ley de Residentes- Plan de Inversión
			Habilitación y acreditación
			Actas de acreditación
Gestión Apoyo Asistencial y Farmacéutico	39	14,9 %	Resultados de patología
			Registro de fallecidos
			Batch Record Aire Medicinal
Tecnologías de la Información	36	13,7 %	Dinámica Gerencial Hospitalaria
			Google
			ControlDoc
Gestión Documental	12	4,6 %	Historias Clínicas
			Archivos SSAA
			Ingresos Permanencia y Retiro
Gestión Jurídica	12	4,6 %	Notificación Tutelas
			Contratos
			Correspondencia OFAL
Atención Ambulatorio	12	4,6 %	Conceptos médicos
			Consentimiento informado Neurofisiología
			Notas personal en formación

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN






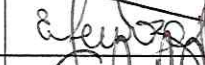

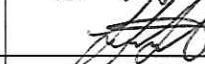




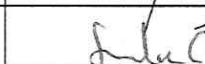




Hardware	<ul style="list-style-type: none"> * 4 Laptop con software especializado tratamiento de imágenes diagnósticas. * Plataforma de Almacenamiento. * Servidor Oracle X7-2S. * Equipos para la Seguridad Informática.
Información y datos	<ul style="list-style-type: none"> * Conceptos médicos. * informes estadísticos de los servicios. * Comprobantes contables 2022 - 2023 - 2024 - 2025. * Tablas de distribución de depreciación.
Servicios: internet e intranet páginas de consulta	<ul style="list-style-type: none"> * Página web de la entidad. * Página Web SARLAFT. * ADRES. * Pagina Consulta Secop II. * Intranet.
Sistemas de información y aplicaciones de software	<ul style="list-style-type: none"> * Dinamica Gerencial. * FUI. * Control Doc. * SOFTWARE FRACTAL ONE.
Almacenamiento SAN - NAS - USB - Discos Duros	<ul style="list-style-type: none"> * Servidor de backup. * Certificado tributarios. * Actas Trimestrales 2023-2024-2025.

CRITICIDAD ACTIVOS DE INFORMACIÓN



<p>Alto</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Dinamica Gerencial web. * Dinamica Gerencial NET. * Estudios de Seguridad Personal. * Procesos Disciplinarios. * Conceptos médicos. * Sharepoint-OFICINA JURÍDICA. * FUI - Fuente Única de Información Base de Datos. * Base de datos de resultados de Laboratorio Clínico HOMIL. * Programa de pagos a proveedores. * Pagos portal transaccional Davivienda. * Control Doc Oficios. * SIIF Consultas y movimientos.
<p>Medio</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ARCHIVO SSAA (Subdirección Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico). * Supervisión contratos insumos hospitalarios. * informes estadísticos de los servicios. * BASE DE DATOS CORRESPONDENCIA OFAJ (Oficina Asesora Jurídica). * Batch Record Aire Medicinal.
<p>Bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Control entrega de obligaciones a almacenes. * Actas Trimestrales 2023-2024-2025. * Ejecución de los Planes de Bienestar y Capacitación. * Tablero de control de devoluciones. * Control de preparación de medicamento para uso parenteral.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	LISTA DE ASISTENCIA	CÓDIGO: PL-CLDD-PR-01-FT-13
	OFICINA: ASESORA DE PLANEACIÓN (Área Gestión de Calidad)	FECHA DE EMISIÓN: 26-06-2024
	PROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 05
		Página 1 de 2
	TEMA DE REUNIÓN: Comité de Gestión y Desempeño – RAE III Trim. Aprobación de Planes y Auxilios	
	GRUPO O ÁREA: Oficina Asesora de Planeación	
FECHA: 27 /10 2026	HORA: 10:00 am	LUGAR: Sala de Juntas – Sub Médica
CONFERENCISTA: Según agenda de la sesión		
CAPACITACIÓN: _____ INTENSIDAD HORARIA: _____		
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO		

No.	NOMBRE	DOC. IDENTIDAD	CARGO	DEPENDENCIA	FIRMA
1	Cr. Fernando Diaz M	93436515	Subdirecta	SWAD	
2	José Miguel Cortés	80095700	SUFI	UNFI	
3	Rodrigo Méndez	7201526	SUSD	UNIN	
4	Luis Fernando Flores	11357476	Coordinador	GOFI	
5	Dr. Luis Sierra Joya	91333279	Op. Seg. Inf.	UNIN	
6	Cr. (RA) Edgar Herrera Roman	79524338	Dir. Hico	Administración	
7	Elmer Rosas	51925870	Sub	SA	
8	Rony Violeta Osorio	51828889	SMSM	Etica	
9	JUAN F. MACDONADO C	79396695	USAM	SCAA	
10	Sandra Paulina Torres	52765060	Jefe Oficina	Control Interno	
11	CR (RA) Luis Reyes	71519391	J. Compens	SWAD	
12	Juan C. Ramirez J.	81717436	Jefe	DFAT	
13	Rodrigo Méndez	53066980	Jefe UNTH	UNTH	
14	Mary Ruth Fonseca	46680592	Jefe OF	Planeación	
15					
16					
17					
18					
19					