

**SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO
PASTO SALUD ESE
VIGENCIA 2018**

Seguimiento Correspondiente al periodo de enero a abril de 2018

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES	INDICADOR	SOPORTE DE LA EJECUCION Y DESARROLLO DEL INDICADOR	% DE AVANCE
1.1.1 Actualizar la política de administración del riesgo mediante el cual se adopta el manual de administración de riesgos, las políticas de administración de riesgos administrativos y de corrupción al interior de Pasto Salud ESE.													Oficina de Control Interno.	Política actualizada.	Manual de administracion de riesgos en tramite de ajustes y aprobacion.	50%
1.2.1 Revisar analizar y actualizar los mapas de riesgos de las áreas susceptibles de actos de corrupción de Pasto Salud ESE con la participación de los jefes y funcionarios de cada dependencia.													Oficina de Control Interno y Líderes de procesos.	Mapa de Riesgos actualizado.	El mapa de riesgos fue actualizado con los lideres de proceso y se encuentra publicado en pagina web	100%
1.3.1 Despliegue y Apropiacion de la metodología de administración de riesgos de corrupción a la alta dirección y funcionarios de la entidad													Oficinas de Control Interno, Planeación y Líderes de Proceso	(Número de personas capacitadas y aprobadas/ Número total de personas socializadas) * 100	Formulacion del mapa de riesgos de corrupcion con los diferentes lideres de proceso.	100%
1.3.2 Difundir a la alta dirección y funcionarios de la entidad la política de administración de riesgos vigente.													Oficina de Control Interno.	Matriz de riesgos publicada en la página web.	Metodologia para la elaboracion del Mapa de riesgos de corrupcion enviada a los lideres de proceso.	100%
Publicar en la página web de Pasto Salud ESE las actualizaciones realizadas en la política de administración de riesgos y los mapas de riesgos de corrupción.													Oficinas de Control Interno y Oficina de Sistemas.	Matriz de riesgos publicada en la página web.	Mapa de riesgos de corrupcion publicada en la pagina web en el enlace de Transparencia e Información	100%
1.4.1 Realizar monitoreo y revisión al mapa de riesgos de corrupción vigente.													Oficina de Control Interno.	(Número de monitoreo y revisión/Número de seguimientos programados)	Se efectuo seguimiento a la implementacion de los controles y de las acciones de tratamiato asociadas a cada riesgo	100%
1.5.1 Realizar seguimiento a la ejecución de los controles existentes y a las acciones de mejoramiento propuestos en los mapas de riesgos de corrupción.													Oficina de Control Interno.	(Número de seguimientos ejecutados/Número de seguimientos programados)		100%
2.1.1 Revisar y actualizar los trámites de la entidad cargados en el Sistema Único de Identificación de Trámites (SUIT) para su actualización.													Oficinas de Planeación y Oficina de Sistemas.	(Número de trámites actualizados/Número de trámites identificados)*100	Se evidencia acta del 23 de marzo de 2018 en la cual se reúnen las oficinas de Planeacion y de Comunicaciones y Sistemas para revisar y actualizar los tramites de la entidad, definiendo que los 8 cargados en el SUIT son los que le aplican a la entidad. Se procede a revisar en el SUIT los 8 tramites cargados y se evidencia que no se ha actualizado los servicios prestados en las IPS.	50%
2.1.3 Despliegue y Apropiacion de los trámites y servicios de la entidad con trabajadores, usuarios y entidades prestadoras de salud.													Oficinas de Planeación y Sistemas.	(Número de personas capacitadas y aprobadas/ Número total de personas socializadas) * 100	Se envia correo con circular número 513-4692 para realizar despliegue de informacion de tramites y servicios de la entidad con espera de retroalimentacion sobre los tramites existentes registrados en la plataforma SUIT ademas de adecuacion de la normatividad de la ley 1712 de 2014 en el link de transparencia. No se evidencia despliegue a usuarios y EPS	33%

ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES	INDICADOR	SOPORTE DE LA EJECUCION Y DESARROLLO DEL INDICADOR	% DE AVANCE
2.2.1	Priorizar un trámite de la entidad susceptibles de racionalización. (Call Center).													Oficinas de Planeación y Sistemas.	Un trámite priorizado.	Dentro de la revisión con acta de reunion entre planeación y sistemas el día 13 de MARZO DE 2018 a las 2 pm se decide priorizar el item numero 4 "Asignación de cita para la prestación de servicios en salud"	100%
	Ejecución y articulación del trámite.													Todas las dependencias.	Trámite implementado.	NA	
3.1.1	Programar y ejecutar reunión para realizar la planeación de la rendición de cuentas para la el año 2018 de la vigencia 2017, acorde a lo establecido en la normatividad aplicable. (Esta programación debe incluir la caracterización de las partes interesadas a las cuales va dirigida la rendición de cuentas, el medio a utilizar y la posible fecha de ejecución)													Oficinas de Planeación.	Socialización de la planeación Rendición de cuentas.	Plan de rendicion de cuentas elaborado, socializado y publicado en pagina web institucional. E incluso ejecutada la rendicion de cuentas a la comunidad	100%
3.1.2	Recopilar toda la información necesaria para la estructuración de la presentación de la audiencia pública de rendición de cuentas según los públicos de interés con información clara y comprensible.													Oficina de Planeación - Todas las dependencias.	Recopilación de información de todas las áreas.	Documento de rendicion de cuentas, resolucion, convocatoria y formatos publicados en la pagina web institucional. Publicados en el mes de marzo de 2018	100%
3.2.1	Estructurar informe y presentación definitiva de rendición de cuentas para ser publicada en la página web institucional. (Como mínimo un mes antes del acto público de rendición de cuentas)													Oficina de Planeación y Gerencia.	Informe publicado.	Documento de rendicion de cuentas, resolucion, convocatoria y formatos publicados en la pagina web institucional. Publicados en el mes de marzo de 2018	100%
3.2.2	Diseñar y enviar las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.													Oficina de Planeación y Gerencia.	Diseño y envío de invitaciones.	Invitaciones a la rendicion de cuentas a la comunidad entregadas de manera oportuna a las partes interesadas	100%
3.2.3	Publicar en la página web de la Supersalud fecha y lugar de la audiencia pública de rendición de cuentas. (Máximo hasta el 10 de abril)													Oficina de Planeación.	Publicación pagina web Supersalud.	Publicado el 7 de marzo en la pagina web de la super salud y se observa correo electronico indicando el cargue.	100%
3.3.1	Realizar Audiencia Pública de Rendición de Cuentas en fecha, lugar y hora programada.													Oficina de Planeación - Oficina de Control Interno.	Acta de audiencia e informe de resultados	Audiencia publica de rendicion de cuentas realizada el 27 de abril de 2018	100%
3.3.2	Aplicar encuesta y evaluar el proceso de rendición de cuentas con los asistentes.													Oficina de Planeación.	Encuesta aplicada y tabulada.	Se aplicaron XX a los asistentes al proceso de rendicion de cuentas, consolidado que aparecera en el informe de la actividad.	100%
3.3.3	Estructurar informe y acta de audiencia pública de la rendición de cuentas, publicar en página web insitucional y cargar en aplicativo web de la Supersalud.													Oficina de Planeación.	Acta de audiencia publicada.	NA	
3.4.1	Establecer estrategias de la cultura de rendicion de cuentas, sobre transparencia y anticorrupción a los grupo de interes.													Todas las dependencias.	Estrategías implementadas	Plan de Rendicion de cuentas elaborada para cada vigencia.	100%
3.5.1	Despliegue, Apropiacion y publicacion de los resultados de la evaluación del proceso de rendición de cuentas al equipo directivo y líderes de proceso para tomarlo como insumo en los planes de mejoramiento.													Oficina de Planeación.	Informe de Rendición de Cuentas	NA	

ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES	INDICADOR	SOPORTE DE LA EJECUCION Y DESARROLLO DEL INDICADOR	% DE AVANCE
4.1.1	Realizar jornada de trabajo con las Asociaciones de Usuarios para evaluar la calidad de la atención y establecer planes para mejorar los servicios													SIAU.	(Número de reuniones realizadas / Número de reuniones programadas) *100	NA	
4.1.2	Evaluar la pertinencia y efectividad de las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios y establecer un plan de mejoramiento													SIAU.	(Número de encuestas aplicadas / Número de encuestas programadas) *100	Se evidencia la aplicación de las encuestas de satisfacción correspondiente al primer trimestre de 2018. Se recomienda formular plan de mejoramiento a los resultados obtenidos.	100%
4.2.1	Atender las solicitudes relacionadas con la atención al ciudadano en la página web.													SIAU.	(Número de solicitudes atendidas / Número de solicitudes presentadas) *100	No se evidencia la aplicabilidad y funcionalidad de las PQSF radicadas mediante pagina web.	0%
4.2.2	Mejorar la oportunidad de la respuesta a las solicitudes y peticiones de los usuarios													SIAU.	(Número de respuestas / Número de solicitudes presentadas) *100	Se evidencia circular 534-3654 del 3 de abril de 2018, en la cual se da lineamientos para el reporte de tramites de PQSF. Y se evidencia informe de PQSF que concluye un tramite oportuno del 97% (de las 106 quejas presentadas).	97%
4.2.4	Elaborar plan de capacitación para fortalecer las asociaciones de usuarios.													SIAU.	(Número de talleres realizados / Número de talleres programados) *100	Se evidencia el Plan de Participacion social para la vigencia 2018 que determina que se realizaran 4 talleres de capacitacion en la vigencia (igual quedo definido en el POA 2018), se observa la ejecucion del primer taller programado para el dia 7 de abril de 2018.	100%
4.3.1	Implementar el PIC para fortalecer las competencias del talento humano de acuerdo a las necesidades.													Oficina de Talento Humano	(Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas)*100	No se ha formulado el PIC para la vigencia 2018	0%
															(Número de personas capacitadas con nota superior a 4.5/ Número de personas evaluadas) * 100	No se ha formulado el PIC para la vigencia 2018	0%
4.4.1	Elaborar informes de PQSF para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios -													SIAU	(Número de informes presentados / Número de informes programados) *100	Se evidencia informe de PQSF del primer trimestre de la vigencia 2018, entregado a Subgerencia de Salud e Investigacion el 3 de mayo de 2018. Aun no se observa plan de mejoramiento a los resultados presentados.	100%

ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES	INDICADOR	SOPORTE DE LA EJECUCION Y DESARROLLO DEL INDICADOR	% DE AVANCE
4.4.3	Publicar de manera periódica el informe de gestión de las PQSF													SIAU, Subgerencia de Salud e Investigación y Oficina de Sistemas.	Informe publicado.	El informe trimestral de PQSF esta publicado en la pagina web institucional, en el link de documentos institucionales	100%
4.5.1	Realizar medición de satisfacción de usuarios respecto de la calidad de servicios recibidos e implementar plan de mejoramiento si se requiere.													SIAU.	(Número de encuestas realizadas / Número de encuestas programadas) *100	Se evidencia informe de medicion de satisfaccion del usuario del primer trimestre de la vigencia 2018, entregado a Subgerencia de Salud e Investigacion el 3 de mayo de 2018.	100%
															Plan de Mejoramiento implementado.	Aun no se observa plan de mejoramiento a los resultados presentados.	0%
5.1.1	Creación aplicativo software web para cargue de los documentos públicos.													Oficina de Sistemas.	Un aplicativo implementado.	Modulo de cargue de información en la plataforma de la pagina web link descarga de documentos	100%
5.1.2	Publicar información mínima requerida por ley.													Todas las dependencias y Oficina de Sistemas.	(Número de documentos publicados / Número total de documentos definidos) *100	NA	
5.1.3	Actualizar y realizar seguimiento al plan de mejoramiento de la estrategia de Gobierno en Línea.													Oficina de Control Interno y Oficina de Sistemas.	(Número de actividades realizadas / Número total de de actividades definidas en el plan) *100	NA	
5.2.1	Despliegue y Apropiacion de los canales y/o medio idóneos para recibir solicitudes de información pública. (PQRSF)													SIAU y Oficina de Sistemas.	(Número de personas capacitadas y aprobadas/ Número total de personas socializadas) * 100	Se evidencia taller del 7 de abril de 2018 con representante de las asociaciones de usuarios en la que se socializa los medios existentes en la empresa para poner PQSF	100%
5.3.1	Actualizar el inventario de activos de información de la entidad. (Plan general de informes)													Oficina de Sistemas, Planeación y Archivo.	(Número de activos de información actualizados / Número total de activos identificados) * 100	Plan general de informes asistenciales y administrativos actualizados	100%
5.3.2	Actualizar el esquema de publicación de información de la entidad.													Oficina de Control Interno y Oficina de Sistemas.	Esquema de publicación de información actualizado.	Esquema de publicacion actualizado y verificado en el link http://www.pastosaludese.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=195&Itemid=109	100%
5.3.3	Actualizar el Índice de Información Clasificada y Reservada de la entidad.													Oficinas de Sistemas y Archivo.	Índice de información actualizado.	NA	
5.4.1	Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles, que permita su visualización a los diferentes usuarios de la entidad.													Oficina de Planeación y Sistemas.	(Número de mensajes con acuse de recibido / Número total de mensajes enviados) * 100	Correos electronicos enviados desde la oficina de Comunicaciones y Sistemas	100%
5.5.1	Generar informe de acceso a la información.													SIAU y Oficina de Sistemas.	Informe generado.	NA	

ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES	INDICADOR	SOPORTE DE LA EJECUCION Y DESARROLLO DEL INDICADOR	% DE AVANCE
6.1.1	Identificar y priorizar los procedimientos administrativos y servicios que se puedan realizar en línea parcial o totalmente.										g			Oficina de Planeación y Sistemas.	(Número Procedimientos administrativos y servicios priorizados parcial o totalmente en línea / Número de procedimientos administrativos y servicios identificados) *100	NA	
6.1.2	Implementar el Código de Ética del Auditor.													Oficina de Control Interno.	Código implementado.	Se evidencia resolución No. 161 de 2018 en la cual se aprueba el código de ética del auditor	100%
6.1.3	Implementar el Estatuto del Auditor.													Oficina de Control Interno.	Estatuto Implementado.	Se evidencia resolución No. 162 de 2018 en la cual se aprueba el estatuto de auditoría interna	100%
6.1.4	Actualizar y publicar el Código de Ética y Buen Gobierno de la institución.													Secretaría General y Sistemas.	Código de Ética y Buen Gobierno actualizado y publicado.	Esta actividad aun no se ha ejecutado.	0%
6.1.5	Despliegue y Apropiación de el Código de Ética y Buen Gobierno.													Secretaría General..	(Número de socializaciones ejecutadas / Número de socializaciones programadas) *100	Esta actividad aun no se ha ejecutado.	0%

PROMEDIO	79%
-----------------	------------

Fecha de Seguimiento: 16 de mayo de 2018

ORIGINAL FIRMADO
Elaboró: Jaime Alberto Santacruz Santacruz