

VIGENCIA DEL PLAN: 2019

FECHA DE SEGUIMIENTO: Con corte a Abril de 2019 - Seguimiento 15 de Mayo 2019

OBJETIVO DEL PLAN

DESARROLLAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTION TRANSPARENTE Y PUBLICA PARA TODOS LOS GRUPOS DE INTERÉS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE, EN CONCORDANCIA A LAS DISPOSICIONES DEL ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN LEY 1474 DE 2011.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
1. ADMINISTRACION DEL RIESGO DE	1.1 Política de Administración de Riesgo	1.1.1 Articular una Política de Administración de los Riesgos de Gestión y de Corrupción													Políticas articuladas	Oficina de Control Interno.	100%	Política articulada y aprobada mediante Resolución No. 945 del 13 de Diciembre de 2018, e incluida en el manual de administración de riesgos de corrupción versión 6.0 de 2019.
	1.2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.	1.2.1 Revisar, analizar y actualizar los mapas de riesgos de las áreas susceptibles de actos de corrupción de Pasto Salud ESE													Mapa de Riesgos actualizado	Oficina de Control Interno y Líderes de procesos.	100%	Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2019, formulada, aprobada y publicada, link http://www.pastosaludese.gov.co/images/control_interno/2019/MAPA%20DE%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCION%202019%20VF.pdf
		1.3.1 Difundir a la alta dirección de la entidad la política de administración de riesgos vigente.													Política difundida	Oficina de Control Interno.	100%	Se difundió al Comité Coordinador de Control Interno, el manual de administración de riesgos de corrupción en reunión el día 28 de enero de 2019, evidencia mediante acta No.01 del Comité Coordinador de Control Interno

CORRUPCION – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	1.3 Consulta y Divulgación	1.3.2	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.														Matriz de riesgos publicada en la página web.	Oficinas de Control Interno y Oficina de Sistemas.	100%	Matriz de riesgos de corrupción vigencia 2019 formulada, aprobada y publicada, link http://www.pastosaludese.gov.co/images/control_interno/2019/MAPA%20DE%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCION%202019%20VF.pdf
		1.3.3	Despliegue de la metodología de administración de riesgos de corrupción al talento humano de la entidad														(Número de personas capacitadas / Número total de personas) * 100	Oficinas de Control Interno, Planeación y Líderes de Proceso	NA	Actividad programada a realizar en el mes de julio de 2019.
	1.4 Monitoreo, Evaluación y Seguimiento	1.4.1	Realizar monitoreo y revisión al mapa de riesgos de corrupción vigente.														(Número de personas capacitadas / Número total de personas) * 100	Oficinas de Control Interno, Planeación y Líderes de Proceso	33%	En enero se realizo el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción vigencia 2018 por parte de Control Interno, resultado publicado en pagina web institucional - link de transparencia. Se realizo el primer seguimiento al mapa de riesgos de corrupción vigencia 2019, con corte a abril de 2019, resultado publicado en la pagina web institucional - link de transparencia.
		1.4.2	Realizar monitoreo y revisión al mapa de riesgos de corrupción vigente.														(Número de personas capacitadas / Número total de personas) * 100	Oficinas de Control Interno, Planeación y Líderes de Proceso	33%	En enero se realizo el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción vigencia 2018 por parte de Control Interno, resultado publicado en pagina web institucional - link de transparencia. Se realizo el primer seguimiento al mapa de riesgos de corrupción vigencia 2019, con corte a abril de 2019, resultado publicado en la pagina web institucional - link de transparencia.
2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	2.1 Identificación de Trámites	2.1.1	Revisar y actualizar los trámites de la entidad cargados en el Sistema Único de Identificación de Trámites (SUIT) para su actualización.														(Número de trámites actualizados/Número de trámites identificados)*100	Oficinas de Planeación y Oficina de Sistemas.	87,50%	De los 8 tramites que se encuentran cargados en el SUIT se observa que el de asignación de citas medicas tiene asignados líneas telefónicas que no corresponden al CALL CENTER
		2.1.2	Despliegue de los trámites y servicios de la entidad a los grupos de interés														Publicaciones	Oficinas de Planeación y Sistemas.	0%	No se evidencia cumplimiento de la acción
	2.2 Priorización y Racionalización de Trámites	2.2.1	Priorizar un trámite de la entidad susceptibles de racionalización (tramite de pagos)														Un tramite priorizado y diligenciado en el instructivo del SUIT	Oficina de Planeación - Oficina de Comunicaciones y Sistemas - Subgerencia Financiera y Comercial.	0%	No se evidencia cumplimiento de la acción

	3.3 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	3.3.1	Realizar Audiencia Pública de Rendición de Cuentas en fecha, lugar y hora programada.													Acta de audiencia e informe de resultados	Oficina de Planeación - Oficina de Control Interno.	100%	La rendición de cuentas se efectuó el 3 de mayo de 2019 en el auditorio Aurelio Arturo de la VIPRI - Universidad de Nariño
		3.3.2	Aplicar encuesta y evaluar el proceso de rendición de cuentas con los asistentes.													Encuesta aplicada, tabulada y analizada	Oficina de Planeación.	NA	Actividad programada para el mes de Mayo de 2019
		3.3.3	Estructurar informe y acta de audiencia pública de la rendición de cuentas, publicar en página web institucional y cargar en aplicativo web de la Supersalud.													Acta de audiencia publicada.	Oficina de Planeación.	NA	Actividad programada para el mes de Mayo de 2019
	3.4 Incentivos para motivar la cultura de la Rendición de Cuentas.	3.4.1	Establecer estrategias de la cultura de rendición de cuentas, sobre transparencia y anticorrupción a los grupo de interés.													Estrategias implementadas	Todas las dependencias.	100%	Rendición de cuentas a la ciudadanía en general. Informe de rendición de cuentas, publicado en el link http://www.pastosaludese.gov.co/images/rendicion/2019/InformeRdeCGesti%C3%B3n2018.pdf
	3.5 Evaluación y Retroalimentación a la Gestión Institucional	3.5.1	Despliegue, Apropiación y publicación 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.													Informe de Rendición de Cuentas	Oficina de Planeación.	NA	Actividad programada para el mes de Julio de 2019
	4.1 Estructura Administrativa y direccionamiento estratégico	4.1.1	Realizar jornada de trabajo y/o capacitación con las Asociaciones de Usuarios													(Número de reuniones realizadas / Número de reuniones programadas) *100	SIAU.	100%	Se realizo la jornada de trabajo el día 6 de abril de 2019 donde se socializo los canales y/o medio idóneos para recibir solicitudes de información pública. (PQRSF), se verifica con registros de asistencia y acta del 06 de abril de 2019
		4.1.2	Evaluar la satisfacción de la atención mediante la aplicación de encuestas y formular plan de mejoramiento (resultado inferior a 80%) por servicio.													(Numero de variables con cumplimiento / total de variables evaluadas)*100 (por servicio) Plan de Mejoramiento aprobado	SIAU.	0%	El día 3 de abril se calcula el tamaño de muestra para la aplicación de la encuesta . Se dio aplicación a la encuesta, pero a la fecha no se evidencia la tabulación ni el informe de satisfacción

4. MECÁNISMOS
PARA MEJORAR LA
ATENCIÓN AL
CIUDADANO

	4.1.3	Establecer un plan de mejoramiento frente a las desviaciones encontradas												(Número de encuestas aplicadas / Número de encuestas programadas) *100 (por servicio)	SIAU.	0%	El plan de mejoramiento no se encuentra establecido debido a que el informe de medición, aun no se encuentra realizado
4.2 Fortalecimiento de los canales de Atención	4.2.1	Atender las solicitudes relacionadas con la atención al ciudadano en la página web. PQRSF												(Número de solicitudes atendidas / Número de solicitudes presentadas) *100	SIAU.	0%	En la pagina web Institucional, existe plataforma con formato virtual para radicación de PQRSF para los ciudadanos, pero dicha plataforma para recepcionar dichas solicitudes no se encuentra habilitada
	4.2.2	Dar estricto cumplimiento a la oportunidad de la respuesta a las solicitudes y peticiones de los usuarios												(Número de respuesta oportunas / Número de solicitudes presentadas) *100	SIAU.	0%	En la pagina web Institucional, existe plataforma con formato virtual para radicación de PQRSF para los ciudadanos, pero dicha plataforma para recepcionar dichas solicitudes no se encuentra habilitada por tanto no hay oportunidad en la respuesta
4.3 Talento Humano	4.3.1	Incluir en el PIC capacitaciones dirigidas al personal de SIAU con el fin de fortalecer las competencias del talento humano y mejorar la atención al ciudadano												(Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas)*100 (Número de personas capacitadas con nota igual o superior a 4.5/ Número de personas evaluadas) * 100	Oficina de Talento Humano	NA	Actividad programada para realizarse en el mes de Mayo de 2019.
4.4 Normativo y Procedimental	4.4.1	Elaborar informes de PQRSF para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios -												(Número de informes presentados / Número de informes programados) *100 (Plan de mejora formulados si aplica)	SIAU	0%	La información de PQRSF se encuentra tabulada, esta pendiente la elaboración del informe .
	4.4.2	Publicar de manera periódica el informe de gestión de las PQRSF												Informe publicado.	SIAU, Subgerencia de Salud e Investigación y Oficina de Sistemas.	0%	La información de PQRSF se encuentra tabulada, esta pendiente la elaboración del informe, por tanto no se ha publicado en la pagina web

4.5 Relacionamiento con el ciudadano	4.5.1	Evaluar la satisfacción de la atención mediante la aplicación de encuestas y formular plan de mejoramiento (resultado inferior a 80%) por servicio.										(Numero de variables con cumplimiento / total de variables evaluadas)*100 (por servicio)	SIAU	0%	El día 3 de abril se calcula el tamaño de muestra para la aplicación de la encuesta . Se dio aplicación a la encuesta, pero a la fecha no se evidencia la tabulación ni el informe de satisfacción .
	4.5.2	Establecer un plan de mejoramiento frente a las desviaciones encontradas										(Número de encuestas aplicadas / Número de encuestas programadas) *100 (por servicio) Plan de mejoramiento aprobado	SIAU	0%	El plan de mejoramiento no se encuentra establecido debido a que el informe de medición, aun no se encuentra realizado.
5.1 Lineamientos de Transparencia Activa	5.1.1	Habilitar el link para el cargue de la información de acuerdo a la ley										Link habilitado	Oficina de Sistemas.	100%	Se encuentra habilitado el link para cargue de información
	5.1.2	Publicar y actualizar la información mínima requerida por ley.										(Número de documentos publicados / Número total de documentos definidos) *100	Todas las dependencias y Oficina de Sistemas.	51%	Se realizo verificación del cumplimiento de la matriz de autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014 de la Procuraduría General de la Nación, en la pagina web Institucional verificando que de 86 ítems requeridos, se cumplen 44 ítems en su totalidad. Lo anterior relacionado con la
	5.1.3	Actualizar y realizar seguimiento al plan de mejoramiento de la estrategia de Gobierno Digital.										(Número de actividades realizadas / Número total de actividades definidas en el plan) *100	Oficina de Control Interno y Oficina de Sistemas.	NA	Actividad programada para el mes de Mayo.

5. MECÁNISMOS
PARA LA
TRANSPARENCIA Y
EL ACCESO A LA
INFORMACIÓN

5.2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	5.2.1	Despliegue y Apropiación de los canales y/o medio idóneos para recibir solicitudes de información pública. (PQRSF)														(Número de personas capacitadas y aprobadas/ Número total de personas socializadas) * 100	SIAU y Oficina de Sistemas.	100%	Se realizo la jornada de trabajo el día 6 de abril de 2019 donde se socializo los canales y/o medio idóneos para recibir solicitudes de información pública. (PQRSF), se verifica con registros de asistencia y acta del 06 de abril de 2019
5.3 Elaboración de los instrumentos de Gestión de la Información	5.3.1	Actualizar el inventario de activos de información de la entidad. (Plan general de informes)														(Número de activos de información actualizados / Número total de activos identificados) * 100	Oficina de Sistemas, Planeación y Archivo.	100%	Se actualizo el plan general de informes Administrativo y Misional aprobado mediante Resolución 084 del 15 de febrero de 2019.
	5.3.2	Actualizar el esquema de publicación de información de la entidad. (Link Transparencia y Acceso a la Información)														Esquema de publicación de información actualizado.	Oficina de Control Interno y Oficina de Sistemas.	51%	Se realizo verificación del cumplimiento de la matriz de autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014 de la Procuraduría General de la Nación, en la pagina web Institucional verificando que de 86 ítems requeridos, se cumplen 44 ítems en su totalidad. Lo anterior relacionado con la publicación de la información.
	5.3.3	Actualizar el Índice de Información Clasificada y Reservada de la entidad.														Índice de información actualizado.	Archivo y correspondencia Oficina Jurídica	NA	Actividad programada para el mes de Junio.
	5.4.1	Incluir herramientas de accesibilidad en la información a personal con capacidades diferentes (población sordo muda)														Herramientas audiovisuales implementadas	Oficina de Planeación y Sistemas.	0%	No se evidencia cumplimiento de la acción
	5.5.1	Generar informe de acceso a la información.														Informe generado.	Oficina de Sistemas.	NA	Actividad programada para el mes de Mayo.

6. INICIATIVAS ADICIONALES	6.1 Iniciativas Adicionales	6.1.1	Identificar y priorizar los procedimientos administrativos y servicios que se puedan realizar en línea parcial o totalmente.												(Número Procedimientos administrativos y servicios priorizados parcial o totalmente en línea / Número de procedimientos administrativos y servicios identificados) *100	Oficina de Planeación y Sistemas.	NA	Actividad programada para el mes de Mayo.
		6.1.2	Seguimiento a la implementación del Estatuto del Auditor.												Acta seguimiento Estatuto	Oficina de Control Interno.	100%	Se realizo revisión al cumplimiento del estatuto de auditoria interna, se evidencia mediante acta del 19 de febrero de 2019.
		6.1.3	Seguimiento actividades de despliegue del Código de Integridad												(Número de despliegues ejecutadas / Número de despliegues programadas) *100 (Número de personas capacitadas con nota igual o superior a 4.5/ Número de personas evaluadas) * 100	Secretaría General..	NA	Actividad programada para el mes de Mayo.
		6.1.4	Realizar curso de auditores internos												Auditores certificados	Oficina de Sistemas	0%	No se evidencia cumplimiento de la acción
		6.1.5	Realizar capacitación y entrenamiento a los lideres de Procesos, Supervisores e Interventores del Manual de Contratación												Conversatorio en materia contractual realizado	Oficina Jurídica	0%	No se evidencia cumplimiento de la acción
		6.1.6	Realizar capacitación y entrenamiento a los lideres de Procesos, Supervisores e Interventores del Manual de Supervisión e Interventoría												Conversatorio en materia de supervisión e interventoría realizado	Oficina Jurídica	0%	No se evidencia cumplimiento de la acción
		6.1.7	Adquisición de medicamentos y material medicoquirurgico mediante herramientas electrónicas (>= 70%)												Proporción de medicamentos y material medicoquirurgico adquiridos mediante y a través de mecanismos electrónicos	Comité de compras	100%	Se evidencia la adquisición de medicamentos y material medicoquirurgico mediante herramientas electrónicas (plataforma bionexo) Se evidencia cumplimiento del
		6.1.8	Capacitar a los funcionarios del nivel directivo, asesor y personal involucrado en las diferentes actividades del Modelo Integrado de Planeacion y Gestion - MIPG												(Número de funcionarios capacitados / Número total de funcionarios convocados definidos) *100	Oficina de Control Interno.	20%	La oficna de Control Interno, convoco a 45 funcionarios para la realización y certificación de curso virtual del MIPG, de los cuales 9 hicieron llegar los respectivos soportes de la realización, en lo relacionado con funcionarios de nivel Directivo y Asesor solo cumplieron el 15.4% (2 de 13 funcionarios).

JAIME ALBERTO SANTACRUZ- Jefe Oficina Control Interno

JAIME ALBERTO SANTACRUZ- Jefe Oficina Control Interno

REVISADO POR:
(Original firmado)

APROBADO POR:
(Original firmado)