

| OBJETIVO DEL PLAN | | DESARROLLAR ACCIONES ESTRATÉGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PÚBLICA 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. | | | | | | | | | | | | INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES | | |
|--|---|---|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE | ACTIVIDADES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | | | |
| 1. ADMINISTRACION DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN | 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. | |
| | 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. | |
| | 1.3 Consulta y Divulgación | 1.3.1 Difundir a la alta dirección de la entidad la política de administración de riesgos vigente. | 1.3.1 | | | | | | | | | | | | | Política difundida | Oficina de Control Interno. |
| | | 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. | 1.3.2 | | | | | | | | | | | | | Matriz de riesgos publicada en la página web. | Oficinas de Control Interno y Oficina de Sistemas. |
| | | 1.3.3 Despliegue de la metodología de administración de riesgos de corrupción al talento humano de la entidad | 1.3.3 | | | | | | | | | | | | | (Número de personas capacitadas / Número total de personas) * 100 | Oficinas de Control Interno, Planeación y Líderes de Proceso |
| 1.4 Monitoreo, Evaluación y Seguimiento | 1.4.1 Realizar monitoreo y revisión al mapa de riesgos de corrupción vigente. | 1.4.1 | | | | | | | | | | | | (Número de personas capacitadas / Número total de personas) * 100 | Oficinas de Control Interno, Planeación y Líderes de Proceso | | |
| 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. | |
| | | 2.1.2 Despliegue de los trámites y servicios de la entidad a los grupos de interés | 2.1.2 | | | | | | | | | | | | | Publicaciones | Oficinas de Planeación y Sistemas. |
| | 2.2 Priorización y Racionalización de Trámites | 2.2.1 Priorizar un trámite de la entidad susceptibles de racionalización (tramite de pagos) | 2.2.1 | | | | | | | | | | | | Un tramite priorizado y diligenciado en el instructivo del SUIT | Oficina de Planeación - Oficina de Comunicaciones y Sistemas - Subgerencia Financiera y Comercial. | |
| | 2.3 Racionalización de trámites | 2.3.1 Cargue de información en aplicativo SUIT del trámite priorizado para racionalización. | 2.3.1 | | | | | | | | | | | | Publicación del trámite priorizado. | Oficina de Sistemas. | |
| | 2.4 Interoperabilidad | 2.4.1 Ejecución y articulación del trámite. | 2.4.1 | | | | | | | | | | | | Trámite implementado. | Todas las dependencias. | |

OBJETIVO DEL PLAN

DESARROLLAR ACCIONES ESTRATÉGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PÚBLICA 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 | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES |
|-------------------------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|
| 3. RENDICIÓN DE CUENTAS | 3.1 Metodología de Rendición de Cuentas | 3.1.1 Programar y ejecutar reunión para realizar la planeación de la rendición de cuentas para la el año 2019 de la vigencia 2018, 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) | | | | | | | | | | | | | Despliegue de la planeación Rendición de cuentas. | Oficinas de Planeación. |
| | | 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. | | | | | | | | | | | | | | Recopilación de información de todas las áreas. |
| | 3.2 Información de calidad y en lenguaje comprensible | 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) | | | | | | | | | | | | | Informe publicado. | Oficina de Planeación y Gerencia. |
| | | 3.2.2 Diseñar y enviar las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas. | | | | | | | | | | | | | Diseño y envío de invitaciones. | Oficina de Planeación y Gerencia. |
| | | 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) | | | | | | | | | | | | | Publicación pagina web Supersalud. | Oficina de Planeación. |
| | 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. |
| | | 3.3.2 Aplicar encuesta y evaluar el proceso de rendición de cuentas con los asistentes. | | | | | | | | | | | | | Encuesta aplicada, tabulada y analizada | Oficina de Planeación. |
| | | 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. | | | | | | | | | | | | | Acta de audiencia publicada. | Oficina de Planeación. |
| | 3.4 Incentivos para motivar la cultura de la Rendición de Cuentas. | 3.4.1 Establecer estrategias de la cultura de rendicion de cuentas, sobre transparencia y anticorrupción a los grupo de interes. | | | | | | | | | | | | | Estrategías implementadas | Todas las dependencias. |
| | 3.5 Evaluación y Retroalimentación a la Gestión Institucional | 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. | | | | | | | | | | | | | Informe de Rendición de Cuentas | Oficina de Planeación. |

OBJETIVO DEL PLAN

DESARROLLAR ACCIONES ESTRATÉGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PÚBLICA 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 | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES | |
|---|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|---|
| 4. MECÁNISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO | 4.1 Estructura Administrativa y direccionamiento estratégico | 4.1.1 Realizar jornada de trabajo y/o capacitacion con las Asociaciones de Usuarios | | | | | | | | | | | | | (Número de reuniones realizadas / Número de reuniones programadas) *100 | SIAU. | |
| | | 4.1.2 Evaluar la satisfaccion de la atencion 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. |
| | | 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. |
| | 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. |
| | | 4.2.2 Dar estricto cumplimiento a la oportunidad de la respuesta a las solicitudes y peticiones de los usuarios | | | | | | | | | | | | | | (Número de respuestas oportunas / Número de solicitudes presentadas) *100 | SIAU. |
| | 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 atencion 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 | |
| | 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 |
| | | 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. |
| | 4.5 Relacionamiento con el ciudadano | 4.5.1 Evaluar la satisfaccion de la atencion 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 |
| | | 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 |

OBJETIVO DEL PLAN

DESARROLLAR ACCIONES ESTRATÉGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PÚBLICA 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 | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES |
|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|
| 5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN | 5.1 Lineamientos de Transparencia Activa | 5.1.1 Habilitar el link para el cargue de la informacion de acuerdo a la ley | | | | | | | | | | | | | Link habilitado | Oficina de Sistemas. |
| | | 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. |
| | | 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. |
| | 5.2 Lineamientos de Transparencia Pasiva | 5.2.1 Despliegue y Apropiacion 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. |
| | 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. |
| | | 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. |
| | | 5.3.3 Actualizar el Índice de Información Clasificada y Reservada de la entidad. | | | | | | | | | | | | | Índice de información actualizado. | Archivo y correspondencia Oficina Jurídica |
| | 5.4 Criterio Diferencial de Accesibilidad | 5.4.1 Incluir herramientas de accesibilidad en la informacion a personal con capacidades diferentes (poblacion sordo muda) | | | | | | | | | | | | | Herramientas audiovisuales implementadas | Oficina de Planeación y Sistemas. |
| | 5.5 Monitoreo del Acceso a la información | 5.5.1 Generar informe de acceso a la información. | | | | | | | | | | | | | Informe generado. | Oficina de Sistemas. |

OBJETIVO DEL PLAN

DESARROLLAR ACCIONES ESTRATÉGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PÚBLICA 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 | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES | |
|----------------------------|-----------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|-----------------------------|
| 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. | |
| | | 6.1.2 Seguimiento a la implementación del Estatuto del Auditor. | | | | | | | | | | | | | | Acta seguimiento Estatuto | Oficina de Control Interno. |
| | | 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.. |
| | | 6.1.4 Realizar curso de auditores internos | | | | | | | | | | | | | | Auditores certificados | Oficina de Sistemas |
| | | 6.1.5 Realizar capacitación y entrenamiento a los líderes de Procesos, Supervisores e Interventores del Manual de Contratación | | | | | | | | | | | | | | Conversatorio en materia contractual realizado | Oficina Juridica |
| | | 6.1.6 Realizar capacitación y entrenamiento a los líderes de Procesos, Supervisores e Interventores del Manual de Supervisión e Interventoria | | | | | | | | | | | | | | Conversatorio en materia de supervisión e interventorial realizado | Oficina Juridica |
| | | 6.1.7 Adquisición de medicamentos y material medicoquirurgico mediante herramientas electronicas (>= 70%) | | | | | | | | | | | | | | Pproporcion de medicamentos y material medicoquirurgico adquiridos mediante y a traves de mecanismos electronicos | Comité de compras |
| | | 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. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|--------------------|-----|-----|--|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|--|--------------|--|
|  | | PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | | | CODIGO | NUM | | | | |
| | | 6.0 | GESTION DE CONTROL | | | | | | | | | GC-PAC | 293 | | | | |
| OBJETIVO DEL PLAN | | DESARROLLAR ACCIONES ESTRATÉGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PÚBLICA 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 | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES | |
| FUNDAMENTOS LEGALES | | <p>Constitución Política de Colombia Ley 489 de 1998: Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Ley 734 de 2002: Por la cual se expide el Código Disciplinario Único Ley 909 de 2004: Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. Ley 1474 de 2011: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Ley 1712 de 2013: Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública y se dictan otras disposiciones. Decreto 103 de 2015: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones. (Gestión de la información pública) Decreto 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015</p> <p style="text-align: center;">Aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno mediante Acta de Reunion del 28 de Enero de 2019. Aprobado mediante Resolución No. 041 del 28 de Enero de 2019.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| REVISADO POR: | | | | | | APROBADO POR: | | | | | | | | | | | |
| (Original firmado) JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | | | | | | (Original firmado) ANA BELEN ARTEAGA TORRES GERENTE | | | | | | | | | | | |