

VERSION	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6,0	GESTION DE CONTROL	GC-PAC	293

OBJETIVO DEL PLAN		EJECUTAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE, QUE CONTRIBUYA A CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE CORRUPCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE 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	
1. ADMINISTRACION DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	1.1 Política de Administración de Riesgo	1.1.1 Divulgar la política de gestión del riesgo al talento humano de la Empresa													Política divulgada	Oficina de Control Interno.	
	1.2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.	1.2.1 Actualizar la matriz de riesgos de las áreas mas susceptibles de actos de corrupción de Pasto Salud ESE													Matriz de Riesgos actualizada	Oficina de Control Interno y Líderes de procesos.	
	1.3 Consulta y divulgación	1.3.1 Publicar en la página web de Pasto Salud ESE las actualizaciones realizadas a la matriz de riesgos de corrupción.	1.3.1													Matriz de Riesgos publicada en la página web.	Oficina de Control Interno.
		1.3.2 Despliegue de la metodología de administración de riesgos a líderes de áreas más susceptibles de actos de corrupción como insumo para la actualización de la matriz de riesgos de corrupción 2022	1.3.2													Registros de asistencia	Oficina de Control Interno.
	1.4 Monitoreo, revisión y Seguimiento	1.4.1 Monitoreo y reporte de los riesgos de corrupción materializados	1.4.1													(Riesgos materializados/total de riesgos identificados) * 100	Líderes de Proceso
		1.4.2 Realizar monitoreo, revisión y seguimiento al cumplimiento de controles, acciones establecidos en la matriz de riesgos de corrupción vigente	1.4.2													(Controles cumplidos/Total de controles) *100 (Acciones cumplidas/Total de acciones) *100	Líderes de Proceso Oficina de Control Interno.
2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	2.1 Identificación de Trámites (Inventario)	2.1.1 Realizar una mesa de trabajo entre los responsables de los tramites de la Entidad, e identificar y documentar el inventario de otros procedimientos administrativos, con el fin de revisar su pertinencia y ajustar si es necesario.													Acta de reunión	Oficinas de Planeación y Oficina de Sistemas.	
	2.2 Priorización de Trámites	2.2.1 Priorizar los tramites de la entidad susceptibles de racionalización, resultado de la mesa de trabajo programada													Tramites priorizados y diligenciado en el instructivo del SUIT	Oficina de Planeación - Oficina de Comunicaciones y Sistemas -	
	2.3 Racionalización de trámites	2.3.1 Cargue de información en aplicativo SUIT, pagina web de los trámites priorizados para racionalización (Resultado de la mesa de trabajo).	2.3.1													Publicación del trámite priorizado.	Oficina de Sistemas.
		2.3.2 Despliegue de los trámites y servicios de la entidad a los grupos de interés relacionados con el tramite a través de los canales de comunicación.	2.3.2													Publicaciones Informe semestral de publicaciones	Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas Directores Operativos SIAU
	2.4 Interoperabilidad	2.4.1 Realizar mesa de trabajo con Emssanar para establecer el cronograma para implementación y funcionamiento del proceso técnico que permita compartir datos, intercambio de información de los usuarios reduciendo tiempos de consulta y actualización para la atención médica.	2.4.1												Acta de reunión Servicios desarrollados, implementados y en funcionamiento	Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas Emssanar	

OBJETIVO DEL PLAN

EJECUTAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE, QUE CONTRIBUYA A CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE CORRUPCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE 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
		2.4.2 Realizar mesa de trabajo con Radiólogos del Sur para establecer cronograma de implementación del proceso de visualización de imágenes diagnósticas desde las IPS por parte del personal médico.													Acta de reunión Servicios desarrollados, implementados y en funcionamiento	Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas Radiólogos del Sur
3. RENDICIÓN DE CUENTAS															Plan de rendición de cuentas	Oficina Asesora de Planeación
	3.1 Metodología de Rendición de Cuentas	3.1.1 Realizar reunión para comunicar la planeación de la rendición de cuentas de la vigencia 2021 en el año 2022, en cumplimiento a la normatividad aplicable ley 489 de 1998. (Esta programación debe incluir las partes interesadas a las cuales va dirigida la rendición de cuentas, el medio a utilizar y la posible fecha de ejecución)														
		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.	Oficina Asesora de Planeación - Todas las dependencias.
	3.2 Información de calidad y en leguaje 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 Asesora 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 Asesora 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.													Memorias de audiencia publica de rendición de cuentas	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 Asesora de Planeación
		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 Asesora de Planeación
	3.4 Incentivos para motivar la cultura de la Rendición de Cuentas.															
		3.4.1 Sensibilizar sobre la cultura de rendición de cuentas, transparencia y anticorrupción a los grupo de interés a través de una pieza comunicacional cargada en la web institucional.													Pieza comunicacional cargada en la web institucional	Oficina Asesora de Planeación Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas

VERSION	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6,0	GESTION DE CONTROL	GC-PAC	293

OBJETIVO DEL PLAN		EJECUTAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE, QUE CONTRIBUYA A CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE CORRUPCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE 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	
	3.5 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, el que se realizará en la web institucional.													Acta-Informe de Rendición de Cuentas publicada en la pagina web institucional	Oficina Asesora de Planeación	
4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	4.1 Estructura Administrativa y direccionamiento estratégico	4.1.1 Continuar con el funcionamiento de la Oficina de Sistemas de información y atención al usuario (SIAU) y con el recurso humano necesario en la Sede Administrativa y RED de prestadores, para garantizar el acceso al usuario de los servicios en Salud que presta la Empresa.													Oficina (SIAU) en funcionamiento Personal asignado	SIAU.	
		4.1.2 Incorporar recursos en el presupuesto para el desarrollo de iniciativas que mejoren el servicio al ciudadano														Gerencia Subgerencia de salud e investigación SIAU.	
		4.1.3 Rendir informes de manera trimestral de PQRSF, satisfacción al usuario y vulneración de derechos a la Subgerencia de Salud, Comité de ética, Oficina de Control Interno, Oficina Asesora de Planeación y Oficina Asesora de Comunicación y Sistemas.														Comunicaciones oficiales, informes, actas	SIAU.
	4.2 Fortalecimiento de los canales de Atención	4.2.1 Divulgar los canales de atención al ciudadano, manejo de herramientas de accesibilidad para garantizar la calidad en la atención dirigidos a usuarios														Registros de asistencia Actas	SIAU. Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
		4.2.2 Divulgar el conocimiento y uso de las herramientas: Centro de Relevo (comunicación bidireccional entre personas sordas y oyentes) y Convertic (usuarios con discapacidad visual) dirigidos a usuarios y personal SIAU														Registros de asistencia y actas de capacitación	SIAU. Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
	4.3 Talento Humano	4.3.1 Incluir en el PIC temas referentes a servicio al ciudadano, manual de información y atención al ciudadano dirigido a personal SIAU														(Número de personas capacitadas / Número de personas convocadas)*100 Personal con evaluación >=90%	SIAU
	4.4 Normativo y Procedimental	4.4.1 Divulgar el procedimiento de PQRSFD a los miembros de las asociaciones de usuarios.														Actas Registros de asistencia	SIAU
		4.4.2 Divulgar el procedimiento de Participación ciudadana de Pasto Salud E.S.E., dirigido a personal SIAU y asociación de usuarios.														Actas Registros de asistencia	SIAU
		4.4.3 Elaborar informes de PQRSFD para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios														(Número de informes presentados / Número de informes programados) *100	SIAU Subgerencia de Salud e Investigación
		4.4.4 Publicar de manera periódica el informe de gestión de las PQRSFD en la página web Institucional														Informes publicados.	SIAU, Subgerencia de Salud e Investigación y Oficina de Sistemas.

VERSION	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6,0	GESTION DE CONTROL	GC-PAC	293

OBJETIVO DEL PLAN		EJECUTAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE, QUE CONTRIBUYA A CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE CORRUPCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE 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	
		4.4.5 Establecer un plan de mejoramiento frente a las desviaciones encontradas (De acuerdo a la demanda)	■												Plan de mejoramiento	Directores Operativos Jefes de Oficina	
	4.5 Relacionamiento con el ciudadano	4.5.1 Evaluar la satisfacción de la atención al usuario mediante la aplicación de encuestas y formular plan de mejoramiento de acuerdo a la meta de indicadores. (90%)	■												Porcentaje de satisfacción del usuario	SIAU Subgerencia de Salud e Investigación	
		4.5.2 Socializar de manera trimestral el informe de satisfacción al usuario, pqrsf y vulneración de derechos a la asociación de usuarios													Comunicaciones oficiales, informes, actas	SIAU.	
		4.5.3 Estructurar un plan de acción con las asociaciones de usuarios que de cumplimiento al rendimiento de cuentas anual.			■										Plan de acción	Asociación de usuarios SIAU	
		4.5.4 Presentar un informe con la rendición de cuentas de las acciones ejecutadas antes el Comité de Ética hospitalaria.													Informe	Asociación de usuarios SIAU	
		4.5.5 Capacitar a la asociaciones de usuarios temas referentes 1. Prevención y mantenimiento de la salud dirigidos a usuarios				■				■					Registros de asistencia Actas	Oficina de Talento Humano SIAU	
5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	5.1 Lineamientos de Transparencia Activa	5.1.1 Coordinar y realizar una reunión con los responsables de brindar información que debe ser publicada en el link institucional de transparencia y acceso a la información pública .			■										Registro de asistencia y grabación de Reunión Virtual Cronograma	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	
		5.1.2 Actualizar la información en el link de transparencia y acceso de información de acuerdo al cronograma establecido en la reunión con responsables			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Información actualizada en el link de transparencia Actas de seguimiento de publicación de información.	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.
		5.1.3 Publicar la información correspondiente a La prestación de Servicios de Salud (RIPS), Información de producción , Información de calidad en los servicios de Salud en la plataforma de datos abiertos									■					Archivos planos semestrales publicados en la pagina de datos abiertos	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.
		5.1.4 Divulgar a los grupos de interés la política de gobierno digital y transparencia de la información			■											Piezas comunicacionales Informe Semestral	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. SIAU
	5.2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	5.2.1 Promover ante el ciudadano el uso de las tecnologías de la Entidad para el acceso de la información													Piezas comunicacionales Registro de estadísticas de la página web y Redes Sociales.	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. SIAU	
	5.3 Elaboración de los instrumentos de Gestión de la Información	5.3.1 Actualizar el registro de activos de información, esquema de publicación de información, e índice de información clasificada y reservada de acuerdo a a las tablas de retención documental													Registro de activos de Información, Esquema de publicación de información, y Índice de Información Clasificada y Reservada actualizados y publicado en la página web.	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas , Secretaria General(Gestión Documental) Con todos las área de archivo de gestión documental	

OBJETIVO DEL PLAN

EJECUTAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE, QUE CONTRIBUYA A CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE CORRUPCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE PASTO SALUD ESE, EN CONCORDANCIA A LAS DISPOSICIONES DEL ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN LEY 1474 DE 2011.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO												RESPONSABLES				
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC					
	5.4 Criterio Diferencial de Accesibilidad	5.4.1 Difundir videos para población en situación de discapacidad publicados en pagina web, pantallas en salas de espera y redes sociales.															Videos publicados en canales de comunicación	Jefe Oficina de Planeación y Sistemas.	
		5.4.2 Garantizar el acceso a la información pública de la rendición de cuentas a la población con criterios diferenciales de accesibilidad																Rendición de cuentas y video publicado en canales de comunicación	Jefe Oficina de Planeación y Sistemas.
		5.4.3 Promocionar el uso de la aplicación del centro de relevo para el personal asistencial y administrativo de las IPS.																Registro de asistencia a la reunión virtual.	Jefe Oficina de Planeación y Sistemas. SIAU
	5.5 Monitoreo del Acceso a la información	5.5.1 Adecuación del sistema de gestión documental Orfeo para obtener los indicadores de necesidades de información de los grupos de interés.															1. El número de solicitudes de información recibidas. 2. El número de solicitudes de información que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud de información 4. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	Secretaria General y Subgerencia de Salud.(SIAU) Técnico Operativo Archivo Jefe Oficina de Planeación y Sistemas.	
		6. INICIATIVAS ADICIONALES	6.1.1 Despliegue del código de ética del auditor a las oficinas responsables de realizar auditoria.															Registro de asistencia	Oficina de Control Interno.
		6.1.2 Despliegue y adherencia del Código de Integridad a funcionarios de la ESE Pasto Salud															(Número de despliegues ejecutadas / Número de despliegues programadas) *100	Grupo de Talento Humano	
		6.1.3 Realizar curso virtual (Departamento Administrativo de la Función Pública) curso para gerentes públicos															(Numero de funcionarios capacitados/Numero de funcionarios convocados)*100	Directivos y asesores	
		6.1.5 Realizar jornadas de capacitación en materia disciplinaria con el fin de reducir la comisión de faltas disciplinaria dentro de la Empresa															(Capacitaciones realizadas /capacitaciones programadas)*100	Oficina Control Interno Disciplinario	
		6.1.6 Realizar capacitación y entrenamiento a los líderes de Procesos, Supervisores e Interventores del Manual de Contratación															Registros de asistencia	Oficina Jurídica	
		6.1.7 Realizar capacitación y entrenamiento a los líderes de Procesos, Supervisores e Interventores en el protocolo de Supervisión e Interventoría															Registros de asistencia	Oficina Jurídica	

VERSION	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6,0	GESTION DE CONTROL	GC-PAC	293

OBJETIVO DEL PLAN		EJECUTAR ACCIONES ESTRATEGICAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR UNA GESTIÓN TRANSPARENTE, QUE CONTRIBUYA A CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE CORRUPCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE 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
		6.1.8 Diseño de instrumentos para la identificación y declaración del conflicto de intereses													Instrumentos aprobados y publicados en pagina web	Oficina Jurídica
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>														
Aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno mediante Acta de Reunión No 001 del 26 de enero de 2022																
REVISADO POR:								APROBADO POR:								
<i>Original Firmado</i> JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO								<i>Original Firmado</i> ANA BELEN ARTEAGA TORRES GERENTE								