

| NOMBRE DEL PROCESO                              |  | DIRECCIONAMIENTO                        |   |                            |                     |  |   |                              |   |  |    | FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN |      |  |
|---|--|---|---|----------------------------|---------------------|--|---|------------------------------|---|--|----|-------------------------------|------|--|
| FUENTE DE IDENTIFICACIÓN:<br>(Marque con una X) |  | Materialización de riesgos              | X | Procesos de referenciación | Quejas o reclamos   | Resultados evaluación satisfacción del cliente | Resultados de revisión por la dirección               | Autoevaluación estándares de | 4 |  | 12 |                               | 2024 |  |
|   |  | Resultados de auditoría interna/externa |   | Salidas no conformes       | Rondas de Seguridad | Análisis de resultados de indicadores          | Oportunidades de mejora identificadas en los procesos | Otro:                        |   |  |    |                               |      |  |

| No. | REQUISITO INCUMPLIDO / ASPECTO A MEJORAR   | SITUACIÓN / EVENTO / PROBLEMA / FALLAZADO / NO CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA                     | CAUSA RAÍZ   | QUÉ HACER   | CÓMO HACERLO   | TIPO DE ACCIÓN    | RESPONSABLE DE EJECUTAR LA ACCIÓN  | CUÁNDO          |              | QUÉ RECURSOS NECESITA | MEDIO DE VERIFICACIÓN                            | MONITOREO POR PARTE DEL LIDER DEL PROCESO |        |                                      |          | SEGUIMIENTO |                      |        |                   |               |  |  |  |
|-----|--|--|--|---|--|-------------------|--|-----------------|--------------|-----------------------|--|---|--------|--------------------------------------|----------|-------------|----------------------|--------|-------------------|---------------|--|--|--|
|     |  |  |  |   |  |                   |  | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN |                       |  | FECHA DE MONITOREO                        | ESTADO | OBSERVACIONES FRENTE AL CUMPLIMIENTO | BARRERAS | RESPONSABLE | FECHA DE SEGUIMIENTO | ESTADO | % DE CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |  |  |  |
| 1   | Materialización de riesgo: Inadecuadas asignación referente a oportunidad de citas | Política no clara de asignación de citas   | Incumplimiento la meta programada de días de asignación de citas | Definir una política de asignación de citas   | Establecer una política y programa de asignación de citas para la empresa  | Acción correctiva | Subgerencia de salud e Investigación, Directores operativos Profesional SIAU | 15/01/2025      | 30/03/2025   | NA                    | Política de asignación de citas                  |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Generar responsable frente a la asignación de citas  | Acción correctiva | Subgerencia de salud e Investigación, Directores operativos Profesional SIAU | 15/01/2025      | 30/03/2025   | NA                    | Política de asignación de citas                  |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Despejar al talento humano los lineamientos derivados de la política   | Acción correctiva | Subgerencia de salud e Investigación, Directores operativos Profesional SIAU | 1/04/2025       | 30/04/2025   | NA                    | Comunicación oficial                             |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Evaluar el indicador de oportunidad de asignación de citas   | Acción correctiva | Subgerencia de salud e Investigación, Directores operativos Profesional SIAU | 30/03/2025      | 30/06/2025   | NA                    | MiIPS  |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
| 2   | Materialización de riesgo: incremento de demanda insatisfecha                      | Resultados de indicadores, un análisis y toma de decisiones.   | Incremento de la meta programada de demanda insatisfecha         | Redefinir la meta teniendo en base en el comportamiento de los resultados                               | Realizar análisis de la meta establecida para este indicador   | Acción correctiva | Subgerencia de Salud e Investigación Profesional SIAU                        | 1/01/2025       | 28/02/2025   | NA                    | Acta de reunion                                  |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Presentar a comité de ética la propuesta de la nueva meta de indicador   | Acción correctiva | Subgerencia de Salud e Investigación Profesional SIAU                        | 1/03/2025       | 30/03/2025   | NA                    | Acta del comité                                  |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Realizar los ajustes en la ficha de BIUFOMEDIC   | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 1/03/2025       | 15/03/2025   | NA                    | indicador en infomedic                           |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Realizar medición a los indicadores con ajustes aprobados  | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 15/03/2025      | 31-2025      | NA                    | indicador en infomedic                           |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
| 3   | Materialización de riesgo: incremento de demanda insatisfecha                      | No adherencia al instructivo de respuestas a PQRSFD e y al procedimiento de administración de PQRSFD e | Falta de oportunidad en la respuesta a PQRSFD e                  | Dar cumplimiento al instructivo de respuestas a PQRSFD e, y procedimiento de administración de PQRSFD e | Realizar inducción y rendición al personal responsable de ar respuestas a PQRSFD e   | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 10/01/2025      | 31/12/2025   | NA                    | Lista de asistencia                              |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Realizar circular dirigida a responsables de emitir respuestas de PQRSFD e para el cumplimiento de oportunidad de respuestas | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 10/01/2025      | 31/12/2024   | NA                    | Circular   |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Establecer el mecanismo de monitoreo a todas las sedes   | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 10/01/2025      | 31/12/2025   | NA                    | Fr GOU-SPQ 439                                   |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Análisis de seguimiento a respuestas de PQRSFD e   | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 10/01/2025      | 31/12/2025   | NA                    | Informes trimestrales y actas de Comité de ética |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |
|     |  |  |  |   | Seguimiento a desviaciones encontradas si se presenta  | Acción correctiva | Lider de SIAU  | 1/01/2025       | 31-2025      | NA                    | Plan OM  |   |        |                                      |          |             |                      |        |                   |               |  |  |  |

| RESPONSABLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO - LIDER DEL PROCESO |                             | RESPONSABLE DE APROBAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO |                                     | RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO |                                 | SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO  |  |
|--|-----------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|--|
| NOMBRE   | MARIA ELENA ARTURO DE VRIES | NOMBRE   | JUAN CARLOS MERA GUERRERO           | NOMBRE  | JAME SANTACRUZ SANTACRUZ        | NUMERO DE SEGUIMIENTO                                |  |
| CARGO  | PROFESIONAL UNIVERSITARIA   | CARGO  | Subgerente de Salud e Investigación | CARGO   | Jefe Oficina de Control Interno | EFFECTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO |  |
| FIRMA  |                             | FIRMA  |                                     | FIRMA   |                                 |  |  |

EL PRESENTE FORMATO ES IDENTICO AL ORIGINAL Y NO TIENE LAS MODIFICACIONES AL FORMATO ORIGINAL SIN APROBACION (FIRMAS EN FORMATO ORIGINAL) OFICINA ASESORA DE PLANEACION, FECHA DE CREACION Y/O MODIFICACION: 15-07-2023