

| COMPONENTES                        | SUBCOMPONENTES                                      | ITEMS | 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                              |       |
|------------------------------------|---|-------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|---|-------|
|                                    |   |       |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |   |   |       |
| 1. ADMINISTRACION DEL RIESGO SICOF | 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.                                   | 100%  |       |
|                                    | 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, opacidad y fraude de Pasto Salud ESE y aprobarla en el Comité Coordinador de Control Interno  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Matriz de Riesgos actualizada                        | Oficina de Control Interno<br>Líderes de procesos.            | 100%  |       |
|                                    | 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, opacidad y fraude, divulgación a todo el personal   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Matriz de Riesgos publicada en la página web.        | Oficina de Control Interno.                                   | 100%  |       |
|                                    | 1.4 Monitoreo, revisión y Seguimiento               | 1.4.1 | Monitoreo y reporte de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude materializados  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  | (Riesgos materializados/total de riesgos identificados) * 100 | Líderes de Proceso                                | 67,0% |
|                                    |   | 1.4.2 | Realizar revisión y seguimiento al cumplimiento de controles, acciones establecidos en la matriz de riesgos de corrupción, opacidad y fraude vigente y reportar la materialización al comité coordinador de control interno |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  | % de materialización de riesgos SICOF                         | Líderes de Proceso<br>Oficina de Control Interno. | 67,0% |

|   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|
| 2. REDES INSTITUCIONALES Y CANALES DE DENUNCIA    | 2.1 Disposición canales COF             | 2.1.1 | Promocionar la plataforma SICOF para las denuncias de actos de corrupción, opacidad y fraude a las partes interesadas de la Entidad  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Video publicados en canales de comunicación<br>Banner publicitario en pagina web | Oficina de comunicaciones y sistemas            | 100%  |
|   |   | 2.1.2 | Seguimiento a los reportes en la plataforma tecnología portal de denuncias - canal de comunicación para novedades frente a situaciones en donde se detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, actividades sospechosas, evidencias y demás que puedan tener relación con eventos de Corrupción, Opacidad, Fraude o Soborno. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Certificado                                     | Oficina control interno<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas |
|   | 2.2 Informes PQRSF                      | 2.2.1 | 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.   | 67,00%  |
| 3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y RENDICIÓN DE CUENTAS | 3.1 Metodología de Rendición de Cuentas | 3.1.1 | Realizar reunión para comunicar la planeación de la rendición de cuentas de la vigencia 2024 en el año 2025, 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)          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Plan de rendición de cuentas   | Gerencia Oficina Asesora de Planeación          | 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.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Recopilación de información de todas las áreas. | Oficina Asesora de Planeación - Líderes de procesos y dependencias.     |
|   |   | 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.                              | Gerencia Oficina Asesora de Planeación                                  |

|   |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |      |
|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|------|
| 3.2 Información de calidad y en lenguaje comprensible           | 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.                       | Gerencia Oficina Asesora de Planeación  | 100% |
|   | 3.2.3 | Publicar en la página web de la Supersalud fecha y lugar de la audiencia pública de rendición de cuentas.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Publicación pagina web Supersalud.                    | Oficina Asesora de Planeación<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas | 100% |
| 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 | Gerencia Oficina Asesora de Planeación  | 100% |
|   | 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   | 100% |
|   | 3.3.3 | Estructurar informe y acta de audiencia pública de la rendición de cuentas, publicar en página web institucional conforme a instrucción de la Supersalud. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Acta de audiencia publicada.                          | Oficina Asesora de Planeación   | 100% |

|  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |      |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|------|
| 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<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas             | 100%  |      |
|  | 3.4.2 | Reconocer la participación en el evento público de rendición de cuentas de la empresa a través de una constancia o certificación, a las personas que envían sus inquietudes o preguntas antes del evento y a las que actúan como asistentes del mismo      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Constancia o certificación de participación en el evento público de rendición de cuentas. | Gerencia<br>Oficina Asesora de Planeación<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas | 100% |
| 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<br>Oficina de Control Interno de Gestión                    | 100% |
| 3.6 Fortalecimiento de los canales de Atención                     | 3.6.1 | Divulgar los canales de atención al ciudadano, manejo de herramientas de accesibilidad para garantizar la calidad en la atención, dirigidos a usuarios y prestadores de servicio contratados   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Registros de asistencia<br>Actas<br>Certificado   | SIAU.<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas                                     | 50%  |
|  | 3.6.2 | Realizar capacitación en el uso de las herramientas: Centro de Relevó (comunicación bidireccional entre personas sordas y oyentes) y Convertic (usuarios con discapacidad visual), dirigidos a personal SIAU, y a trabajadores que atienden pacientes      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Comunicación oficial<br>Registros de asistencia<br>Informe de capacitación                | SIAU.<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas                                     | 0%   |

|                    |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |        |
|--------------------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--------|
|                    | 3.6.3 | Promocionar el uso de las herramientas: Centro de Relevó (comunicación bidireccional entre personas sordas y oyentes) y Convertic ( usuarios con discapacidad visual), a los miembros de las asociaciones de usuarios |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Registros de asistencia Actas   | SIAU. Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas | 100%   |
|                    | 3.6.4 | Realizar despliegue de la aplicación del código QR establecido en las respuestas de las PQRS a usuarios, medición de satisfacción, y registrar una PQR dirigida a los usuarios.                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Reporte de comunicación   | SIAU. Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas | 50%    |
| 3,7 Talento Humano | 3.7.1 | Realizar capacitación interna en 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<br>Personal con evaluación >=90% | SIAU   | 50%    |
|                    | 3.8.1 | Publicar el procedimiento en la pagina web de la renovación y conformación de las asociaciones de usuarios  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Reporte de publicación  | SIAU Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas  | 50%    |
|                    | 3.8.2 | Actualizar la caracterización de asociación de usuarios según la renovación y conformación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Informe   | SIAU   | 0%     |
|                    | 3.8.3 | 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          | 67,00% |

|   |       |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |        |
|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--------|
| 3,8 Relacionamiento con el ciudadano                                    | 3.8.4 | Socializar de manera trimestral el informe de satisfacción al usuario, PQRSFD y vulneración de derechos a la asociación de usuarios y a comité de ética.  |  |  |  |  |  |  |  | Actas   | SIAU.   | 67,00% |
|   | 3.8.5 | Estructurar un plan de acción con las asociaciones de usuarios al cumplimiento de actividades anual.  |  |  |  |  |  |  |  | Plan de acción  | SIAU  | 100%   |
|   | 3.8.6 | Presentar un informe con la rendición de cuentas de las acciones ejecutadas ante el Comité de Ética hospitalaria.   |  |  |  |  |  |  |  | Informe Acta  | SIAU  | 0%     |
|   | 3.8.7 | Capacitar a la asociaciones de usuarios en temas referentes a su rol  |  |  |  |  |  |  |  | Registros de asistencia Actas   | SIAU  | 67,00% |
| <b>4. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN</b> | 4.1.1 | Implementar los ajustes establecidos por la RESOLUCIÓN 1519 DE 2020, Anexo II, III y IV Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos. |  |  |  |  |  |  |  | Actas de seguimiento y cumplimiento de criterios dispuestos en cronograma | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | 67,00% |

|  |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |   |        |
|--|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|---|--------|
| 4.1 Lineamientos de Transparencia Activa | 4.1.2 | Realizar una circular de solicitud de publicación de planes estratégicos requeridos por el decreto 612 de 2018  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Circular | Oficina asesora de planeación  | 100%  |        |
|  | 4.1.3 | 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, acta de reunión y publicación de Cronograma  | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | 100%   |
|  | 4.1.4 | 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<br>Actas de seguimiento de publicación de información. | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | 67,00% |
|  | 4.1.5 | 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 y plataforma MIPS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          | Archivos planes semestrales publicados en la pagina de datos abiertos                                      | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. | 66,00% |

|  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |        |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--------|
|  | 4.1.6 | Divulgar a los grupos de interés la política de gobierno digital y transparencia de la información   |  |  |  |  |  |  |  |  | Piezas comunicacionales Informe Semestral   | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. SIAU                                 | 33,30% |
| 4.2 Lineamientos de Transparencia Pasiva                         | 4.2.1 | 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.   | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. SIAU                                 | 67,00% |
|  | 4.2.2 | Publicar en pagina web las solicitudes de acceso a información pública teniendo en cuenta los estándares de contenido y oportunidad  |  |  |  |  |  |  |  |  | Registro de publicación   | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas. Gestión documental                   | 67,00% |
| 4.3 Elaboración de los instrumentos de Gestión de la Información | 4.3.1 | Actualizar el registro de activos de información, esquema de publicación de información, e índice de información clasificada y reservada de acuerdo 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. | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas Secretaria General-Gestión Documental | 100%   |
|  | 4.3.2 | Publicar el e índice de información clasificada y reservada en la plataforma de datos abiertos   |  |  |  |  |  |  |  |  | Huella de publicación en el portal de datos abiertos  | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistema  | 0%     |

|   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |        |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--------|
| 4.4 Criterio Diferencial de Accesibilidad | 4.4.1 | Publicar la información correspondiente al cumplimiento de la RESOLUCIÓN 1519 DE 2020, Anexo I, II Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos. |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Informes  | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas                                  | 67,00% |
|   | 4.4.2 | Revisión de contenidos y plan de medios para ser difundidos mediante plataformas a la población usuaria, partes interesadas y otros, con relevancia a la población en situación de discapacidad  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Video publicados en canales de comunicación, evidencia de seguimiento | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas                                  | 50,00% |
|   | 4.4.3 | 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     | Oficina asesora de Planeación<br>Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas | 100%   |
|   | 4.4.4 | Crear un sección con información pública relevante en lenguaje inglés y una lengua de los grupos étnicos y culturales del país - (focalizados a nuestros grupos de interés)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Secciones publicadas en pagina web<br>Cartillas (awa e inglés)        | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas                                  | 100%   |
|   | 4.4.5 | Actualizar el manual de imagen corporativa donde se incluya los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Manual actualizado  | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas                                  | 0%     |

|                      |   |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |        |
|----------------------|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--------|
|                      |   | 4.4.6 | Promocionar las herramientas de accesibilidad para el personal asistencial y administrativo de las Sedes  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Registro de capacitación y evaluación de cobertura y conocimiento   | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas SIAU                         | 33,30% |
|                      | 4.5 Monitoreo del Acceso a la información | 4.5.1 | 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.<br>2. El número de solicitudes de información que fueron trasladadas a otra institución.<br>3. El tiempo de respuesta a cada solicitud de información<br>4. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información. | Secretaria General - Gestión documental Oficina de Planeación y Sistemas. | NA     |
| <b>5, INTEGRIDAD</b> |   | 5.1.1 | Despliegue y ejecución de actividades del Código de Integridad a funcionarios de la ESE Pasto Salud   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | informe de despliegue   | Oficina asesora de talento humano   | NA     |
|                      |   | 5.1.2 | Realizar curso virtual al personal de la Entidad, referente a integridad transparencia y lucha contra la corrupción por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (Numero de funcionarios capacitados/Numero de funcionarios convocados)*100  | Oficina asesora de talento humano Todos los procesos                      | NA     |
|                      |   | 5.1.3 | Realizar curso virtual para gerentes públicos por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública al nivel Directivo de la Entidad.                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (Numero de funcionarios capacitados/Numero de funcionarios convocados)*100  | Oficina asesora de talento humano Todos los procesos                      | NA     |

|  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |        |
|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--------|
| 5.1 Despliegue y capacitación<br>Código        | 5.1.4                                  | 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<br>Registros de asistencia<br>Evaluaciones | Oficina Control Interno<br>Disciplinario  | 40%   |        |
|  | 5.1.5                                  | Incluir en el PIC institucional temas relacionados con valores institucionales, deberes y derechos del trabajador, código de buen gobierno y competencias laborales, participación social |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (Número de personas capacitadas / Número de personas convocadas)*100<br>Personal con evaluación >=90%  | SIAU<br>Oficina asesora de talento humano   | 50%   |        |
| <b>6. GESTIÓN CONFLICTO DE INTERESES</b>       | 6,1 Aplicación Conflicto de Intereses  | 6.1.1   | Despliegue del instrumento código de buen gobierno de Pasto salud ESE, enfatizando lo relacionado con el tema "conflicto de interés" (Tipos de conflictos de intereses, elementos para configurar el conflicto de interés, conflicto de intereses en función de participación de otras actividades, características de conflicto de intereses, materialización de conflicto de interés y corrupción, identificación conflicto de interés, impedimento, procedimiento de resolución de impedimento, actas de comité. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Registros de asistencia  | Oficina asesora Jurídica<br>Secretaria General<br>Oficina asesora de Talento humano<br>Oficina de Control Interno disciplinario | 100%  |        |
|  |  | 6.1.2   | Aplicación del instrumento código de buen gobierno de Pasto salud ESE, el tema relacionado con "conflicto de interés".  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Actas de comités  | Oficina Jurídica<br>Secretaria General<br>Talento humano<br>Control Interno | 67,00% |
| <b>7. SOCIALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE</b> | 7,1 Aprobación, Adopción y Publicación | 7.1.1   | Aprobación por el Comité del PTEE   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Acta del comité  | Oficina Control Interno   | 100%  |        |
|  |  | 7.1.2   | Adoptar y aprobar el PTEE por los Miembros de Junta Directiva   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Acta Junta Directiva  | Junta Directiva   | 100%   |
|  |  | 7.1.3   | Despliegue del PTEE y la matriz de riesgos de corrupción, opacidad y fraude COF a funcionarios de la ESE Pasto Salud y Publicación en la página web de Pasto Salud ESE  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PTEE Divulgado y Publicado  | Oficina Control Interno<br>Oficina de Comunicaciones y sistemas             | 100%   |
| <b>8. MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PTEE</b>     |  | 8,1,1   | Realizar revisión y seguimiento al cumplimiento de actividades cada 4 meses   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Informe Seguimiento  | Oficina Control Interno   | 67,00%  |        |

|                             |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |             |
|-----------------------------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|-------------|
| 8,1 Monitoreo y seguimiento | 8,1,2 | Informe al Comité y al Oficial de Cumplimiento                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Acta de Comité | Oficina Control Interno                      | 67,00%      |
|                             | 8,1,3 | Publicar en la pagina web de Pasto salud ESE, link de transparencia, el seguimiento |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                | Informe<br>Público                           | Seguimiento |
|                             |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                | Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas |             |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE QUIEN ELABORO</b>                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO</b>         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ANGELA ISABEL LUNA LEITON (Profesional contratista oficina de contol interno)</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ (J</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NUM

310

**OBSERVACIONES**

La política de gestión del riesgo fue divulgada a través de piezas gráficas y videos los cuales fueron publicados en la página web y enviados a los correos institucionales. (se adjunta piezas).

Se actualizó la matriz de riesgos SICOF 2025 de los procesos Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gestión de Sistemas de Información, Gestión de Control, Control Interno Disciplinario, SIAU, procesos misionales y fue aprobada en comité del 27 de enero 2025 (se adjunta matriz y acta de aprobación)

La matriz SICOF actualizada para el 2025 se encuentra publicada en la página web de la empresa en el siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/nuestra-entidad/estructura-administrativa/control-interno/73-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/1678-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano-2025>

Los líderes de procesos realizan monitoreo y reporte de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude materializados de manera permanente, para la vigencia evaluada SI se materializó el riesgo: "POSIBILIDAD DE ACCESO ABUSIVO A LOS SISTEMAS INFORMATICOS Y OBSTACULIZACION ILEGITIMA DE SISTEMA INFORMATICO, RED DE TELECOMUNICACION Y DOCUMENTOS FISICOS CON EL PROPOSITO DE ADULTERAR, MODIFICAR, SUSTRAR O ELIMINAR DATOS O INFORMACION SENSIBLE, CONFIDENCIAL, CRITICA EN BENEFICIO PROPIO O DE TERCEROS"; en el proceso de Gestión de sistemas de información.  
Porcentaje de materialización del riesgo: 4%.

La oficina de control interno realiza seguimiento a los controles y acciones establecidas en la matriz de riesgos SICOF y reporta su materialización al Comité coordinador de control interno. (se adjunta matriz SICOF con seguimiento)

Se verifica en la pagina web el banner de SICOF que permite realizar las denuncias de actos de corrupción, opacidad y fraude a las partes interesadas de la Entidad. Link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/atencion-y-servicios-ciudadanos/sicof>

Se realiza seguimiento a los reportes en el portal SICOF, se informa que durante el periodo evaluado (mayo-agosto) no se han recibido denuncias de novedades frente a situaciones en donde se detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, actividades sospechosas, evidencias y demás que puedan tener relación con eventos de Corrupción, Opacidad, Fraude o Soborno.

PRIMER SEGUIMIENTO: Se revisa: infome PQRSF de cuarto trimestre 2024, se presentó en comite de etica de 25 de febrero 2025 acta N°.2; informe de derechos vulnerados del 2024, se presento el 18 de marzo 2025 en comite de etica, acta N°.3; infome PQRSF, Informe de vulberacion de derechos e informe de satisfacción de primer trimestre 2025, se presentará en comite de etica el 22 de mayo, se revisa avances en la construcción, se presenta demoras en la presentacion debido a las vacaciones de la coordinadora de SIAU durante el mes de abril.

SEGUNDO SEGUIMIENTO: infome PQRSF, Satisfaccion de usuarios y derechos vulnerados del segundo trimestre 2024, se presentó en comite de etica de 29 julio 2025 acta N°.6.

Se adjunta oficio del 4 de febrero enviado al gerente, solicitando la definicion de la fecha del evento publico. De la misma forma se revisar el plan de rendicion de cuentas, resolucio 219 del 7 marzo 2025, el cual se puede consultar en el siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

El 11 y 28 de febrero 2025, se envia correo de solicitud a los lideres de procesos para presentar toda la informacion 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. (se adjuntan oficios de solicitud)

El informe y presentación definitiva de rendición de cuentas fueron publicados en la página web institucional dentro de los terminos establecidos, el cual se puede consultar a través del siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

Las invitaciones para la audiencia publica de rendicion de cuentas a las partes interesadas con su respectiva firma de recibido fueron publicadas en la página web institucional dentro de los terminos establecidos, las cuales se pueden consultar atraves del siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

De conformidad a la normatividad vigente, el día 10 de marzo de 2025 se realizó el cargue del formato GT-003 a través de la plataforma NRVCC en el aplicativo web de la Superintendencia Nacional de Salud, que contiene entre otros información del sitio de realización del evento de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, el día y la hora establecidos, correspondiente a la gestión de la vigencia 2024, que se realizaría en la sede de la Universidad de Nariño-Sede VIPRI el día 10 de Abril de 2025 a las 2:00 p.m.(se adjunta correo de solicitud de publicacion a sistemas y pantallazo como evidencia del cargue)

El evento público de rendición de cuentas fue realizado de acuerdo a programacion establecida en el auditorio Aurelio Arturo de la Universidad de Nariño sede VIPRI el día 10 de Abril de 2025 a las 2:00 p.m., asistieron 258 personas, de igual manera a través de las redes sociales como Facebook en la transmisión en directo se obtuvo un alcance de 327 personas siguiendo el evento. La grabacion puede consultarse atraves del siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

En el momento que se envía la invitacion a las partes interesadas al evento publico de rendicion de cuentas, se adjunta tambien el formato PRESENTACION DE PROPUESTAS PREVIA LA RENDICION DE CUENTAS "DE-PRC 296", de los cuales se recibieron 289 formatos diligenciados con preguntas antes del evento y 9 formatos en el evento. Se adjunta link donde puede consultarse el acta del evento, donde se encuentran consolidadas las preguntas que hicieron las partes interesadas. El evento publico fue evaluado por 19 asistentes, y el informe de resultados de dicha evaluacion se encuentra en el acta: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

El informe y el acta de la audiencia publica de rendicion de cuentas se encuentra publicado en la pagina web y se se puede consultar atraves del siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

Se adjunta banners y links de la paguina web de las piezas utilizadas para sensibilizar sobre la cultura de rendición de cuentas, transparencia y anticorrupción a los grupo de interés... todo esto se publico en redes sociales, canal de youtube y pagina web y se pueden consultar atraves del siguiente link: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

De acuerdo al plan de rendicion de cuentas aprobado por la Resolucion 219 del 7 de marzo 2025, esta actividad se realizara durante los meses de julio a diciembre 2025.

Se revisa 38 diplomas de reconocimiento por la participacion en la Revndición de cuentas, entregados en ceremonia el dia 7 de julio 2025.

En el momento que se envia la invitacion a las partes interesadas al evento publico de rendicion de cuentas, se adjunta tambien el formato PRESENTACION DE PROPUESTAS PREVIA LA RENDICION DE CUENTAS "DE-PRC 296", de los cuales se recibieron 289 formatos diligenciados con preguntas antes del evento y 9 formatos en el evento. Se adjunta link donde puede consultarse el acta del evento, donde se encuentran consolidadas las preguntas que hicieron las partes interesadas. El evento publico fue evaluado por 19 asistentes, y el informe de resultados de dicha evaluacion se encuentra en el acta: <https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025>

Se adjunta certificado por parte de la oficina de comunicaciones sobre el despliegue de los canales de atención al ciudadano.

La capacitacion en manejo de herramientas de accesibilidad para garantizar la calidad en la atención, se realizó el dia 5 de mayo 2025 y fue dirigida a asociaciones de usuarios

Tarea atrasada. Se verifica solicitud del mes de septiembre via correo electronico a talento humano para la inclusion de las capacitaciones de ACCESIBILIDAD PARA EL USO DE HERRAMIENTAS Y GOBIERNO DIGITAL, en el PIC del segundo semestre teniendo en cuenta que el cente de relevo del MInTIC y discapacidad no esta en funcionamiento, por lo cual se ha decido buscar otras alterativas para dar cumplimiento a la actividad.

Se adjunta acta de capacitacion del 5 mayo dirigida a asociaciones de usuarios en NUEVAS TECNOLOGIAS PARA LOS CIUDADANO, las cuales fueron diactadas por el ingeniero Jose Mora de gestion de sistemas de informacion.

Se adjunta pieza comunicacional con codigo QR, y se revisa que efectivamente dirige a la encuesta de satisfaccion, creacion de solicitud de PQRSF y satisfaccion de respuesta a pqrs. La profesional de siau manifiesta que las piezas en medio fisico fueron entregadas al personal de siau en todas las sedes, para que sean ubicadas en un lugar visible para los usuarios.

pendiente: video para el proximo seguimiento

Se revisa acta de capacitacion de fecha 8 de mayo 2025, dirigida a auxiliares administrativos de siau y call center, en la cual se realizo el despliegue del manual de atencion al usuario.Indicador de cobertura 100% (23 personas convocadas y 23 asistentes) y evaluacion con 70% de cumplimiento.

Pendiente reinduccion en diciembre.

Se verifica que en el siguiente link: <https://pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/asociaciones-de-usuario/conformacion-asociaciones-de-usuario>; se encuentra el desarrollo de las actividades para renoviacion de las asociaciones de usuarios vigencia 2025.

Esta actividad se encuentra dentro de los terminos de ejecucion y sera revisada en el proximo seguimiento.

PRIMER SEGUIMIENTO: Se adjunta informe de Satisfaccion del cuarto trimestre de 2024, presentado el 25 de febrero 2025, en el cual se cumple el indicador de satisfacci3n que esta sobre el 99%, y no da lugar a la formulacion de planes de mejora adicionales, ya que super la meta que es del 90%.

SEGUNDO SEGUIMIENTO: se revisa informe de satisfaccion del segundo trimestre 2025, presentado en comite de etica el 29 de julio 2025, en el cual se cumple el indicador de satisfaccion con un 98,9% y la meta es 90%, lo cual no da lugar a planes de mejora adicionales.

PRIMER SEGUIMIENTO: Se adjunta acta del taller del 5 de marzo 2025, en el cual se socializo a las asociaciones de usuarios los informes de satisfacción al usuario, PQRSFD y vulneracion de derechos. Los datos del informe del primer trimestre 2025, se socializó en la capacitacion del 5 de mayo.

SEGUNDO SEGUIMIENTO: se revisa infome PQRSF, Satisfaccion de usuarios y derechos vulnerados del segundo trimestre 2024, se presentó en comite de etica de 29 julio 2025 acta N°.6.

Se adjunta informe consolidado de actividades desarrolladas por las asoaciones de usuarios vigencia 2024. En el informe se verifica el cumplimiento de todas las actividades propuestas, por esta razon no fue necesario realziar planes de mejora adicionales.

Se adjunta acta 11 del comité de etica de 19 de diciembre 2024, donde se realiza la presentacion del informe de rendicion de cuentas de las asociaciones de usuarios de la vigencia 2024. Queda pendiente realizar la presnetacion del informe de la vigencia 2025.

PRIMER SEGUIMIENTO: Se revisa programacion de talleres de capacitaciones a las asociaciones de usuarios para el 2025, de los cuales ya se han realizado 2 talleres: 5 marzo y 5 de mayo, se adjunta evidencias.

SEGUNDO SEGUIMIENTO: se revisa acta de capacitacion a asociaciones de usuarios de fecha 07 de julio 2025, en la cual se capacitó en temas relacionados a seguridad del paciente y rutas integrales de atencion en salud.

Se adjunta acta 43 de 16 abril 2025, en la cual se identifico las actividades de los anexos 1, 2,3, 4 de la resolucio54.

Se adjunta acta 54 de 16 mayo 2025, en la cual se resume el cumplimiento de las actividades de acuerdo al anexo.

Se adjunta guia tecnica para cumplimiento del anexo 1519 de fecha 26 de mayo 2025.

Se adjunta informe N°2. de 10 de julio 2025, en la cual se da cumplimiento a los criterios de accesibilidad..

Se adjunta circular 0433 de fecha 10 enero 2025 donde se solicita la formulacion e implementacion de planes institucionales a todos los responsables.

En reunion del dia 29 de febrero entre sistemas y planeacion se verifica racionalizacion de tramites y se priorizan dos tramites para este año 2025; de la misma forma se envió circular N°. 0433 del 10 de enero 2025, donde se solicita el envio de los planes de la 612 para ser publicados en la pagina web.

De manera permanente se actualiza la pagina web con informacion de acuerdo a cronograma de transparencia. (se adjunta cronograma y se verifica la correcta publicacion en la pagina web, realizando trazabilidad a 3 solicitudes)

Se adjunta acta 68 de 18 julio 2025, en la cual se realiza seguimiento trimestral a la informacion publicada en el link de transparencia.

Se verifica la publicacion mensual permanente de la informacion en MIIPS, de acuerdo a informes enviados por los procesos.

En el momento del seguimiento se encuentra que la informacion se encuentra publicada hasta el mes de JULIO.

PRIMER SEGUIMIENTO: Se adjunta evidencias de la capacitacion del dia 5 de mayo a las asociaciones de usuarios, uno de los temas presentados fue NUEVAS TECNOLOGIAS PARA LOS CIUDADANOS.

SEGUNDO SEGUIMIENTO: Se verifica solicitud del mes de septiembre via correo electronico a talento humano para la inclusion de las capacitaciones de ACCESIBILIDAD PARA EL USO DE HERRAMIENTAS Y GOBIERNO DIGITAL, en el PIC del segundo semestre teniendo en cuenta que el centenario de relevo del MinTIC y discapacidad no esta en funcionamiento, por lo cual se ha decidido buscar otras alternativas para dar cumplimiento a la actividad.

Se adjunta evidencias de la capacitacion del dia 5 de mayo a las asociaciones de usuarios, uno de los temas presentados fue NUEVAS TECNOLOGIAS PARA LOS CIUDADANOS. De la misma forma se revisa estadísticas de uso y acceso a pagina web y redes institucionales en la herramienta google analytics, cabe resaltar que en la pagina web y en las redes sociales continuamente se actualiza informacion de interes al ciudadano como piezas comunicacionales, videos, notas periodísticas al igual que las mismas se promueven en las pantallas ubicadas en las salas de espera de los diferentes centros de salud.

De manera permanente se actualiza la pagina web con informacion de acuerdo a cronograma de transparencia. (se adjunta cronograma y se verifica la correcta publicacion en la pagina web, realizando trazabilidad a 3 solicitudes)+U46

Se adjunta oficio del 15 de julio 2025, en la cual se realiza la entrega de matriz de activos de informacion al ingeniero Ivan Ibarra asesor de la oficina de sistemas de informacion; de la misma forma se adjunta matriz de activos de informacion actualizada. Cabe resaltar que en la misma matriz se encuentran los 3 formatos actualizar: el registro de activos de información, esquema de publicación de información, e índice de información clasificada y reservada de acuerdo a las tablas de retención documental.

Esta actividad se encuentra dentro de los terminos de ejecucion y sera revisada en el proximo seguimiento.

|   |
|---|
| <p>Se adjunta acta 54 de 16 mayo 2025, en la cual se resume el cumplimiento de las actividades de acuerdo al anexo.</p> <p>Se adjunta acta 68 de 18 julio 2025, en la cual se realiza seguimiento trimestral a la información publicada en el link de transparencia.</p>  |
| <p>La empresa tiene formulado un plan de comunicaciones:</p> <p>Estrategia<br/><a href="https://drive.google.com/file/d/10L6FO-ugDtgslyeaLQ9W5Yi2zcJoW-lf/view?usp=drive_link">https://drive.google.com/file/d/10L6FO-ugDtgslyeaLQ9W5Yi2zcJoW-lf/view?usp=drive_link</a></p> <p>Matriz de necesidades de comunicación<br/><a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/1q9T-X7WxssCwq-dQ_LdoGs6jBPY-HtMg/edit?usp=sharing&amp;ouid=113080014341864917807&amp;rtpof=true&amp;sd=true">https://docs.google.com/spreadsheets/d/1q9T-X7WxssCwq-dQ_LdoGs6jBPY-HtMg/edit?usp=sharing&amp;ouid=113080014341864917807&amp;rtpof=true&amp;sd=true</a></p> <p>DICIEMBRE: revisar estrategias y consolidación<br/>pendiente: hacer reunión con secretaria general para definir tema de plan de medios</p> |
| <p>Se adjunta link de rendición de cuentas donde se verifica la accesibilidad a la población con criterios diferenciales a través de lenguaje de señas en vivo.<br/><a href="https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025">https://www.pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/control-y-rendicion-de-cuentas/1708-rendicion-de-cuentas-2025</a></p>   |
| <p>Se adjunta cartillas en inglés y en lenguaje AWA de derechos y deberes de los usuarios, las cuales están publicadas en la página web en la sección de derechos y deberes del ciudadano.</p>  |
| <p>No se encuentra avance en el cumplimiento de esta actividad.</p>   |

PRIMER SEGUIMIENTO: Se adjunta acta 29 del 19 de febrero 2025, de reunion realizada entre personal de sistemas y planeacion, en la cual se habla sobre la opcion de diseñar e implementar un curso virtual orientado a servidores públicos y trabajadores del sector salud, para fortalecer las competencias en accesibilidad digital, comunicación con personas con discapacidad y uso de herramientas tecnológicas gratuitas que promuevan la inclusión.

SEGUNDO SEGUIMIENTO: Se verifica solicitud del mes de septiembre via correo electronico a talento humano para la inclusion de las capacitaciones de ACCESIBILIDAD PARA EL USO DE HERRAMIENTAS Y GOBIERNO DIGITAL, en el PIC del segundo semestre teniendo en cuenta que el censo de relevo del MInTIC y discapacidad no esta en funcionamiento, por lo cual se ha decidido buscar otras alterativas para dar cumplimiento a la actividad.

No se puede verificar el sistema ORFEO debido a la falla en los sistemas de informacion; esta actividad se verificará en el proximo seguimiento.

Esta actividad se encuentra dentro de los terminos de ejecución y sera revisada en el proximo seguimiento.

Esta actividad se encuentra dentro de los terminos de ejecución y sera revisada en el proximo seguimiento.

Esta actividad se encuentra dentro de los terminos de ejecución y sera revisada en el proximo seguimiento.

Se revisa comunicación oficial del día 12 de mayo 2025 dirigida a directores operativos, jefes administrativas, apoyos de th de las difrentes redes de la empresa; en la cual se reforzó la manera y el proceso para presentar infrome de servidor publico, se dio directrices sobre codigo general disciplinario. La cual fue desarrollada el dia 28 de mayo 2025.

Esta pendiente la capacitacion de la parte de la oficina juzgamiento la cual se realizará durante los meses posteriores.

NO se presenta evaluacion de la capacitación.

Se revisa que en el PIC del segundo semestre 2025 los siguientes temas:

Accesibilidad Y Atención Al Usuario  
Participación Social  
Deberes Y Derechos  
Procedimiento Administración De Pqrsfq

En el proximo seguimiento se revisara el desarrollo de estas capacitaciones.

Se adjunta citacion 2573 de fecha 25 de febrero 2025, citando a todo el personal a capacitacion del CODIGO DE BUEN GOBIERNO el dia 28 de marzo 2025, asistieron aproximadamente 120 personas, se adjunta presentacion y reporte de evaluacion de la capacitacion y no necesito acciones adicionales porque se tuvo una buena calificacio de las evaluaciones realizadas.

Se revisa actas de: COMITÉ DE CONTRATACION, COMITÉ DE CONCILIACION Y DEFENSA JURIDICA, COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO del periodo evaluado, donde se establece como primer punto la anotacion "declaracion de conflicto de intereses".

El PTEE fue aprobado por el Comité Institucional de Gestion y Desempeño en reunión del dia 5 de marzo 2025.

El PTEE fue aprobado y adoptado por la Junta Directiva de Pasto Salud ESE atraves del acuerdo N°. 002 del 27 de mayo 2025

Se revisa circular 202505200037663 de fecha 03 de junio 2025, enviada a todo el personal de la empresa, en la cual se despliega el Programa de Transparencia y Etica Empresarial.

Desde la oficina de control interno se realiza revisión y seguimiento a las actividades establecidas en la matriz de riesgos SICOF y PTEE, atraves d ela reunion

Se presenta informes

El informe del primer y segundo seguimiento a la matriz de riesgos SICOF y al presente plan, se encuentran publicados en la pagina web de la empresa a través del siguiente link:

<https://www.pastosaludese.gov.co/site/nuestra-entidad/estructura-administrativa/control-interno/73-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/1678-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano-2025>

**S DE QUIEN REVISÓ**

**lefe oficina de control interno)**