TRASNPARENCIA	COMPONENTE 1: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN									
LIDER: DIRECCIÓN DE TECNOLOGIA								Seguimiento OCI - 3CT		
Subcomponente / Proceso	Actividad		Meta Producto	Formula del Indicador	Responsable	AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024	% Avance 31 Diciembre de 2024	Cumple	No cumple	En proceso
Lineamiento de transparencia Activa	1.1	Socializar la Matriz ITA a direcciones y lideres de procesos	100%	No. de direcciones socializadas/No. Total de direcciones*100	Dirección de Tecnología	Durante el tercer cuatrimestre desde la DTE se envío memorando interno solicitando el diligenciamiento de la matriz ITA en cada uno de sus componentes, desde las diferentes áreas realizaron la solicitud de actualización sobre los componentes que estaban desactualizados garantizando la disponibilidad del 100% de la información.	90%	X		
	1.2	Revisar y actualizar permanentemente la información en el portal web de la Entidad, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 1712 de 2014, la resolución reglamentaria 1519 de 2020 MinTIC y las recomendaciones de la Oficina de Control Interno.	Portal Web de la entidad actualizado al 100%	No. de ítems del portal web con información publicada y actualizada / No. de ítems del portal Web*100	Dirección de Tecnología con el apoyo de todas las direcciones	Durante el tercer cuatrimestre se recibieron y se actualizaron las siguientes solicitudes de información las cuales fueron recibidas a través de nuestra mesa de ayuda. Casos extranet	100%	X		
Lineamiento de Transparencia Pasiva	2.1	Fortalecer los procesos de contratación con personas naturales o jurídicas el origen de los recursos (SARLAFT).	100%	No. de Formato de Conocimiento del Cliente - SARLAFT realizados / No. de formatos de Conocimiento del Cliente - SARLAFT a realizar*100	Dirección Jurídica - Oficial de Cumplimiento	En el mes de diciembre de 2024 se legalizaron 4 contratos. Los cuales son contratos Administrativos – OPS, todos los contratos cuentan con el formato SARLAFT previamente avalado por el Oficial de Cumplimiento.	100%	X		
	2.2	Publicar los procesos de contratación asistencial y administrativos, a efecto de garantizar el principio de transparencia y acceso a la información pública.	100%	No. de procesos contractuales publicados en SECOP / No. de procesos contractuales suscritos en el periodo * 100	Dirección Jurídica	En el mes de diciembre se celebraron 4 contratos Administrativos-OPS, los cuales fueron cargados en la plataforma Secop. En tese sentido, la actividad de reporteen plataforma Secop durante el tercer cuatrimestre 2024 dio cumplimiento al 100%	100%	X		
	2.3	Realizar seguimiento mensual al nivel de oportunidad en la respuesta a las solicitudes. (mes vencido)	100%	No. de informes mensuales realizados / No. de informes programados en el periodo * 100	Dirección de Atención al Usuario	Para el mes de noviembre de 2024 . La Sucursal Bogotá representa el 89% (5628) del total de PQRD recibidas, el 11% (670) corresponde a sucursal Meta y un 0.001(5)% corresponden a la sucursal Soacha. Es de aclarar que este comportamiento va	100%	X		
	2.4	Medir mensualmente la calidad en las respuestas PQRD	80%	No. usuarios satisfechos / No. total de usuarios encuestados*100	Dirección de Atención al Usuario	Teniendo en cuenta la cantidad de comunicaciones respondidas en el mes de agosto, a través de la calculadora estadística https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/, se define la muestra a implementar para las encuestas de satisfacción del	100%	X		
	2.5	Construir un plan de trabajo para la implementación de la Circular 001 de 2022 de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá denominada "Guía Conoce, Propone y Prioriza"	plan de trabajo para la implementación de la Circular 001 de 2022.	No. de acciones realizadas/No. de acciones programas*100	Dirección de Atención al Usuario	Desde el área de participación Social se realiza el seguimiento y la verificación de la circular CIRCULAR 001 DE 2022.; Con el fin de Construir un plan de trabajo para la implementación de la Circular 001 de 2022 de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá denominada Guía Conoce, Propone y Prioriza	100%	X		
Elaboración de instrumentos de gestión de información	3.1	Actualizar el modulo Instrumentos de gestión de la información	100%	No. de ítems actualizados/No. total ítems*100	Dirección de Administrativa y Financiera Dirección de Tecnología	Se da cumplimiento del 100% la actividad con el cargue de todos los instrumentos archivísticos en el botón de transparencia de Capital Salud EPS-S.	100%	X		
Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1	Realizar mesas de trabajo para el seguimiento de mejoras en los criterios diferenciables de accesibilidad en la página web de la entidad.	Mejoras implementadas con respecto a los criterios diferenciables de accesibilidad	oportunidades de mejora realizadas/ oportunidades de mejora identificadas*100	Dirección de Tecnología con el apoyo de Dirección de Atención al Usuario	Durante el tercer cuatrimestre se realizaron las siguientes actividades: * Actualización para el acceso de los manuales y lineamientos de la entidad en la página web	100%	X		
Monitoreo de Acceso a la información Pública	5.1	Realizar verificación trimestral a través de lista de chequeo en cumplimiento de la matriz ITA	100%	No.revisiones realizadas/No. de revisiones programados * 100	Dirección de Tecnología	Durante el tercer cuatrimestre del año la DTE verifico y garantizo que los enlaces que se encuentran en el campo de observación de la Matriz ITA estuvieran funcionando correctamente y se estructuro el botón de transparencia de acuerdo a los lineamientos de la	100%	X		
	5.2	Realizar seguimiento del cumplimiento de la matriz ITA en pagina web de Capital Salud EPS-S	Informe se seguimiento	1	Oficina de Control Interno	En desarrollo de la Ley de Transparencia – Ley 1712 de 2014 y de la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la Procuraduría General de la Nación elaboró la Ley 1712 de 2014, en la cual se definen tres (3)	100%	X		

TRASNPARENCIA	COMPONENTE 2: RENDICIÓN DE CUENTAS									
LIDER: DIRECCIÓN DE ESTRETAGIA Y PLANEACIÓN/ DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO /								Seguimiento OCI - 3CT		
Subcomponente / Proceso	Actividad		Meta Producto	Indicador	Responsable	AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024	% Avance 31 Diciembre de 2024	Cumple	No cumple	En proceso
	1.1	Realizar la convocatoria a los usuarios y ciudadanía en general a la rendición, en un término no inferior a un mes de su realización a través de la página web y todos sus canales de comunicación. En el marco de la circular 008 de 2018	2 Publicaciones de convocatorias (medios de amplia circulación)	No. de publicaciones realizadas/No. de publicaciones programadas*100	Dirección de Estrategia y Planeación con el apoyo de la Dirección De Atención al Usuario - Dirección de Comunicaciones	Capital Salud EPS-S, publico a través de los siguientes medios: - Publicación correo masivo= 27 de mayo de 2024 = 12 de junio de 2024 - Publicación pagina web= 27 de junio de 2024 - 3 Publicaciones Nuevo Siglo= 29 de mayo de 2024 = 17 de junio de 2024 = 18 de junio de 2024 - 2 Publicaciones Extra del llano= 29 de mayo de 2024 = 17 de junio de 2024 De esta manera la EPS da cumplimiento a lo establecido por la Circular 008-2018 en su numeral 1.2.2 Convocatoria Pública de Rendición de Cuentas. Indicador= No. de publicaciones realizadas/No. de publicaciones programadas*100 4/4= 100% **Anexo** Publicación 17-06 Extra del Llano.pdf Publicación 18-06 Nuevo Siglo.pdf Publicación 29-05 Extra del Llano.pdf Publicación 29-05 Nuevo Siglo.pdf Publicaciones pagina web - redes sociales RdC.pdf Publicación web Video 2024-06-18 at 12.22.29 PM.mp4 Se acerca nuestra rendición de cuentas Capital Salud 12.msg	100%	X		

Información de calidad y en lenguaje comprensible	**1.2**	Publicar reportes trimestrales en la página web.	100%	Reportes trimestrales publicados /Reportes trimestrales programados*100	Dirección de Estrategia y Planeación	Durante el tercer cuatrimestre se realizó la publicación de reporte trimestral de Rendición de Cuentas de la vigencia 2024, dando cumplimiento a la actividad planteada. Se relaciona el reporte publicado: https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/#1605825966658-cb415f61-adc4 Reportes trimestrales publicados /Reportes trimestrales programados*100 4/4*100=100%	100%	**X**		
	1.3	Publicar en la pagina web fecha y hora de rendición de cuentas	2 publicaciones (1 pagina web 1 en link Supersalud)	No. de publicaciones realizadas/No. de publicaciones programadas*100	Dirección de Estrategia y Planeación	Desde la Dirección de Estrategia y planeación se informó que durante el primer cuatrimestre se presentó en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño la aprobación de la fecha y hora de rendición de cuentas, la cual fue aprobada bajo Acta 001 de 2024, teniendo en cuenta esta aprobación se procedió a realizar las dos publicaciones de la fecha y hora de la Rendición de Cuentas 2023, las cuales se realizaron de la siguiente manera: Fecha: 27 de junio de 2024 Hora: 9:00 am Lugar: Presencial y Virtual 1. Publicación en link Supersalud de acuerdo con el archivo GT003 - Supersalud - fecha 21 de marzo de 2024 2. Publicación en la página web de Capital Salud en el Micrositio de Rendición de Cuentas 2024 • Indicador: No. de publicaciones realizadas/No. de publicaciones programadas*100 2/2= 100% Lo anterior permite evidenciar el cumplimiento a la actividad planteada.	100%	**X**		
	1.4	Publicar el informe de rendición de cuentas, así como los informes de diálogos ciudadanos	Publicación de 5 informes en la página web (1 informe de rendición de cuentas 4 de diálogos ciudadanos)	No. de informes publicados/No. de informes programados*100	Dirección de Estrategia y Planeación con el apoyo de las todas las dependencias de la EPS.	De acuerdo con esta estrategia Publicar el informe del tercer dialogo ciudadano en el mes de Diciembre ,se solicita la publicación de estos en la página WEB https://www.capitalsalud.gov.co/6-1-descripcion-general/ **Anexos** publicacion Pagina Web.pdf	90%	**X**		
	2.1	Documentar la estrategia de Rendición de Cuentas a desarrollar en la entidad durante la vigencia 2023	Estrategia de Rendición de Cuentas	1	Dirección de Estrategia y Planeación con el apoyo de la Dirección de Atención al Usuario y Dirección de Comunicaciones	Durante el mes de febrero se estableció la estrategia de rendición de cuentas y esta se encuentra publicada en la pagina web, en el micrositio de participación, rendición de cuentas 2024, Estrategia rendición de cuentas vigencia 2023: https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/ De esta manera se logra dar cumplimiento a las acción establecida. Indicador: 1 **Anexo** Estrategia Rendición de Cuentas 2023 .pdf Publicación Estrategia RdC.pdf	100%	**X**		
	2.2	Realizar los diálogos ciudadanos	4 Diálogos Ciudadanos	No. Dialogo ciudadanos realizados/No. de Diálogos programados*100	Dirección de Atención al Usuario	Dando cumplimiento a este indicador de realiza el III Diálogo Ciudadano Capital Salud EPS-S se estableció como tema RUTAS DE ATENCION SIN BARRERAS EN SALUD realizado el día 17 de octubre 2024 Realizar los diálogos ciudadanos Meta o producto= 4 Diálogos Ciudadanos Indicador= No. Dialogo ciudadanos realizados/No. de Diálogos programados*100 Resultado indicador:3/4: 75% **Anexos** ACTA III DIALOGO CIUDADANO META 2024..pdf	90%	**X**		
Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	**2.3**	Habilitar mecanismos de participación que permita presentar comentarios u observaciones previo a la gestión de rendición de cuentas.	Formulario publicado en el micrositio de rendición de cuentas	1	Dirección de Atención al Usuario	De acuerdo a las observaciones realizadas desde el monitoreo se realiza el ajuste en el link y se adjunta pantallazo del ajuste realizado https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/#1716861586388-5221897e-6fdb **Anexo** cargue de información .pdf	100%	**X**		

	2.4	Realizar jornada de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2023.	Audiencia pública de rendición de cuentas	1	Dirección de Estrategia y Planeación con el apoyo de la Dirección De Atención al Usuario - Dirección de Comunicaciones	Capital Salud EPS-S, realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el 27 de junio de 2024, de acuerdo con la aprobación dada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; dicha audiencia se efectúo en el Auditorio Principal de la Secretaria Distrital de Salud, de manera presencial y se transmitió a través de YouTube y Facebook Live. Publicación de la convocatoria en botón rendición de cuentas, sitio web capitalsalud.gov.co, se relaciona link: https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/ https://www.youtube.com/watch?v=kz8-OLpRxX0 https://www.facebook.com/share/v/Uh3VsL7vgUq5B9ZX/?mibextid=oFDknk Indicador: 1 Cumplimiento= 100% **Anexo** Presentación Rendición de Cuentas Vigencia 2023 .pdf Publicación 17-06 Extra del Llano.pdf Publicación 18-06 Nuevo Siglo.pdf Publicación 29-05 Extra del Llano.pdf Publicación 29-05 Nuevo Siglo.pdf SOLICITUD RESERVA AUDITORIO PARA RENDICIÓN DE CUENTAS CAPITAL SALUD EPS-S 2023.msg	100%	**X**		
Responsabilidad en la cultura de la rendición y petición de cuentas	**3.1**	Capacitar y socializar la estrategia Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana	3 capacitaciones (1 institucional y 2 de población general)	No. de capacitaciones realizadas / No. de capacitaciones programadas*100	Dirección de Atención al Usuario con el apoyo de la Dirección de Estrategia y Planeación y la Dirección de Talento Humano	El 15 de marzo de 2024 se realizó la primera socialización interna y externa, la cual se realizó a través de Facebook Live, YouTube, LinkedIn. Así mismo desde la Dirección de Atención al Usuario se realizó la socialización de la estrategia el 29 de abril. Soportes Acta 001 Socialización Estrategia RdC.pdf ACTA SOCIALIZACIÓN ESTRATEGIA DE RENDICIÓN CAPITAL SALUD EPS-S BOGOTÁ 2024 1 1.pdf ASISTENCIA Y EVALUACIÓN RDC VIGENCIA 2023 .xlsx Listado Socialización Estrategia Rendición de Cuentas 2024.pdf	100%	**X**		
Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	**4.1**	Publicar en la pagina web el acta y el Informe final de la Rendición de Cuentas vigencia 2023	Informe de Rendición de Cuentas 2023 Acta de la Rendición de Cuentas 2023	No. de publicaciones realizadas/No. de publicaciones programadas*100	Dirección de Atención al Usuario Dirección de Estrategia y Planeación	Desde la Dirección de Estrategia y Planeación, se elaboró y público en la página web de la EPS, el Acta de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas ejecutada el 27 de junio de 2024, así mismo en la página web se encuentra la presentación y el informe final posterior a la rendición de cuentas, en cumplimiento a lo establecido. https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/#1625108961952-a6b290a3-53ea Meta o producto= Informe de Rendición de Cuentas 2023 - Acta de la Rendición de Cuentas 2023 Indicador= No. de publicaciones realizadas/No. de publicaciones programadas*100 3/3=100% **Anexo** Acta de Rendición de Cuentas vigencia 2023_ firmado.pdf Lista de asistencia Rendición de Cuentas.pdf Presentación Rendición de Cuentas Vigencia 2023 .pdf	100%	**X**		
	4.2	Socializar los resultados del informe de rendición de cuentas	1 socialización interna 1 socialización externa	No. de socializaciones realizadas/No. de socializaciones programadas*100	Dirección de Atención al Usuario	De acuerdo con la estrategia de realizar socialización de resultados de la rendición de cuentas se socializan los resultados del informe de rendición de cuentas en el Departamento del meta, no obstante a la rendición de cuentas acudió el talento humano de la DAU donde se presentaron los los resultados ,se adjunta informe de esta. Meta o producto= 1 socialización interna 1 socialización externa (Indicador= No. de socializaciones realizadas/No. de socializaciones programadas * 100) Resultado Indicador 1/1=100% **Anexo** Informe-de-Rendicion-de-Cuentas-2023.pdf RENDICION DE CUENTAS 2023.pdf	100%	**X**		
Rendición de cuentas focalizada	**5.1**	Realizar un diálogo ciudadano con enfoque diferencial	1 Diálogo Ciudadano	Dialogo ciudadano con enfoque diferencial realizado/ dialogo ciudadano con enfoque diferencial programado*100	Dirección de Atención al Usuario apoyo Modelo Gestión del Riesgo en Salud - Dirección de Comunicaciones	De acuerdo con la estrategia de realizar un Dialogo ciudadano innovador se realizó el 2 Diálogo Ciudadano Capital Salud EPS-S se estableció como tema el Modelo de Atención el 25 de mayo del 2024 en Salud con Enfoque de Género y Sello de Igualdad. Meta o producto= Una estrategia innovadora para el dialogo ciudadano (Indicador= Estrategia realizada/ Estrategia programada * 100) Resultado Indicador 1/1=100% **Anexo** ACTA II DIALOGO CIUDADANO MAYO 2024..pdf Capital al día 198 1.png Soporte segundo Diálogo Ciudadano.docx	100%	**X**		

Articulación Institucional a los Nodos de Rendición de Cuentas	**6.1**	Responder y participar en las solicitudes de los nodos de rendición de cuentas en donde se encuentre Capital Salud EPS-S	Participación en los nodos	No. Asistencias /No. de reuniones convocadas*100	Dirección de Estrategia y Planeación con el apoyo de las diferentes direcciones	Desde la Dirección de Atención al usuario y Participacion social, se participo en el nodo del III Dialogo Ciudadano de la Secretaria Distrital de Salud realizado el 4 de Noviembre 2024. Solo se recibió invitación a dicha reunión durante noviembre. No. Asistencias /No. de reuniones convocadas*100 1/1=100% **Anexo** ACTA SDS III Diálogo Ciudadano 2024.pdf	100%	**X**		

TRASNPARENCIA	**COMPONENTE 3 MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**									
LIDER: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO								**Seguimiento OCI - 3CT**		
Subcomponente / Proceso	**Actividad**		**Meta Producto**	**Formula del Indicador**	**Responsable**	**AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024**	**% Avance 31 Diciembre de 2024**	**Cumple**	**No cumple**	**En proceso**
Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	**1.1**	Realizar socialización interna de los informes de satisfacción de los afiliados frente a la prestación de los servicios	80%	No. de trabajadores de la DAU con información / No. total de trabajadores programados de la DAU*100	Dirección de Atención al Usuario	La socialización interna de los resultados de la medición de satisfacción de los afiliados frente a la prestación del servicio se realiza por medio de la publicación mensual en la intranet. En la siguiente ruta, se encuentra de manera mensual el cargue de los resultados de la medición de satisfacción. Para acceder a esta ruta, los trabajadores deben contar con usuario NT. https://red.capitalsalud.gov.co/resultados-medicion-de-satisfaccion-de-capital-salud-eps-s/ Se realiza verificación de base de datos de los trabajadores de la Direccion de atención al usuario en donde se evidencia que todos cuentan con usuario NT. Por otro lado, es importante precisar que todos los colaboradores de CAPITAL SALUD EPS-S que cuenten con usuario NT pueden evidenciar los resultados de la medición de la satisfacción para su consulta en línea. A continuación relaciono indicador: Indicador=No. de trabajadores de la DAU con información / No. total de trabajadores programados de la DAU*100 Cumplimiento indicador: 300 / 300 = 100% De acuerdo con lo anterior, Para el mes de noviembre se evidencia que el 100% de los trabajadores cuentan con la información de los resultados de la medición de la satisfacción para su consulta en línea.	100%	**X**		
Fortalecimiento de los canales de atención	**2.1**	Divulgar a la población afiliada, por medio de piezas comunicativas (carteleras - banner pagina web - grabaciones en el Call center en la cabecera IVR de la EPS-S), los canales para el acceso a los servicios que ofrece la EPS-S.	Piezas comunicativas	No. divulgaciones realizadas/No. de divulgaciones programadas*100	Dirección de Atención al Usuario con el apoyo de la Dirección de Tecnología - Dirección de Comunicaciones y mercadeo	De acuerdo con los soportes allegados, se evidencia que se han publicado 12 piezas comunicativas para las ciudades de Bogotá, Soacha y Meta. Por lo anterior se da cumplimiento a la actividad y el indicador propuesto (12/12=100%) piezas comunicativas cuatrimestre 2024.zip piezas comunicativas cuatrimestre 2024.zip	100%	**X**		
	2.2	Medir el uso de los canales de atención dispuestos por la EPS-S	80%	No. de usuarios atendidos de manera presencial/ No. de usuarios que asisten al PAU*100 No. de llamadas gestionadas telefónicamente/No. de llamadas realizadas por los usuarios*100	Dirección de Atención al Usuario con el apoyo de la Dirección de Tecnología	Canal Presencial * Indicador= No. de usuarios atendidos de manera presencial/ No. de usuarios que asisten al PAU*100 Indicador nivel de atención presencial Diciembre = xx (total usuarios atendidos de manera presencial)/ xx (número de usuarios que asisten al PAU)= xx% Canal No Presencial *No. de llamadas gestionadas telefónicamente/No. de llamadas realizadas por los usuarios*100 Indicador nivel de atención presencial Diciembre = 10050 (total de llamadas contestadas)/ 10168 (total de llamadas recibidas)= 98.8% Canal no presencial: Se anexa informe de diciembre de 2024 Call Center Canal Presencial: Se anexa informe de diciembre de 2024 Línea de Frente Bogotá, Cundinamarca y Meta INFORME CALL CENTER DICIEMBRE 2024 V1.pdfINFORME CALL CENTER DICIEMBRE 2024 V1.pdf _____ Canal Presencial	100%	**X**		

Talento Humano	**3.1**	Capacitar mensualmente a los funcionarios de la DAU frente a las actualizaciones en temas normativos y direccionamientos internos.	90%	11 capacitaciones realizadas / 11 capacitaciones programadas*100	Dirección de Atención al Usuario	Se realiza medición de las capacitaciones realizadas a los canales de atención dispuestos por la EPS-S de acuerdo con el siguiente indicador: Indicador= 11 capacitaciones realizadas / 11 capacitaciones programadas*100 El indicador hace referencia a 11 capacitaciones anuales, equivalentes a una por cada mes. Indicador= 1 capacitación realizada en noviembre/ 1 capacitación programada en noviembre*100= 100% Se anexa informes de capacitación noviembre: ACTA SESION FORMADORA NOVIEMBRE 2024.pdf INFORME_CAPACITACION_NOVIEMBRE_2024.pdf LISTADO DE ASISTENCIA.pdf _____ Se realiza medición de las capacitaciones realizadas a los canales de atención dispuestos por la EPS-S de acuerdo con el siguiente indicador: Indicador= 11 capacitaciones realizadas / 11 capacitaciones programadas*100 El indicador hace referencia a 11 capacitaciones anuales, equivalentes a una por cada mes.	100%	**X**		
	3.2	Desarrollar actividades para el fortalecimiento de la cultura de humanización institucional.	70%	No. de actividades realizadas / No. de actividades ejecutadas*100	Dirección de Talento Humano	Se reprograma la sensibilización del programa y decálogo de humanización para el mes de diciembre, toda vez que, en el mes de noviembre no fue posible registrar la sesión. Donde se reporta una asistencia de 15 personas, una adherencia de 83.3 sobre 100 puntos y una satisfacción de 5 sobre 5 puntos. De esta manera se cumple con el indicador general planteado para la vigencia 2024, 17 actividades programadas/17 actividades ejecutadas. Anexo Cronograma humanización 2024_.xlsx Interiorizando nuestro programa de humanizaciónDIC.xlsx _____ Durante el mes de octubre se llevó a cabo la sensibilización del programa y decálogo de humanización programado en el cronograma. Reportando una asistencia de 58 trabajadores los cuales registraron una adherencia de 86.6 sobre 100 puntos y una satisfacción de 4.7 sobre 5 puntos. *De esta manera, se cumple con el indicador propuesto al 100% con un reporte de 1 actividad programada / 1 actividad ejecutada. Anexo Cronograma humanización 2024 1 1.xlsx Interiorizando nuestro Programa de humanización OCT.xlsx _____ Durante el mes de septiembre se llevaron a cabo las siguientes dos actividades programadas en el cronograma: El gerente general, 9 directores(as), 2 jefes de oficina y 2	100%	**X**		
	4.1	Realizar encuestas de satisfacción mensual a los afiliados que utilizan los diferentes canales de atención (presencial - telefónico)	100%	No. de encuestas realizadas / No. de encuetas programadas*100	Dirección de Atención al Usuario	De manera mensual se realizan encuestas de satisfacción a los afiliados que utilizan los diferentes canales de atención (presencial - telefónico), para el mes de noviembre del año 2024 se obtuvo el siguiente resultado al indicador propuesto (Indicador= No. de encuestas realizadas / No. de encuestas programadas*100) Bogotá: 804 / 762 = 105% Soacha: 335 / 325 = 103% Departamento de Meta: 392 / 384 = 102% Call Center: 378 / 377 = 100% Cumplimiento indicador Global: 1909 / 1848 = 103% Aspectos relevantes que aplican tanto para Bogota, Meta y Soacha 1. El tamaño de la muestra se define a partir de la población atendida del mes anterior con un nivel de confianza del 95% y el margen de error del 5%, haciendo uso de la herramienta surveymonkey (https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/ 2. Se realiza la encuesta de satisfacción a los usuarios a través de los canales disponibles ofrecidos por la entidad. -Para el Canal presencial (puntos de atención), se informa al usuario y se facilita la realización de la encuesta mediante un código QR disponible en las salas de espera ubicados en los puntos de atención. -Para el Canal No presencial (Call Center) se lleva a cabo una	100%	**X**		

Normativo y Procedimental	**4.2**	Solucionar de forma oportuna y eficiente las solicitudes de PQRSD	100%	No. de PQRD solucionadas con oportunidad / No. PQRD radicadas	Dirección de Atención al Usuario	Desde la coordinación de PQRD se realiza seguimiento a los tiempos de respuesta de las PQRD tomado acciones encaminadas a reducción de tiempos y cumplimiento ante los entes de control por lo cual se adjuntan informe tiempos , informes de PQRD y análisis causal con acciones correctivas Indicador: No. 158 4de PQRD solucionadas con oportunidad / No. 6043PQRD radicadas 59% Septiembre: 803 No. de PQRD solucionadas con oportunidad / No. 6059 PQRD radicadas 36% Octubre: 1517 No. de PQRD solucionadas con oportunidad / No. 7270 PQRD radicadas 54% Noviembre: 759 No. de PQRD solucionadas con oportunidad / No. 6300 PQRD radicadas 45% Diciembre: 803 No. de PQRD solucionadas con oportunidad / No. 6059 PQRD radicadas 36% **Anexos** INFORME DE GESTION PQR NOVIEMBRE 2024.pdf INFORME DE GESTION PQR octubre 2024.pdf INFORME DE GESTION PQR septiembre 2024.pdf	100%	**X**		
	4.3	Socializar Informe de PQRD mensual, para la generación de acciones de mejora por parte de la EPS-S	100%	No. de socializaciones realizadas en los comités de PQRD / No. de socializaciones programadas en los Comité PQRD*100	Dirección de Atención al Usuario	Indicador= 1. de socializaciones realizadas en los comités de PQRD / 1. de socializaciones programadas en los Comité PQRD*100 Desde la Coordinación de PQRD se realiza mensualmente el comité de PQRD dando a conocer las acciones y resultados de la medición de las peticiones, quejas y reclamos interpuestas por los afiliados. con el fin de realizar acciones para la disminución de la radicación y la solución de barreras administrativas, por lo cual se adjunta acta de comité donde se registra el seguimiento de los compromisos de las diferentes direcciones y el seguimiento al plan de choque de acuerdo con la visita de la SNS Anexo Dic.zip Desde la Coordinación de PQRD se realiza mensualmente el comité de PQRD dando a conocer las acciones y resultados de la medición de las peticiones, quejas y reclamos interpuestas por los afiliados. con el fin de realizar acciones para la disminución de la radicación y la solución de barreras administrativas, por lo cual se adjunta acta de comité donde se registra el seguimiento de los compromisos de las diferentes direcciones y el seguimiento al plan de choque de acuerdo con la visita de la SNS Anexo Nov.zip _____ Indicador= 1. de socializaciones realizadas en los comités de PQRD / 1. de socializaciones programadas en los Comité PQRD*100	100%	**X**		
Relacionamiento con el ciudadano	**5.1**	socializar y orientar a los usuarios sobre modelo de atención, deberes, derechos y otros temas de interés.	100%	No. de socializaciones realizadas/No. de socializaciones programadas*100	Dirección de Atención al Usuario	De acuerdo con la estrategia de realizar socializar y orientar a los usuarios sobre modelo de atención, deberes, derechos y otros temas de interés para el primer semestre en el municipio el Departamento del Meta se programaron 24 socializaciones para el mes de septiembre,23 socializaciones para el mes de octubre .Para la ciudad de Bogotá se programaron 1 socialización para septiembre,1 socialización para octubre ,1socializacion para noviembre para sobre estos temas. Meta o producto= 100% (Indicador= No. de socializaciones realizadas/No. de socializaciones programadas*100) Resultado Indicador: 50/50=100% Carpeta comprimida con soportes: C:\Users\sandrasv\OneDrive - CAPITAL SALUD EPS-S SAS\Documentos\PARTICIPACION SOCIAL SANDRA 2024\19.PTEE\III CUATRIMESTRE\5.1.socializar y orientar a los usuarios sobre modelo de atención, deberes, derechos y otros temas de interés	100%	**X**		
Relacionamiento con el ciudadano	**5.2**	Establecer mesas de trabajo con las formas de participación de la EPS-S	100%	No. de mesas de trabajo realizadas/No. de mesas programadas*100	Dirección de Atención al Usuario	De acuerdo con la estrategia de realizar mesas de trabajo con las formas de participación de la EPS-S anexo cronograma con el número de mesas programadas para el primer semestre 2024 del Para el mes de septiembre se realizaron 7 mesa de trabajo y en el mes de septiembre se realizaron 3 en octubre 3 y en noviembre 1 mesas de trabajo para formas de participación en Bogotá Meta o producto= 100% Indicador= No. de mesas de trabajo realizadas 7 /No. de mesas programadas*7 Resultado: 7 mesas programadas / 7 mesa realizadas Anexo NOVIEMBRE.zip OCTUBRE.zip SEPTIEMBRE.rar	100%	**X**		

	5.3	Realizar un diálogo ciudadano con enfoque diferencial	1 Diálogo Ciudadano	Dialogo ciudadano con enfoque diferencial realizado/ dialogo ciudadano con enfoque diferencial programado*100	Dirección de Atención al Usuario apoyo Modelo Gestión del Riesgo en Salud - Dirección de Comunicaciones	En relación con los soportes allegados, se realizó el dialogo ciudadano con enfoque diferencias para el mes de mayo de 2024 el cuál tuvo como tema central el Modelo de Atención en Salud con Enfoque de Género y Sello de Igualdad (enfoque diferencial). Cumpliendo así con la actividad y el indicador propuesto.	100%	X		
	5.4	Socializar y capacitar a los usuarios en los servicios prestados en Clínica de género a la población de LGTBIQ+	80%	No. de socializaciones realizadas/No. de capacitaciones programadas*100	Dirección Medica Modelo Gestión del Riesgo	Capital Salud EPS-, en el proceso del modelo de atención con enfoque diferencial, territorial y poblacional, en la prestación de los servicios y la garantía de ellos, en las acciones diversas, en la socialización de las personas de los sectores sociales LGTBIQ+ y la clínica de género, se reporta con las acciones y estratégicas trasversales en salud, la RPMS a la población y la puesta en marcha con las redes integrales de atención en salud, el trabajo sectorial e intersectorial con las entidades y las áreas de la EPS-S. Se han realizado diferentes acciones, con el fin de fortalecer al talento humano interno y externo, la socialización en el proceso en clínica de género, en el tercer cuatrimestre se programaron un total de 16 acciones entre capacitaciones, mesas de trabajo y asistencia técnica y se realizaron las 16, con un cumplimiento del 100%, se continua con el proceso y la ruta encaminadas en la clínica de genero de la EPS-S. Capital Salud EPS-S, cuenta con afiliados con características particulares en las bases de datos distribuidos para la prestación de servicios de salud a las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS). Como EAPB se busca una atención integral, diferencial y humanizada en la garantía de la prestación de los servicios de salud, de los cuales se encuentran identificados en las diferentes poblaciones, en el marco del modelo de los sectores sociales LGTBIQ+ y la normatividad vigente para la garantía en el acceso oportuno a los servicios de salud en todas sus aristas de las Rutas Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIAS). En la garantía de la prestación de los servicios de salud, en el reconocimiento de la población y la captación, con el fin de seguir en el proceso de activar las Rutas Integrales de Atención en Salud. Así mismo, continuar con las estrategias de IEC (Información,	100%	X		
Análisis de la información de las denuncias de corrupción (enforque de género)	6.1	Realizar informe de gestión de denuncias de corrupción	4 Informe de Gestión	No. de informes realizados/No. de informes programados*100	Oficial de Cumplimiento	Para el tercer cuatrimestre 2024 el oficial de cumplimiento realiza el informe de gestión trimestral el cual describe las denuncias derivadas de corrupción, opacidad, fraude, soborno y SARLAFT las cuales corresponden a 0. El resultado del indicador corresponde a 100% correspondiente a los informes de gestión Anexo Informe de Gestión Riesgos III Trimestre 2024.pdf	100%	X		

TRASNPARENCIA	**COMPONENTE 4: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES**									
LIDER: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO								**Seguimiento OCI - 3CT**		
Subcomponente / Proceso	**Actividad**		**Meta Producto**	**Indicador**	**Responsable**	**AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024**	**% Avance 31 Diciembre de 2024**	**Cumple**	**No cumple**	**En proceso**
Racionalización de Trámites	**1.1**	Caracterizar y priorizar los trámites de Capital Salud EPS-S de acuerdo con la Política de Racionalización de Trámites	100%	Número actividades ejecutadas/ total de actividades programadas * 100	Dirección de Atención al Usuario	"Fase III y IV de la implementación de la Política de Racionalización de Trámites - Análisis y diagnóstico / formulación de acciones y rediseño del trámite: A partir de las mesas de trabajo realizadas en la fase II del plan de trabajo, se identificaron tres (3) trámites que ya se encuentran registrados en el SUIT (Portabilidad, Afiliación y Registro de novedades). El 18 de enero se realizó una mesa de trabajo con la Dirección de Operaciones con el fin de analizar el comportamiento de los trámites identificados en el SUIT como se muestra a continuación. Total trámites solicitudes recibidas en 2023 por cada trámite: Portabilidad: 4.139 Afiliación: 137.130 Registro de novedades: 252.104 Teniendo en cuenta que el trámite que recibe más solicitudes es "Registro de novedades", se plantea la priorización de este trámite, estableciendo la siguiente acción de racionalización, la cual fue presentada en el Comité de Gobierno Organizacional de Capital Salud EPS-S el día 26 de enero de 2024, siendo aprobada para el Programa de Transparencia y Ética Empresarial Pública, además de ser registrada en el SUIT: ""Habilitar consulta en línea del estado de la prestación económica (incapacidades - licencias de maternidad y paternidad - SOAT). Resultado indicador:	100%	X		

Racionalización de Trámites	1.2	Divulgación y publicación a la ciudadanía de los trámites disponibles en el SUIT	100%	Cantidad de trámites divulgados / Cantidad de trámites disponibles en el SUIT	Dirección de Atención al Usuario	Durante el mes de abril de 2024 se realizó socialización dirigida a los trabajadores de la Dirección de Atención al Usuario de los canales de atención, en esta socialización se trataron los siguientes temas: o Política de Racionalización de Trámites o Origen de la Política. o Trámites registrados en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT) o Estrategia de racionalización para el primer semestre de 2024. o Avance de la estrategia. o Paso a paso de la consulta en línea del estado de las prestaciones económicas. Al finalizar las reuniones de socialización, se realizó medición de adherencia a través de una evaluación en donde se obtuvo un resultado de adherencia a la información del 98% por parte de los trabajadores. El 24 de abril de 2024 se realizó reunión presencial con la Asociación de Usuarios de Capital Salud EPS-S para socializar los temas relevantes de la Política de Racionalización de Trámites (Política, origen, trámites, estrategia, avance y resultado). Los trámites de la entidad se encuentran publicados y divulgados en la página Web de Capital Salud EPS-S, en el Sistema Único de Información de Trámites de Función Pública, en página Web gov.co y en la guía de trámites y servicios de la Alcaldía de Bogotá en los enlaces que se relacionan a continuación:	100%	X		
Consulta Ciudadana para la mejora de experiencias de los usurarios	2.1	Implementar encuesta para consultar a los usuarios acerca de los trámites que generan más dificultad o más costos para los usuarios	Encuesta implementada	Encuesta implementada	Dirección de Atención al Usuario	Actualmente la Dirección de Operaciones continúa realizando el envío de la encuesta de satisfacción respecto a los trámites realizados por los grupos de valor (Se anexa pantallazo de correo) Enlace de encuesta: https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=dntcp1fBhki X-RYm0OkvVdZRtjn0LopAhFHkDXTVyeFUNVgyRU81WFUySEhXU TlGMUo0NUhMT1o2Qi4u Meta o producto= Encuesta implementada Indicador= Número encuestas realizadas/ total de encuestas programadas * 100 Encuesta: 1/1=100% Es importante resaltar que desde la Dirección de Atención al Usuario se da continuidad a las mesas de trabajo con los delegados de cada área para racionalización de trámites con el fin de alinear información de los trámites identificados. Posterior al levantamiento de información de trámites al 100% se planea reestructurar la encuesta de forma transversal a los trámites de la entidad. Este enfoque permitirá obtener una mejor comprensión de las necesidades y expectativas de los usuarios, logrando facilitar y potenciar la mejora continua utilizando los resultados de las encuestas como insumo para las próximas estrategias de racionalización y priorización de trámites. (Se anexa acta y correo de la más reciente reunión para levantamiento y alineación de información)	100%	X		

TRASNPARENCIA	COMPONENTE 5: APERTURA DE INFORMACIÓN Y DATOS ABIERTOS								
LIDER: DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA							Seguimiento OCI - 3CT		
Subcomponente / Proceso	Actividad	Meta Producto	Formula del Indicador	Responsable	AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024	% Avance 31 Diciembre de 2024	Cumple	No cumple	En proceso
	1.1 Publicar en la página web de Capital Salud información relevante acerca de las decisiones adoptadas por la Junta Directiva que puedan impactar al público.	100%	No. de publicaciones realizadas/No. total de publicaciones programadas*100	Dirección Jurídica - Dirección de Tecnología	En el mes de diciembre 2024 se llevo a cabo la Junta Directiva No. 168 celebrada los días 13 y 23 de diciembre de 2024, en ella fue aprobado el PEI de la entidad. Así mismo se publico en la página web el extracto de dicha acta en donde se informa la toma de decisión al público en general del PEI. Esta información se puede evidenciar a través del siguiente enlace https://www.capitalsalud.gov.co/1-12-información-sobre-decisiones-que-puede-afectar-al-publico/#1734985837276-b3f07be9-99ec Así mismo se adjunta como soporte el pantallazo de las publicaciones realizadas en el IV cuatrimestre 2024. De esta manera el indicador de publicaciones en la página web es del 100% Anexos Soporte Publicacion Pagina Web Toma de Decisiones JD.pdf _____ Al corte del 30 de noviembre 2024 se realizó el cargue en la página web de 5 extractos de actas de juntas directivas, en la cuales no se identificaron temas relacionados con la adopción de decisiones que afecten al público en general, dichas actas se llevaron a cabo así: Acta Junta Directiva Ordinaria No. 163 del 16-08-2024 Acta Junta Directiva Extraordinaria No. 164 del 19-09-2024 Acta Junta Directiva Extraordinaria No. 165 del 25-09-2024 Acta Junta Directiva Extraordinaria No. 166 del 11-10-2024 Acta Junta Directiva Ordinaria No. 167 del 25-11-2024	100%	X		

Apertura de datos para los ciudadanos y grupos de interés	**1.2**	Validar el conjunto de datos abiertos con los que cuenta la institución	100%	No. de validaciones realizadas /No. total de validaciones programadas * 100	Dirección de Tecnología	La EPS cuenta en su página Web con el botón de transparencia y acceso a la información https://www.capitalsalud.gov.co/ley-de-transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/ donde a través de mejora continua los datos se mantienen actualizado atendiendo los requerimientos de todas las áreas de la Entidad garantizando información de manera clara y a disposición de toda la ciudadanía. Lo anterior teniendo en cuanta que la DTE solo actualiza, crea y modifica los espacios donde se encuentra alojada la información solo por solicitud de las áreas dueñas de la información. Se adjuntan las solicitudes recibidas y atendidas durante el tercer cuatrimestre. Indicador = 160 / 160 * 100 = 100% Anexo Registro Septiembre-Diciembre 2024.pdf Seguimiento Sitios Web Septiembre-Diciembre.pdf	100%	**X**		
	1.3	Realizar el cargue de los datos abiertos adicionales que la Direcciones soliciten publicar	100%	No. publicaciones realizadas /No. total de publicaciones solicitadas * 100	Dirección de Tecnología	Durante el tercer cuatrimestre se recibieron y se cargaron las siguientes solicitudes de información las cuales fueron recibidas a través de nuestra mesa de ayuda. Casos extranet Septiembre 72 casos Octubre 51 casos Noviembre 22 casos Diciembre 15 casos Indicador= 160 / 160 * 100 = 100% Anexo 1. INFORME DE GESTION DE NOVIEMBRE 2024.pdf 1. INFORME DE GESTION DE OCTUBRE 2024.pdf 1. INFORME DE GESTION DE SEPTIEMBRE 2024.pdf Registro Septiembre-Diciembre 2024.pdf Seguimiento Sitios Web Septiembre-Diciembre.pdf	100%	**X**		
Entrega de información en lenguaje sencillo que de cuenta de la gestión institucional	**2.1**	Publicar información en el portal de Datos Abiertos de acuerdo con los criterios definidos de lenguaje claro y sencillo	100%	No. informes publicados /No. total de publicaciones programadas * 100	Dirección de Tecnología	La EPS cuenta en su página Web con el botón de transparencia y acceso a la información https://www.capitalsalud.gov.co/ley-de-transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/ donde a través de mejora continua los datos se mantienen actualizado atendiendo los requerimientos de todas las áreas de la Entidad garantizando información de manera clara y a disposición de toda la ciudadanía. Lo anterior teniendo en cuanta que la DTE solo actualiza, crea y modifica los espacios donde se encuentra alojada la información solo por solicitud de las áreas dueñas de la información. Se adjuntan las solicitudes recibidas y atendidas durante el tercer cuatrimestre Anexo Registro Septiembre-Diciembre 2024.pdf Seguimiento Sitios Web Septiembre-Diciembre.pdf	100%	**X**		
Apertura de la información presupuestal institucional y los resultados	**3.1**	Dar cumplimiento a la publicación de información presupuestal de acuerdo a lo normado por la ley 1712 de 2014	100%	Publicación presupuestal de obligatoria divulgación	Dirección de Tecnología	Durante el tercer cuatrimestre la DTE recibio y actualizo la información requerida por las diferentes áreas de la Entidad garantizando su publicación. Anexo Registro Septiembre-Diciembre 2024.pdf Seguimiento Sitios Web Septiembre-Diciembre.pdf	100%	**X**		
Estandarización de datos abiertos para intercambio de información	**4.2**	Estandarizar los datos abiertos que presenta la institución y que sean susceptibles de ajuste de acuerdo con el resultado de la validación	100%	N° de datos abiertos que requieren ajustes / N° de datos abiertos ajustados *100	Dirección de Tecnología	La DTE realiza seguimiento y mejora continua sobre la información publicada en la página web atendiendo los requerimientos de las diferentes áreas de la compañía para la actualización, creación y modificación de los espacios de la información. Requerimientos que son recibidos y atendidos a través de nuestra herramienta de mesa de ayuda Aranda. Adjuntamos registro de los casos recibidos y atendidos durante el tercer cuatrimestre. Indicador = 160 / 160 * 100 = 100% Anexo Registro Septiembre-Diciembre 2024.pdf Seguimiento Sitios Web Septiembre-Diciembre.pdf	100%	**X**		

TRASNPARENCIA	**COMPONENTE 6: PARTICIPACIÓN E INOVACIÓN EN LA GESTIÓN PÚBLICA**									
LIDER: DIRECCIÓN DE ESTRATEGIA Y PLANEACIÓN								**Seguimiento OCI - 3CT**		
Subcomponente / Proceso	**Actividad**		**Meta Producto**	**Formula del Indicador**	**Responsable**	**AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024**	**% Avance 31 Diciembre de 2024**	**Cumple**	**No cumple**	**En proceso**
	1.1	Diseñar estrategia para realización de un Dialogo ciudadano innovador	Una estrategia innovadora para el dialogo ciudadano	Estrategia realizada/ Estrategia programada * 100	Dirección Atención al Usuario Con apoyo de todas las áreas	De acuerdo con la estrategia de realizar un Dialogo ciudadano innovador se realizo el 2 Diálogo Ciudadano Capital Salud EPS-S se estableció como tema el Modelo de Atención el 25 de mayo del 2024 en Salud con Enfoque de Género y Sello de Igualdad. Meta o producto= Una estrategia innovadora para el dialogo ciudadano (Indicador= Estrategia realizada/ Estrategia programada * 100) Resultado Indicador 1/1=100% Nota: La estrategia fue cumplida al 100% la acción Anexo: ACTA II DIALOGO CIUDADANO MAYO 2024..pdf Capital al día 198 1.png Soporte segundo Diálogo Ciudadano.docx	100%	**X**		

Ciudadanía en la toma de decisiones pública	**1.2**	Socializar la estrategia interna y externa del dialogo ciudadano	3 socializaciones (1 institucional y 2 de población general)	No. de socializaciones realizadas / No. de socializaciones programadas	Dirección Atención al Usuario Con apoyo de todas las áreas	De acuerdo con esta estrategia de Socialización Interna y externa del dialogo ciudadano Meta o producto= 3 socializaciones (1 institucional y 2 de población general), Se adjunta acta de asistencia al 3 dialogo ciudadano. (Indicador= No. de socializaciones realizadas / No. de socializaciones programadas Resultado: No. de socializaciones realizadas / No. de socializaciones programadas ACTA III DIALOGO CIUDADANO META 2024..pdf	100%	**X**		
	1.3	Ejecutar la estrategia de dialogo ciudadano innovador	1 Dialogo Ciudadano Innovador	Dialogo ciudadano innovador realizado/ Dialogo Ciudadano innovador programado * 100	Dirección Atención al Usuario Con apoyo de todas las áreas	De acuerdo con la estrategia de realizar un Dialogo ciudadano innovador se realizo el 2 Diálogo Ciudadano Capital Salud EPS-S se estableció como tema el Modelo de Atención el 25 de mayo del 2024 en Salud con Enfoque de Género y Sello de Igualdad. Meta o producto= Una estrategia innovadora para el dialogo ciudadano (Indicador= Estrategia realizada/ Estrategia programada * 100) Resultado Indicador 1/1=100% Anexo ACTA II DIALOGO CIUDADANO MAYO 2024..pdf Capital al día 198 1.png Soporte segundo Diálogo Ciudadano.docx	100%	**X**		
	1.4	Evaluar estrategia desde el punto de vista de innovación	60%	No. de respuestas con resultado favorable / No. total de respuestas * 100	Dirección Atención al Usuario Con apoyo de todas las áreas	Teniendo en cuenta el número de personas que aplicaron la encuesta de satisfacción (7), El 57% de los asistentes encontraron la información clara y comprensible, y el 43% afirmaron que la información fue clara y sus preguntas fueron respondidas, Teniendo en cuenta el número de personas que aplicaron la encuesta de satisfacción (7), el 100% de los participantes, están de acuerdo en que hubo un diálogo fluido con la ciudadanía a través de los diferentes canales de comunicación., el número de personas que aplicaron la encuesta de satisfacción (7), se observó que el 71% expresaron sentirse escuchados por la entidad. Sin embargo y el 29% mencionó que, se sintieron escuchados parcialmente por la entidad. Estos resultados resaltan la importancia de implementar acciones de mejora en futuros espacios de diálogo con la ciudadanía Anexo: ACTA II DIALOGOfir firmado.pdf INFORME II DIALOGO SELLO DE IGUALDADfir.pdf	100%	**X**		
Iniciativas de innovación por articulación institucional	**2.1**	Documentar la estrategia de referenciación institucional	Una estrategia documentada	Estrategia documentada/Estrategia programada * 100	Dirección de Estrategia y Planeación	El procedimiento se documento en el mes de mayo asignándole el siguiente código, le cual esta publicado en la Intranet: PR-003-DES PROCEDIMIENTO DE REFERENCIACIÓN Anexo: Aclaración procedimiento referenciacion.docx	100%	**X**		
	2.2	Desarrollar la estrategia de referenciación	Una informe Referenciación	Referenciación realizada/Referenciación programada*100	Dirección de Estrategia y Planeación	Se realiza informe de referenciación comparativa externa Referenciación realizada / referenciación programada *100 1/1*100:100% FR-010-DES Informe Referenciacion Antisoborno.pdf	100%	**X**		
	2.3	Socializar los componentes transversales de la norma ISO a los trabadores	100% de las socializaciones	No. socializaciones realizadas / No. de socializaciones programadas*100	Dirección de Estrategia y Planeación	Dentro del proceso de socialización de la Norma Técnica Internacional ISO 9001 en su versión 2015, se llevaron a cabo capacitaciones por parte de Icontec Septiembre a diciembre, abordando los siguientes temas: 1. Planeación estratégica del sistema de gestión HSEQ – Septiembre 3 2. Lecciones aprendidas - Septiembre 5 3. Las enmiendas de la ISO en las normas de sistemas de gestión - Septiembre 12 4. Enfoque de los informes de auditoría interna -Septiembre 19 5. Planificación de las Comunicaciones - Septiembre 19 6. Cuadro de mando integral Corporativo- Septiembre 24 7. Gestión del riesgo en la NTC ISO 17025_2017 - Octubre 3 8. La gestión de riesgos en el sistema de gestión de calidad - Octubre 17 9. Plan estratégico de seguridad vial - Octubre 24 10. La gestión de auditorías internas para el sector educativo- Octubre 24 11. Planeación estratégica del sistema de gestión HSEQ - Octubre 31 12. Gestión de auditorías al sistema de gestión basura cero – Noviembre 7 13. Control operacional en el sistema – Noviembre 21 14. Compras Sostenibles – Noviembre 14 15. El sistema de gestión de la energía bajo la NTC ISO 50001_2019 – Noviembre 28 16. Explicación metodologías ISO 9001:2015 – Octubre a diciembre 2024	100%	**X**		

Redes de innovación publica	**3.1**	Crear mapas de conocimiento a través de los espacios de comunidad de practica de gestión de conocimiento y la innovación	Mapas de conocimiento	Mapas de conocimiento realizados/No. de mapas de conocimiento por crear*100	Dirección de Estrategia y Planeación	La actividad fue estaba programada para cerrar en el mes de noviembre, sin embargo esta se cierra en el mes de septiembre toda vez que se completo los cinco mapas de proceso en ese mes. Para el desarrollo de esta actividad se realizaron los siguientes mapas de conocimiento: 1.Tablero de Control de Indicadores por proceso Mapas de conocimiento realizados/No. de mapas de conocimiento por crear*100 5/5*100 = 100% **Anexo** Tablero-de-control-de-Indicadores-23-08-2024 1.xlsx	100%	**X**		

INTEGRIDAD	**COMPONENTE 7: PROMOCIÓN DE LA INTEGRIDAD Y LA ÉTICA**									
LIDER: DIRECCIÓN TALENTO HUMANO								**Seguimiento OCI - 3CT**		
Subcomponente / Proceso	**Actividad**		**Meta Producto**	**Formula del Indicador**	**Responsable**	**AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024**	**% Avance 31 Diciembre de 2024**	**Cumple**	**No cumple**	**En proceso**
Programas Gestión de Integridad	**1.1**	Establecer estrategias que permitan aumentar el número de trabajadores que integran el equipo de Gestores de Integridad y Bienestar.	100%	No. de estrategias realizadas/No. de estrategias programadas	Dirección de Talento Humano	Se realizó la convocatoria para quienes quieren ser gestores de integridad y bienestar, se publicó por el área de comunicaciones y se inscribieron 8 colaboradores que se suman a los 6 que tenemos actualmente. Pieza Comunicativa Gestores de integridad.png - Pieza comunicativa convocatoria gestores de integridad REGISTRO INSCRITOS GESTORES DE INTEGRIDAD 2024.xlsx - Registro inscritos convocatoria gestores de integridad	100%	**X**		
	1.2	Diseñar un instrumento diagnóstico que permita medir el nivel conocimiento y apropiación del Código de Integridad en la organización.	Un instrumento (encuesta)	1	Dirección de Talento Humano	Se elaboro el instrumento para medir la apropiación de los valores del Código de integridad en las actividades que se realizarán durante el 2024. Se utilizó el Forms para su elaboración **Soporte** Instrumento medición apropiación Y Tú cómo vives el Código de Integridad _.pdf -	100%	**X**		
	1.3	Capacitar a los Gestores sobre el Código y Política de Integridad	100%	No. de gestores capacitados/No. total de gestores*100	Dirección de Talento Humano	Se realizó la capacitación a 15 gestores de integridad. El objetivo fue dar a conocer a los participantes: qué es ser gestor de integridad, perfil y responsabilidades, código y política de integridad de Capital Salud EPS-S. La capacitación se realizó presencial para la Sucursal Bogotá y virtual para la Sucursal Meta. Al finalizar se realizó el registro de asistencia mediante acta adjunta. Anexo: ACTA CAPACITACIÓN GESTORES DE INTEGRIDAD.pdf Presentación Capacitación gestores de integridad.pptx	100%	**X**		
	2.1	Socializar el Código y la Política de Integridad en el programa Inducción a nuevos trabajadores de la entidad	90%	No. de trabajadores socializados sobre el código y la política /No. de trabajadores programados*100	Dirección de Talento Humano	Se realizó la socialización del Código y la política de Integridad a 26 colaboradores que ingresaron nuevos a la EPS en los meses de Noviembre y diciembre de 2024. • Indicador: No. de trabajadores socializados sobre el código y la política /No. de trabajadores programados*100 26/28 * 100 = 92% Anexo Informe MIPG III Trimestre 2024_Capital Salud 2.pdf PRESENTACIÓN INDUCCION.pptx Socializacion induccion enero - diciembre 2024.xlsx _____ Se realizó la socialización del Código y la política de Integridad a 5 colaboradores que ingresaron nuevos a la EPS en el mes de septiembre de 2024. • Indicador: No. de trabajadores socializados sobre el código y la política /No. de trabajadores programados*100 5/5 * 100 = 100% Anexo PRESENTACIÓN INDUCCION.pptx Socializacion induccion enero - diciembre 2024.xlsx	100%	**X**		
	2.2	Socializar el Código y la Política de Integridad en el programa de reinducción a los trabajadores de la entidad	70%	No. de trabajadores socializados /No. de trabajadores que llevan más de un año en la entidad * 100	Dirección de Talento Humano	En el mes de octubre de 2024 se dio inicio a la reinducción institucional, con un número de asistentes en las fechas programadas hasta el momento así: Octubre =65 trabajadores con la socialización y apropiación mediante casos reales puestos en discusión. Noviembre de 2024= 289 trabajadores con la socialización y apropiación mediante casos reales puestos en discusión. Indicador Número de trabajadores socializados / Nro. de trabajadores que llevan más de 1 año en la entidad Indicador: 354 trabajadores socializados/488 trabajadores que llevan más de 1 año en la EPS-S = 72% **Anexos** PRESENTACIÓN REINDUCCION.pptx Socializacion induccion - reinducción enero - diciembre 2024.xlsx	100%	**X**		

Promoción de la integridad en las instituciones y grupos de interés	**2.3**	Realizar jornadas pedagógicas didácticas y experienciales, para fortalecimiento y apropiación de los valores definidos en el Código de Integridad.	100%	No. de jornadas realizadas/No. total de jornadas programadas*100	Dirección de Talento Humano	2. Atendiendo invitación de la Subsecretaría Distrital de Fortalecimiento Institucional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá participamos en la convocatoria de buenas prácticas "Integridad colectiva: Avanzando en el cambio cultural". Se presento la estrategia que impacta la cultura de la integridad en Capital Salud extensiva al plan institucional de bienestar. Indicador: No. de jornadas realizadas/No. total, de jornadas programadas*100 1/1*100= 100% **Anexos** descripcion de la estrategia.pdf enlace video practica de integridad postulacion concurso.docx ——— * Olimpiadas deportivas Capital Salud - finales Torneo de Fútbol 5 masculino. El 27n de septiembre se realizó la final del Torneo de Fútbol 5 masculino entre los equipos que resaltaron en sus nombres los valores del Código de Integridad: Atlético Justicia Vs Real Operaciones F.C. con Compromiso Los Legendarios DMC con Compromiso Vs La Liga de la Justicia **Anexos** Finales del torneo de fútbol masculino Capital Salud .msg Final Torneo Interno de fútbol 5 masculino 27092024.pdf	100%	**X**		
	2.4	Realizar la medición adherencia de la política y el código de integridad de y socializar los resultados.	70%	No. trabajadores con adherencia No. trabajadores con medición*100	Dirección de Talento Humano	Para los meses de octubre y noviembre se programaron 2 actividades, así: 1. Inducción y reinducción institucional. En el mes de octubre se socializó y discutieron casos donde se ponen en práctica los valores del Código de integridad para generar apropiación, igualmente se recordó la política de integridad de Capital Salud. En el mes de octubre de 2025, asistieron 65 personas con una adherencia del 96,92% En el mes de noviembre de 2025, asistieron 60 personas con una adherencia de 97,83 Indicador: Nro. de personas socializadas / Nro. de personas programadas Anexo Socializacion induccion - reinducción enero - diciembre 2024.xlsx ——— * Se realizó un taller virtual con 267 trabajadores de la EPS-S donde se recordó los valores del Código de Integridad y se analizaron algunos casos para determinar que valores se ponen en práctica dentro de las labores diarias en Capital Salud. Septiembre 21 asistieron 149 trabajadores, con una adherencia de 96,86 Septiembre 28 asistieron 118 colaboradores, con una adherencia de 98.59	100%	**X**		
Participación en las estrategias distritales de integridad	**3.1**	Participar en las jornadas adelantadas por la administración distrital, relacionadas con la política de integridad y conflictos de interés.	Participación en las jornadas	No. de asistencias ejecutadas/No. de invitaciones recibidas*100	Dirección de Talento Humano con el apoyo de la Dirección de Estrategia y Planeación	Atendiendo invitación de la Subsecretaría Distrital de Fortalecimiento Institucional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá nos presentamos en la convocatoria de buenas prácticas "Integridad colectiva: Avanzando en el cambio cultural". Se presento la estrategia que impacta la cultura de la integridad en Capital Salud extensiva al plan institucional de bienestar. Anexos descripcion de la estrategia.pdf enlace video practica de integridad postulacion concurso.docx Invitación a la convocatoria Integridad Colectiva Avanzando en el Cambio Cultural.msg ——— En este semestre no se han recibido invitaciones para participar de actividades desde la función pública, ni desde ninguna otra organización. Al mismo tiempo se presentan inconvenientes para asistir cuando son virtuales, ya que desde los computadores de Capital Salud no tenemos acceso para acceder a ellas.	100%	**X**		
Gestión preventiva de conflicto de interés	**4.1**	Socializar la política de conflicto de interés en el programa Inducción a nuevos trabajadores de la entidad	90%	No. de trabajadores socializados sobre el código y la política /No. de trabajadores programados	Dirección de Talento Humano	Durante el año 2024, se realizo la inducción institucional al personal que ingreso a trabajar en la entidad, en ella, se socializo la política de conflicto de interés. No de trabajadores citados 352. No trabajadores asistentes 351. Anexo INDUCCIÓN 2024.pptx Inducción institucional 2024 6 Dic.xlsx	100%	**X**		
	4.2	Socializar la política de conflicto de interés en el programa de reinducción a los trabajadores de la entidad	70%	No. de trabajadores socializados /No. de trabajadores que llevan más de un año en la entidad * 100	Dirección de Talento Humano	Durante el último trimestre del año 2024 se realizo la Reinducción Institucional, dentro de la cual se realizo la socialización de la política de conflicto de interés. No de trabajadores programados fue de 338, el No de trabajadores asistentes fue de 336. Anexo Registro de reinducción institucional 2024.xlsx REINDUCCIÓN 2024.pptx	100%	**X**		

Gestión prácticas Antisoborno, Antifraude	**5.1**	Socializar el programa de Transparencia y Ética Empresarial (PEET) a los colaboradores de la entidad a través de la Inducción y reinducción institucional.	Informe de Gestión	No. de socializaciones realizadas del programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEEP) / Ni de socializaciones programadas del programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEEP)	Oficial de cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo realizó capacitaciones y socializaciones tanto a los líderes de proceso como a los colaboradores de toda la entidad en temas relacionados con SARLAFT, SICOF y PTEEP promoviendo el auto control en pro de buscar la mitigación de los riesgos identificados en Capital Salud EPS-S. Respecto al indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron en su totalidad las socializaciones del PTEEP programadas (26/26*100) Durante el tercer cuatrimestre la Oficina de Gestión del Riesgo han realizado las siguientes capacitaciones: SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) en los meses de: Septiembre: 5 Colaboradores Octubre: 60 Colaboradores Noviembre: 50 Colaboradores Diciembre: 16 Colaboradores Para un total de 131 colaboradores capacitados Así mismo, se realizaron 26 mesas de trabajo descritas a continuación: 1. Reunión con Dirección Jurídica el 9 de septiembre de 2024 2. Reunión con Dirección de Operaciones el 9 de septiembre de 2024 3. Reunión con Dirección Jurídica el 10 de septiembre de 2024 4. Reunión con Dirección Jurídica el 11 de septiembre de 2024 5. Reunión con Dirección Administrativa y Financiera el 19 de	100%	**X**		
	5.2	Realizar capacitaciones y socializar a los trabajadores de Capital Salud EPS-S sobre la importancia y el impacto de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y SARLAFT en la etapas del ciclo general de riesgo en los procesos de inducción, reinducción y meas de trabajo.	Actas de Mesas de trabajo	No. de capacitaciones realizadas/Ni de capacitaciones programadas	Oficial de cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo realizó capacitaciones y socializaciones tanto a los líderes de proceso como a los colaboradores de toda la entidad en temas relacionados con los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y SARLAFT en el ciclo general del Riesgo (identificación, evaluación y medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo, evento de riesgo materializado), promoviendo el auto control en pro de buscar la mitigación de los riesgos identificados en Capital Salud EPS-S. El indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron 22 mesas de trabajo de las programadas (26/26*100) Durante el tercer cuatrimestre la Oficina de Gestión del Riesgo han realizado las siguientes capacitaciones: -Inducción Institucional y Reinducción en los meses de Septiembre: 5 Colaboradores Octubre: 60 Colaboradores Noviembre: 50 Colaboradores Diciembre: 16 Colaboradores Para un total de 131 colaboradores capacitados Anexo Asistentes inducción institucional dic 2024.xlsx Listado Asistencia Inducción Septiembre.xlsx Registro de reinducción institucional 2024.xlsx REINDUCCIÓN 29 OCT y 15 NOV 1.xlsx	100%	**X**		

MONITOREO Y CONTROL	**COMPONENTE 8: GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION**									
LIDER: OFICIAL DE CUMPLIMIENTO - OFICINA CONTROL INTERNO								**Seguimiento OCI -3CT**		
Subcomponente / Proceso	**Actividad**		**Meta o Producto**	**Formula del Indicador**	**RESPONSABLE**	**AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024**	**% Avance 31 Diciembre de 2024**	**Cumple**	**No cumple**	**En proceso**
	1,1	Actualizar la Política de Gestión del Riesgo (PI01-GRI) de la entidad de acuerdo a necesidad.	100%	No de actualizaciones realizadas de la Política de Gestión del Riesgo (PI01-GRI)/ No de actualizaciones programadas de la Política de Gestión del Riesgo (PI01-GRI)	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo y el Oficial de Cumplimiento realizó actualización a la Política de Administración del Riesgo de la entidad cambiando la definición de riesgo financiero e incluyendo las responsabilidades de la Gerencia General y Revisoría Fiscal en el Sistema de Gestión de Riesgos en el marco de lo establecido en la circular externa 004 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud - SNS, se presentó en el comité de riesgos del 28 de agosto de 2024. El indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se programó una actualización para este periodo (1/1) * 100. **Anexos** Acta 28 28082024.pdf PL-001-GRI.docPL-001-GRI.doc	100%	**X**		

Política Administración del Riesgo	**1.2**	Socializar a los colaboradores de la entidad la Política de Gestión del Riesgo (PI01-GRI).	100%	No de socializaciones realizadas de la Política de Gestión del Riesgo (PI01-GRI)/ No de socializaciones programadas de la Política de Gestión del Riesgo (PI01-GRI)	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo realizó capacitaciones y socializaciones tanto a los líderes de proceso como a los colaboradores de toda la entidad en temas relacionados con la Política de Administración del Riesgo promoviendo el auto control en pro de buscar la mitigación de los riesgos identificados en Capital Salud EPS-S. Respecto al indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron en su totalidad las socializaciones programadas (26/26*100) Durante el tercer cuatrimestre la Oficina de Gestión del Riesgo han realizado las siguientes capacitaciones: Política de Administración del riesgo en los meses de: Septiembre: 5 Colaboradores Octubre: 60 Colaboradores Noviembre: 50 Colaboradores Diciembre: 16 Colaboradores Para un total de 131 colaboradores capacitados Así mismo, se realizaron 26 mesas de trabajo descritas a continuación: 1. Reunión con Dirección Jurídica el 9 de septiembre de 2024 2. Reunión con Dirección de Operaciones el 9 de septiembre de 2024 3. Reunión con Dirección Jurídica el 10 de septiembre de 2024 4. Reunión con Dirección Jurídica el 11 de septiembre de 2024	100%	X		
Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción (incluidos los riesgos de lavado de activos)	**2.1**	Realizar seguimiento los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM de acuerdo con los procesos que los identificaron	100%	No de seguimientos realizados a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM/ No de seguimientos programados a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 el Oficial de Cumplimiento y la Oficina de Gestión del riesgo realiza de manera cuatrimestral el seguimiento a los 11 riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y SARLAFT de la entidad, en este sentido el resultado del indicador es 100% teniendo en cuenta que por la periodicidad son 3 al año (3/3*100) Anexo Info Gesión 3 TM OC.pdf	100%	X		
	2.2	Publicar en la pagina web de la entidad de forma cuatrimestral la matriz de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM	100%	No de publicaciones realizadas en la pagina web de la matriz de riesgos de corrupción/ No de publicaciones programadas de la matriz de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la entidad cuenta con 11 riesgos de corrupción (opacidad, fraude, soborno, SARLAFT) se realiza gestión para publicación en la página web de la entidad la segunda semana de enero de 2025. El indicador cumple a 100% teniendo en cuenta que es la tercera publicación (3/3=100%) **Anexos** Matriz_Riesgo_20241226_041814.xlsx	100%	X		
Consulta y Divulgación	**3.1**	Socializar a los colaboradores de la entidad los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM	100%	No de socializaciones realizadas de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM/ No de socializaciones programadas de los riesgos de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo realizó capacitaciones y socializaciones tanto a los líderes de proceso como a los colaboradores de toda la entidad en temas relacionados con SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) promoviendo el auto control en pro de buscar la mitigación de los riesgos identificados en Capital Salud EPS-S. Respecto al indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron en su totalidad las mesas de trabajo programadas (26/26*100) Durante el segundo cuatrimestre la Oficina de Gestión del Riesgo han realizado las siguientes capacitaciones: SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) en los meses de: Septiembre: 5 Colaboradores Octubre: 60 Colaboradores Noviembre: 50 Colaboradores Diciembre: 16 Colaboradores Para un total de 131 colaboradores capacitados Así mismo, se realizaron 26 mesas de trabajo descritas a continuación: 1. Reunión con Dirección Jurídica el 9 de septiembre de 2024 2. Reunión con Dirección de Operaciones el 9 de septiembre de 2024 3. Reunión con Dirección Jurídica el 10 de septiembre de 2024	100%	X		
Monitoreo y Revisión	**4.1**	Realizar seguimiento cuatrimestral a los riesgos por proceso de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM por parte de los lideres de proceso.	100%	No de seguimientos realizados por los líderes de proceso a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM/ No de seguimientos programados por los líderes de proceso a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 los lideres de proceso (primera línea de defensa) realizan de manera cuatrimestral el seguimiento a los 11 riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y SARLAFT de la entidad, en este sentido el resultado del indicador es 100% teniendo en cuenta que por la periodicidad son 3 al año (3/3*100) **Anexo** Informe de Gestión Riesgos III Trimestre 2024.pdf	100%	X		
Seguimiento	**5.1**	Evaluar la efectividad de los controles establecidos en los riesgos de corrupción identificados (incluidos los riesgos de lavado de activos) Informe de seguimiento al 100% de los Riesgos de corrupción identificados (incluidos los riesgos de LA/FT)	100%	No. de informes de seguimiento a la matriz de riesgo de corrupción / No. de Informes de seguimiento programados a la matriz de riesgo de corrupción X 100	Oficina de Control Interno	Teniendo en cuenta el rol de evaluación de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno, realizó la verificación del mapa de riesgos de corrupción incluyendo los riesgos de LA/FT/PADM, con énfasis en la revisión del cumplimiento de los criterios establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas, versión 4 y 5 del Departamento Administrativo de Función Pública con corte al tercer cuatrimestre de 2024. Indicador =3/3 (100%) Anexo: F03-CI Riesgos de Corrupción I y II CT 2024.pdf	100%	X		

MONITOREO Y CONTROL	COMPONENTE 9: MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS									
LIDER: OFICIAL DE CUMPLIMIENTO								Seguimiento OCI -3CT		
Subcomponente / Proceso		Actividad	Meta o Producto	Responsable	Fecha programa	AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2024	% Avance 31 Diciembre de 2024	Cumple	No cumple	En proceso
Adecuación institucional para cumplir con la debida diligencia	1,1	Realizar mesas de trabajo con los procesos de la entidad para articular la gestión de la debida diligencia	100%	No de mesas de trabajo realizadas/ No de mesas de trabajo programadas*100	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo realizó capacitaciones y socializaciones tanto a los lideres de proceso como a los colaboradores de toda la entidad en temas relacionados con SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) promoviendo el auto control en pro de buscar la mitigación de los riesgos identificados en Capital Salud EPS-S. Respecto al indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron en su totalidad las mesas de trabajo programadas (26/26*100) Durante el segundo cuatrimestre la Oficina de Gestión del Riesgo han realizado las siguientes capacitaciones: SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) en los meses de: Septiembre: 5 Colaboradores Octubre: 60 Colaboradores Noviembre: 50 Colaboradores Diciembre: 16 Colaboradores Para un total de 131 colaboradores capacitados Así mismo, se realizaron 26 mesas de trabajo descritas a continuación: 1. Reunión con Dirección Jurídica el 9 de septiembre de 2024 2. Reunión con Dirección de Operaciones el 9 de septiembre de 2024 3. Reunión con Dirección Jurídica el 10 de septiembre de 2024	100%	X		
	1.2	Socializar el proceso de la debida diligencia con las áreas involucradas para garantizar la efectividad del mismo.	100%	No de socializaciones realizadas / No de socializaciones programadas*100	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 la Oficina de Gestión del Riesgo realizó capacitaciones y socializaciones tanto a los lideres de proceso como a los colaboradores de toda la entidad en temas relacionados con SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) promoviendo el auto control en pro de buscar la mitigación de los riesgos identificados en Capital Salud EPS-S. Respecto al indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron en su totalidad las mesas de trabajo programadas (26/26*100) Durante el segundo cuatrimestre la Oficina de Gestión del Riesgo han realizado las siguientes capacitaciones: SARLAFT, SICOF y PTEEP (incluido debida diligencia) en los meses de: Septiembre: 5 Colaboradores Octubre: 60 Colaboradores Noviembre: 50 Colaboradores Diciembre: 16 Colaboradores Para un total de 131 colaboradores capacitados Así mismo, se realizaron 26 mesas de trabajo descritas a continuación: 1. Reunión con Dirección Jurídica el 9 de septiembre de 2024 2. Reunión con Dirección de Operaciones el 9 de septiembre de 2024 3. Reunión con Dirección Jurídica el 10 de septiembre de 2024 4. Reunión con Dirección Jurídica el 11 de septiembre de 2024	100%	X		
Construcción plan de trabajo para adaptar y/o desarrollar la debida diligencia	2.1	Ejecutar el cronograma de trabajo para el desarrollo de la debida diligencia	100%	No de actividades realizadas en el cronograma/ No de actividades programadas*100	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 se realizaron las 4 actividades descritas en el cronograma en su totalidad respecto a las programadas relacionadas con el proceso de debida diligencia por parte del oficial de cumplimiento de la entidad. En este sentido el indicador tiene un cumplimiento del 100% (4/4 *100). Anexo CRONOGRAMA 2024.pdf	100%	X		
	3.1	Realizar seguimiento a la entrega de insumos necesarios por los procesos involucrados para desarrollar la debida diligencia	100%	No de seguimientos realizados / No de seguimientos programados*100	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 se realizan 82 seguimientos a los procesos que solicitan debida diligencia a las personas naturales o jurídicas que tienen y tendrán un vinculo contractual con la entidad, en este sentido el indicador se cumple al 100% teniendo en cuenta que se realizaron 82 seguimientos a la información recibida de los 82 solicitadas (82/82*100). En el momento de encontrar inconsistencias en la información reportada se retroalimentó al proceso correspondiente para la corrección de la información y soportes. Anexo Info Gesión 3 TM OC.pdf	100%	X		

Gestión de la debida diligencia	**3.2**	Realizar el proceso de debida diligencia a los contratos administrativos y asistenciales de la entidad	100%	No de debidas diligencias realizadas/ No de debidas diligencias solicitadas*100	Oficina de Gestión del Riesgo / Oficial de Cumplimiento	Durante el tercer cuatrimestre de 2024 el oficial de cumplimiento de la entidad realizó el proceso de debida diligencia a las personas naturales o jurídicas que tienen o tendrán un vinculo contractual con Capital Salud EPS-S, se describe a continuación el número de debidas diligencias realizadas: Septiembre: 25 Octubre: 12 Noviembre: 23 Diciembre:22 Para un total de 82 debidas diligencias realizadas de acuerdo con las 82 solicitadas en este sentido el indicador se cumple al 100% (82/82*100) Anexo Info Gesión 3 TM OC.pdf	100%	**X**		