

PERIODO EVALUADO	SEGUNDO cuatrimestre 2024	FECHA SEGUIMIENTO	SEPTIEMBRE de 2024
OBJETIVO	Verificar los avances que se realiza a las estrategias, mecanismos y controles a los riesgos para lucha contra la corrupción los cuales sirven de insumo para el cumplimiento y aplicabilidad en todos los procesos para una Gestión transparente. (Plan anticorrupción y mapa de riesgos de corrupción) conforme a lo establecido en los artículos 73 y 74 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 124 de 2016. Con fundamento en lo establecido en el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el Artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el Título 4° “Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano” del Decreto 124 de 2016, que enuncia en su Artículo 2.1.4.6: “Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo. El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de los mencionados documentos, estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos...”.		

ALCANCE: El presente informe incluye el seguimiento a los controles del Mapa de Riesgos de Corrupción y monitoreo, a las acciones propuestas en el Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano, así como los avances en cada una de las actividades propuestas para el SEGUNDO PERIODO (01 de mayo al 31 de agosto del 2024).

METODOLOGÍA: Para efectuar el informe se solicitó el seguimiento a la Oficina de Calidad - Planeación como segunda Línea de Defensa: la cual fueron subidos los avances, en una carpeta compartida (inmerso en el POA 2020-2024).

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, está integrado por políticas autónomas e independientes, que gozan de metodologías para su implementación con parámetros y soportes normativos propios.

1. PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

El Mapa de Riesgos de la Corrupción, es una herramienta metodológica que permite identificar de manera clara y sistemática las áreas y procesos que son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción, diseñar medidas para mitigar los riesgos, monitorear los riesgos de Corrupción al interior del Hospital, identificar los riesgos trazadores y los indicadores de monitoreo y control, los cuales serán incluidos en la metodología de mapa de riesgos establecida por el hospital. De acuerdo a la Política de Gestión del Riesgo adoptada por el Hospital alineada con las directrices del Modelo Integral de Planeación y Gestión (MIPG), es necesario analizar el entorno e identificar los factores a considerar (positivos y negativos), luego identificar los riesgos por proceso y realizar un adecuado análisis de las causas, de los riesgos en cada proceso y por último las consecuencias a que pueden llevar los riesgos.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE A AGOSTO 2024	% DE CUMPLIMIENTO
1. Política de Administración del Riesgo	1.1 Socializar la política de administración del riesgo de corrupción.	Se socializa en el comité de gestión y desempeño el cual se realiza cada quince días, Las actas reposan en el Centro Atención Documental de la entidad. Fecha de cumplimiento (12/04/2024).	100
2. Construcción Del Mapa De Riesgos De Corrupción.	2.1 Invitar a participar en la actualización del Mapa de riesgos de corrupción	Se publicó convocatoria en la página web, invitando a la comunidad a participar, no se recibió observaciones. Evidencia Página web/Menú, Fecha de cumplimiento (12/04/2024).	100
	2.2. Actualizar el mapa de riesgos institucional.	Se publica mapa de riesgos en la página web. Evidencia, Página web/Menú participa. Fecha de cumplimiento 12/04/2024.	100
3. Consulta Y Divulgación.	3.1 Publicar el nuevo mapa de riesgos de corrupción.	Se publica mapa de riesgos en página web. Evidencia, Página web/Menú participa Fecha de cumplimiento. 12/04/2024:	100
	3.2 Socializar el nuevo mapa de riesgos de corrupción.	Se realiza socialización en comité de gestión y redes sociales para la comunidad y personal	100

		operativo. Evidencia actas de comité de gestión en el Centro Administrativo Documental y Redes sociales institucionales, Fecha de cumplimiento 12/04/2024.	
4. Monitoreo y revisión.	4.1 Seguimiento periódico a los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles.	Se realizó seguimiento a mapa de riesgos de corrupción y mejora en los controles por el oficial de cumplimiento 20/08/2024 (informe del sicof)	67%
5. Seguimiento	5.1 Realizar verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano.	No se evidencio avance	0

COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

Este componente se implementa de forma articulada con las políticas de participación y servicio al ciudadano, transparencia y acceso a la información, de modo que se identifican las necesidades de simplificación de trámites desde las necesidades manifestadas directamente por los usuarios y se implementan estrategias desde el lenguaje claro y el acceso oportuno a la información. Todos los tramites serán registrados en el SUIT, al igual que la estrategia de racionalización de trámites, donde se relacionan los tramites priorizados y las mejoras a implementar y las fechas de ejecución de las mismas, esta información será descargada al final de cada año y anexada como evidencia del desarrollo de este componente.

1. Entrega de historias clínicas
2. Asignación de citas para la prestación de servicios de salud
3. Examen de laboratorio clínico
4. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos
5. Atención inicial de urgencias
6. Radiología e imágenes diagnosticas
7. Terapias
8. Certificado de defunción
9. Certificado de paz y salvo:

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PORCENTAJE
1. Racionalización de trámites.	1.1 Revisar y actualizar los tramites en el SUIT.	Se aplazó la actividad para cumplir en el siguiente mes 12/04/2024	100
	1.2 Socializar tramites (horarios y puntos de atención, procedimientos, virtualidad)	Se socializó solicitud de HC, sistema PQR. Ver actas de comité institucional de gestión y desempeño, Redes sociales institucionales y pagina web, evidencia Menú Transparencia y acceso a la información fecha de cumplimiento 2/04/2024	100
	1.3 realizar encuesta sobre trámites virtuales para implementar posibles planes de mejora	Se realizó diagnóstico y presento plan de mejora en comité de gestión y desempeño. Ver actas de comité en CAD, Fecha de cumplimiento 12/04/2024	100
	1.4 Revisar trámites para realizar propuesta de racionalización (Medios, tarifa, procedimiento, tiempos)	Se realizó reunión de comunicaciones y calidad y se definió aumento de capacidad instalada de consulta externa acorde con los proyectos de crecimiento y propuesta de auto agendamiento mediante un bot, 10/07/2024:	100
	1.5 Revisar encuesta de satisfacción para incluir ítem (s) frente a trámites.	Se modificó encuesta, se espera acabar con las copias existentes para implementar la nueva encuesta Fecha de avance 12/04/2024	100
	1.6 Registrar estrategia de racionalización de tramites	Se registra estrategia en aplicativo Suit. 22/08/2024	100
	1.7 Implementar estrategia de racionalización y generar informe	No se evidencio avance	0
	1.8 Socializar racionalización de trámites a nivel interno y externo.	No se evidencio avance	0

COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS.

La rendición de cuentas “establece una relación de diálogo entre los actores que exigen y los que rinden cuentas. Los hace hablar a ambos, involucrándolos en un debate público” (Schedler 2004, 14), se deben tener en cuenta los siguientes elementos: información, dialogo, incentivo. Se define un equipo para el logro de los objetivos del proceso de rendición de cuentas así:

Asesor de Calidad, Subdirector Administrativa y Financiera, jefe de Control Interno, Comunicador, Jefe de Sistemas, Coordinador Atención al Usuario.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PORCENTAJE
1. Información de calidad y en lenguaje comprensible.	1.1 Definir estrategia de rendición de cuentas (actividades, convocatoria, evaluación)	Se actualizó la plantilla de la estrategia de Rendición de cuentas se publicó en la página web evidencia, sección de participa en la web. Fecha de cumplimiento 12/04/2024	100
	1.2 Evaluación de la estrategia de rendición de cuentas.	Se actualizo la plantilla de la estrategia de Rendición de cuentas, se publicó en la página web evidencia sección de participa. Fecha de avance 12/04/2024.	100
	1.3 Publicar de información de audiencia publica	Se publicó información del periodo en micro sitio ubicado en página web acorde a requerimiento. Ver página web/Menú Participa/Rendición de cuentas, fecha de cumplimiento 12/04/2024.	100
	1.4 Invitar a las partes interesadas por diferentes medios	Se realizó publicación en redes sociales institucionales y pagina web en micro sitio de rendición de cuentas, Menú Participa, fecha de cumplimiento 12/04/2024:	100
2. Dialogo de doble	2.1 Realizar audiencia pública de	La audiencia pública se realiza el 30 de mayo	100

vía con la ciudadanía y sus organizaciones.	rendición de cuentas	de 2024 en el salón el patio de Comfama Tutucan, de 2:00pm a 3:40 pm, asistieron más de 50 personas y se transmitió por el Facebook live del Hospital.	
	2.3 Transmitir medios virtuales la Rendición de Cuentas	Se transmitió por Facebook live https://www.facebook.com/share/v/JdDDsNqebnJhVAnL/?mibextid=WC7FNe	100
	2.4 Reportar información Audiencia pública en plataforma de la Supersalud	Se realizó el reporte en la plataforma de la super salud, el reporte lo envía la oficina de calidad	100
	2.5 Realizar actividad de “Mi gerente escucha”	Se han realizado 2 Mi gerente escucha, las grabaciones de los espacios se encuentran en la oficina de talento humano.	50
	2.6 Actualizar micro sitio de rendición de cuentas	El sitio se encuentra actualizado con la información de la vigencia 2023 https://www.eserionegro.gov.co/index.php/nuestro-hospital/gestion-institucional/rendicion-de-cuentas/22-rendicion-de-cuentas	100
3. Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas.	3.1 Divulgar de los canales de participación y solicitud de información (Horarios y puntos de atención, tiempos de respuesta, ubicación de publicación de informes, procedimientos, sistema de pqrs)	Se realizó video sobre la oficina de atención al usuario. Queda pendiente mostrar dónde se alejan los informes, tiempos de respuesta y demás.	50
	3.2 Incentivos para motivar la	No se evidencio avance	0

	cultura de la rendición y petición de cuentas		
4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional.	4.1 Hacer seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas en las rendiciones de cuentas.	De acuerdo a las sugerencias dadas en la evaluación de la audiencia pública, se está montando a las redes sociales información sobre los proyectos, se participa de comités y demás reuniones que permitan hacer rendición de cuentas y se recuerdan constantemente los medios para solicitar información.	100
	4.2 Realizar informe de estrategias de rendición de cuentas.	No se evidencio avance	0
	4.3 Elaborar boletines externos para hacer rendición de cuentas sobre actividades y proyectos.	Se realizó el primer boletín interno y externo, el interno se envía por los grupos institucionales y el externo se publica en la página web https://www.eserionegro.gov.co/documentos/Bolet%C3%ADn_enero_abril_2024.pdf	66

COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro tiene implementadas acciones que fortalecen y dan importancia al servicio al ciudadano desde el compromiso de la Gerencia y su grupo directivo, el acompañamiento de las áreas de la institución en la resolución y gestión de quejas y reclamos y el seguimiento de los planes de mejora propuestos. Específicamente se adoptó mediante la Resolución 031 de 2019 la Política de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana y se implementa el plan de participación ciudadana donde se promueven los mecanismos de participación.

GESTION DE PETICIONES, RECLAMOS, SUGERENCIAS y FELICITACIONES.

Manifestaciones de los usuarios entre el 01 de abril al 30 de junio de 2024.

Durante el segundo trimestre se recibieron un total de 389 manifestaciones, de las cuales: el 56% (219) de ellas corresponden a quejas, el 24% (92) a Petición /sugerencia y por último reclamos con un 20 % (78).

Tipo de PQR/Consecutivo				
Sede a al cual corresponde la PQR	Queja	Petición /sugerencia	Reclamo	Total
Jorge Humberto González Noreña	184	69	63	316
Gilberto Mejía Mejía	35	23	15	73
Total	219	92	78	389

Fuente oficina de atención al ciudadano.

<https://www.eserionegro.gov.co/index.php/component/sppagebuilder/74-informes-trimestrales-sobre-acceso-a-informacion-quejas-y-reclamos>.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PORCENTAJE
1.Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Realizar socialización sobre el SIAU a todo el personal por medio de inducción y reinducción.	Se tiene incluido el proceso de SIAU en la inducción general y se elaboran piezas informativas divulgadas en las redes sociales. (registro de asistencia talento humano)	80
	1.2 Realizar caracterización de grupos de valor.	Se realizó encuesta para recolección de la información (Documentación atención al ciudadano)	30
	1.3 Estructurar las actividades del	Se tiene estructurado, a la espera de	100

	Plan de participación Social.	habilitación de la plataforma para rendir en PISIS. Evidencia POA 2024. Fecha de avance 12/04/2024: Actas de MIP, Reportes PISIS	
	1.4 Enviar informes del SIAU a la gerencia y subdirecciones.	Se realiza informe trimestral se publican el página web y se envía a los directivos.	60
2. Fortalecimiento de canales de atención	2.1 Reestructurar el procedimiento de gestión de PQRS (canales de recepción, consolidado, responsables de respuesta).	Se actualiza manual de atención al usuario donde se tiene documentado el proceso de PQR (Biblioteca Institucional).	100
3. Talento humano.	3.1 Ejecutar las capacitaciones frente a humanización de los servicios.	Se realiza mensualmente capacitación para humanización de los servicios mensual (registros de asistencia talento humano)	80
4. Relacionamiento con el ciudadano.	4.1 Consolidar la encuesta de satisfacción.	Se tiene una muestra por servicio y se tabula mensualmente y están en la herramienta de calidad.	80

COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Según el derecho fundamental de Acceso a la información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública, el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, divulga la información, responde de manera adecuada y captura la información pública acorde con su Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública mediante la Resolución 117 de 2018.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PORCENTAJE
1. Lineamientos de transparencia activa.	1.1 Actualizar la información del menú transparencia y acceso a la	Se actualizo la información hasta el primer trimestre evidencia página web, fecha de	100

	información de la pág. web	cumplimiento 14/04/2024.	
	1.2 Revisar las herramientas de accesibilidad de la página web.	Se revisó las herramientas de accesibilidad y presento informe en comité gestión y desempeño. Evidencias actas comité en Centro Atención Documental, fecha de cumplimiento 14/04/2024.	100
	1.3 Revisar los instrumentos de gestión de la información (tablas de retención, esquema de publicación)	No se evidencia avance	0
	1.4 Publicar el plan anual de adquisiciones y sus actualizaciones	Se elaboró y aprobó por resolución. Evidencia secop y Pág. Web/ Menú Transparencia y acceso a la información/Contratación/3,1 Plan anual de adquisiciones/2024, fecha de cumplimiento enero del 2024.	100
2. Monitoreo Del Acceso a La Información Pública.	2.1 Diligenciamiento de la información del índice de Transparencia y Acceso a la información ITA.	Se realizó el reporte del ITA, y se hizo el seguimiento a este por parte de control interno.	100
COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES. No hubo actividades en este componente.			

CONCLUSIÓN

Los avances obtenidos por componente en el segundo cuatrimestre del 2024 fueron:

COMPONENTE	SUB COMPONENTES	Nº ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO
Gestión de riesgo de Corrupción	5	7	81
Racionamiento de tramites	1	8	75
Rendición de cuentas	4	14	64.2
Atención al ciudadano	4	7	75.7
Transparencia y acceso a la información	2	5	80.0
TOTAL	16	41	75.2

Se logra un avance en el segundo cuatrimestre de un 75.2%, en las actividades plasmadas en los cinco componentes del plan anticorrupción y de atención al ciudadano. En comparación con el anterior cuatrimestre del 25%, hubo un incremento en los avances de las acciones o actividades en un 50.18%.

Teniendo en cuenta que el mayor avance se dio en el componente de riesgos de corrupción seguido de transparencia y acceso a la información. Se debe reforzar las acciones en el componente de rendición de cuentas, teniendo en cuenta que este va al 31 de diciembre ósea que es continuo.

2. SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2024

3.

Política de Administración de Riesgos: Esta fue aprobada Mediante Resolución gerencial N° 011 del 11 de enero 2023 se actualiza la política de administración del riesgo en la entidad.

Para la evaluación del Mapa de Riesgos 2024 de la entidad, se tuvo en cuenta la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas - del Departamento Administrativo de la Función Pública, versión No. 5 del 5 de diciembre de 2020, pone a disposición la metodología para la administración del riesgo para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo en las entidades públicas,

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	
INTRODUCCIÓN	4
DEFINICIONES	4
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
ALCANCE	11
POLÍTICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	11
ESTRATEGIAS	12
Identificación de Riesgos	13
Riesgo fiscal y las circunstancias Inmediatas	13
Factores de Riesgos	16
Definición de riesgo de corrupción	18
Valoración del Riesgo	18
Valoración de riesgos de corrupción	19
Valoración de los controles	21
Valoración de los controles de corrupción	22
ROLES Y RESPONSABILIDADES	24
INDICADORES Y MODALIDAD DE MONITOREO	24
BIBLIOGRAFÍA	25

En la revisión que se le realiza al mapa de riesgos de corrupción 2024, se evidencia ocho riesgos, identificados por los diferentes líderes de los procesos y ocho controles asociados a estos. Para el segundo cuatrimestre del 2024 la Oficina de Control Interno, realiza verificación de estas actividades de control a lo cual, evidencia:

Nro.	Riesgo	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Actividad de Control	Soporte	Tiempo	Plan de mejora
------	--------	----------------------------	---------------	-------------------------	---------	--------	----------------

1	Posibilidad de recibir pago por facilitar un trámite o prestación de un servicio	Alta demanda Disminución de oferta Dificultad para el acceso a los servicios	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Restricción de permisos por usuarios del aplicativo de HC electrónica Auditoria de trámites realizados por los usuarios	Informe de asignación de citas Cuadros de turno con asignaciones (jefe de citas, estadística)	Semestral	No se han presentado posibles eventos de cobro por tramites
2	Posibilidad de alteración de los documentos de las hojas de vida para acceder a un cargo	Intereses personales y falta de ética Desorden en el archivo de los documentos No verificación de veracidad de documentos	Investigaciones penales y sanciones disciplinarias Falta de credibilidad de la institución Procesos judiciales Pérdida de la información	Organización y custodia de las hojas de vida en el archivo exclusivo de talento humano Verificación de antecedentes disciplinarios y penales Verificación de veracidad del documentos como estudios y experiencia laboral acreditada	Archivo de custodia de hojas de vida Formato de verificación de requisitos (oficina de talento humano).	Semestral	Se ha logrado un 100% en la verificación de los requisitos de hojas de vida del personal de planta que ha ingresado nuevo a la institución. Se ha realizado la verificación de las hojas de vida durante todo el año, con el proceso de revisión y foliación, para final de año se espera tener la totalidad de hoja revisadas. No obstante no se ha materializado este riesgo
3	Posibilidad de recibir o solicitar dádiva o beneficio por direccionamiento de vinculación en favor propio o de un tercero.	Intereses personales y falta de ética	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Documentar proceso de vinculación frente a cada una de las etapas.	Proceso documentado con soportes (oficina de talento humano) y proceso de contratación.	Anual	No aplica plan de mejora. No se ha materializado el riesgo

4	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva para la adquisición de bienes y servicios del proceso de tecnologías con el fin de beneficiarse a nombre propio o de terceros	Intereses personales y falta de ética	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Evaluación de proveedores Aplicación de requisitos para seleccionar proveedores Solicitud de cotizaciones para selección de proveedor Seguimiento al proceso de contratación	Proceso contractual	Anual	No aplica dato por periodicidad. No se ha materializado el riesgo
5	Posibilidad de modificación y/o alteración de la información financiera	Intereses de manipular los indicadores de la entidad Manipulación de la información tanto física o en el sistema	Investigaciones y sanciones disciplinarias	Modificaciones sujetas a aprobación de gerencia y revisoría fiscal	Carpeta de modificaciones aprobadas (oficina de contabilidad)	Semestral	Se ha requerido modificaciones a los estados o información financiera del 2024.
6	Posibilidad de robo de efectivo o cibernéticos	Falta de ética del personal Falta de compromiso con la institución Falta de puntos de control	Pérdida de recursos económicos	Control de recaudo de cajas mediante generación de informe y auditorías de tesorería	Informes de auditorías internas por parte de los líderes del proceso, para este caso el tesorero.	Trimestral	En la revisión del proceso se identificaron 4 oportunidades de mejora: 1, Necesidad de medición de arqueos de caja: Tasa de Discrepancias=(# Arqueos de caja realizados en el periodo con discrepancia/Total de arqueos realizados)*100. Se implementa y mide satisfactoriamente. 2, Posible negociación de comisiones con Bancolombia para reducir costos asociados a pagos a proveedores y aquerencias. Se encuentra en curso 3, Necesidad de método de verificación de transacciones basado en códigos QR. Este nuevo sistema permitirá a las facturadoras verificar de manera instantánea. En implementación 4, Elaboración de instructivo para la anulación de recibos de caja. Aprobado e implementado

7	Posibilidad de no facturación de servicio o no cobro de copagos	Falta de ética del personal No compromiso con la institución Falta de puntos de control	Pérdida de recursos económicos	Auditorías de proceso de facturación	Procesos estandarizados de facturación	Semestral	En la revisión del proceso se identificaron 1 oportunidades de mejora: Implementar indicador para la medición pagares completos: Porcentaje de Pagares con Soportes Completos= (# de pagarés con soportes completos/total de pagarés emitidos)*100. Este fue medido satisfactoriamente en el periodo con un resultado del 46.6% de eficiencia
8	Posibilidad de favorecer la adquisición de proveedores específicos	Sesgo de intereses en los conceptos para direccionar compras	Investigaciones y sanciones disciplinarias Pérdida económica Adquisición de insumos no adecuados	Evaluación de proveedores Aplicación de requisitos para seleccionar proveedores Solicitud de cotizaciones para selección de proveedor a través de la plataforma OKA SYSTEM Seguimiento a las personas encargadas de la adquisición de insumos.	Lista de chequeo de selección de proveedores Cotizaciones Informes de auditorías	Trimestral	El responsable del SICOE realizó solicitud de documentos y evidencias para la revisión del proceso frente a la transparencia del mismo.

Se revisaron los controles implementados para valorar el riesgo inherente, obteniendo lo siguiente:

Nº	ZONA DE RIESGO	% DE CUMPLIMIENTO
3	Baja	38
2	Moderada	25
3	Alta	37

Se realizó informe de seguimiento al subsistema SICOE partiendo de la normativa vigente y el informe presentado por el oficial de cumplimiento, en el cual indica que no hubo materialización de riesgos, implementa nuevos indicadores para el control de riesgos.

RECOMENDACIONES

De acuerdo al porcentaje en los avances de las actividades desarrolladas del plan anticorrupción se le debe poner mayor atención al componente Rendición de cuentas el cual dio un avance del 64.2 % seguido del componente racionamiento de tramites con un porcentaje del 11.4 %.

Se requiere mayor atención por parte de los líderes en realizar el seguimiento a las acciones del mapa de riesgos con el fin de que planeación pueda consolidar la información, dentro de los términos establecidos, evidenciar con más claridad las acciones implementadas.

Replantear dentro del mapa de riesgos de corrupción los periodos o fechas para dar cumplimiento a las acciones planteadas, ya que por norma la entidad debe hacer seguimiento cada 3 meses y la oficina de control interno cada cuatro meses, lo que no da pie a tener insumos suficientes para un buen resultado.



RUBY ESNEDA MARIN LOPEZ
Jefe de Control Interno