

PERIODO EVALUADO	TERCER CUATRIMESTRE 2024	FECHA SEGUIMIENTO	ENERO DE 2025
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 tercer cuatrimestre (01 de octubre al 31 de diciembre del 2024). METODOLOGÍA: Para efectuar el informe se solicitó el seguimiento al área de Planeación como segunda Línea de Defensa: la cual fueron subidos los avances, en una carpeta compartida (inmerso en el POA 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 <i>El Mapa de Riesgos de la Corrupción, es una herramienta metodológica que permite identificar de manera clara y sistemática</i>			

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 operativo. Evidencia actas de comité de gestión en el Centro Administrativo Documental y Redes sociales institucionales, Fecha de cumplimiento 12/04/2024 .	100

4. Monitoreo y revisión.	4.1 Seguimiento periódico a los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles.	El oficial de cumplimiento no realizo entrega de seguimiento del último cuatrimestre. No se evidencio seguimiento. 8/01/2025.	67
5. Seguimiento	5.1 Realizar verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano.	No se evidencio avance 8/01/2025 : El oficial de cumplimiento no realizo entrega de seguimiento del último cuatrimestre.	67
COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES. <i>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, está información será descargada al final de cada año y anexada como evidencia del desarrollo de este componente.</i> 1. Entrega de historias clínicas 2. Asignación de citas para la prestación de servicios de salud (se hizo racionalización) 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	PORCENT AJE

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 PQRS. 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, (intranet, biblioteca institucional) 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	Se realiza racionalización al aumentar consultorios (físicamente), líneas telefónicas para solicitud de citas y la implementación del aplicativo COCO (contrato en el secop secop) 16/12/2024	100
	1.8 Socializar racionalización de trámites a nivel interno y externo.	Se realizó un banner en la página web donde se socializa la racionalización de trámites realizada. 07/01/2025	100

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, diálogo, 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 generó informe de la estrategia donde se realizó evaluación de la misma. (Ver micro sitio de rendición de cuentas en pág. web) 07/01/2025	100
	1.3 Publicar de información de audiencia pública	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. Diálogo de doble vía con la ciudadanía	2.1 Realizar audiencia pública de rendición de cuentas	17/06/2024 Se realizó audiencia pública presencial y virtual. (Ver pág. web/Menú transparencia y acceso a la	100

y sus organizaciones.		información, informe de control interno y comunicaciones) 17/06/2024	
	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	El trámite de la firma electrónica se demoró, por lo cual no fue posible realizar reporte oportuno. Se realizó el reporte en la plataforma de la super salud, el reporte lo envía la oficina de calidad. (Extemporáneo) 12/04/2024 .	100
	2.5 Realizar actividad de “Mi gerente escucha”	Se realizó el 2 de diciembre donde se socializo el informe de riesgo sicosocial y el 20 de diciembre con un conversatorio del cierre del año. (asistencias en comunicaciones) 13/12/2024	100
	2.6 Actualizar micro sitio de rendición de cuentas	https://www.eserionegro.gov.co/index.php/nuestro-hospital/gestion-institucional/rendicion-de-cuentas/22-rendicion-de-cuentas 13/08/2024 . https://eserionegro.gov.co/documentos/ESTRATEGIA_DE_RENDICI%C3%93N_DE_CUENTAS_2024_enero.pdf .	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 reprograma para cumplir en mayo 12/04/2024 Se realizan diferentes publicaciones en redes para la socialización. (Ver actas MIPG) 17/06/2024	100
	3.2 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	20/08/2024: Se realizó seguimiento semestral y público en página web. (Ver Menú Transparencia y acceso a la información/Planeación). 8/01/2025: Se genera el ultimo seguimiento y se publica en la página web (extemporáneo)	100

FORMATO INFORME SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN
VERSIÓN 02

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.	Se generó informe de las acciones implementadas. Ver Herramientas de Calidad/Informes/Racionalización 18/12/2024	100
	4.3 Elaborar boletines externos para hacer rendición de cuentas sobre actividades y proyectos.	20/08/2024: Se publicó el primer boletín en abril y se tiene programado el segundo para agosto. Se elaboraron dos boletines más, el últimos se publicó en diciembre se publica en la página web https://www.eserionegro.gov.co/documentos/Bolet%C3%A9n_enero_abril_2024.pdf . 27/12/2024	100

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.

Durante el segundo semestre 2024, se recibieron un total de Manifestaciones así:

SEDE	QUEJA	PETICIÓN / SUGERENCIA	RECLAMO
Jorge Humberto González Noreña	311	128	112
Gilberto Mejía Mejía	56	27	21
TOTAL	367	155	133

Tabla1. Consolidación de manifestaciones segundo semestre 2024.

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	PORCENT AJE
1.Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Realizar socialización sobre el SIAU a todo el personal por medio de inducción y reinducción.	En el área de talento humano se tiene la presentación de atención al usuario la cual fue incluida en la inducción y se tiene un registro de 137 personas. 18/11/2024	100
	1.2 Realizar caracterización de grupos de valor.	Se realizó encuesta para recolección de la información (Documentación atención al ciudadano) Se reprograma para cumplimiento en mayo. 12/04/2024 . Se realizó actualización y publicación tanto en biblioteca como en página Web/Menú participa. 15/05/2024 .	100
	1.3 Estructurar las actividades del Plan de participación Social.	Se tiene estructurado, a la espera de habilitación de la plataforma para rendir en PISIS. Evidencia POA 2024. Fecha de avance Actas de MIP, Reportes PISIS 12/04/2024	100
	1.4 Enviar informes del SIAU	Se realiza informes trimestrales, se publica en la página	100

	a la gerencia y subdirecciones.	web y se envía a los directivos. Ver Menú transparencia y acceso a la información/ Planeación/ Informes trimestrales. 20/08/2024. Se genera y publica tercer informe en mismo menú de pág. web. 18/11/2024. No se recibió o evidencio cuarto informe publicado en la página. 10/01/2025.	
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). 20/12/2024: Se confirmó que se genera un informe trimestral detallado que incluye el número de tutelas, el código de dependencia y otros datos relevantes. Este informe se utiliza como herramienta de análisis y seguimiento. Ver actas de MIPG y Manual de Atención al usuario	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 13/12/2024: Se dictaron: Curso Humanizar la Salud es Tarea de Todos, Capacitación de Buen Trato, Capacitación con Enfoque Diferencial, Ver asistencias en TH.	100
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. 20/08/2024: Se generaron los dos primeros informes, se publicaron. Ver Menú transparencia y acceso a la información/ Planeación/ Informes trimestrales 18/11/2024, Se genera y publica tercer informe en mismo menú de pág. Web, 10/01/2025: No se recibió o evidencio cuarto informe publicado en la página. 10/01/2025.	100

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	PORCENT AJE
1. Lineamientos de transparencia activa.	1.1 Actualizar la información del menú transparencia y acceso a la información de la pág. web	Se actualizo la información hasta el primer trimestre evidencia página web, fecha de cumplimiento 14/04/2024.	100
	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)	20/08/2024 Se revisaron y se actualizo el esquema de publicación en la página web y se creó plan de trabajo para actualizar el resto de instrumentos. Se está actualizando las tablas de retención, 20/08/2024	80
	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 diligencio el ITA obteniendo 99%. Ver Herramientas de calidad/Informes/ITA (autodiagnóstico) Se realizó el reporte del ITA, y se hizo el seguimiento a este por parte de control interno. 20/08/2024	100

COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.

No hubo actividades en este componente.

CONCLUSIÓN

Los avances obtenidos en el plan anticorrupción para el 2024, por componente fueron:

COMPONENTE	SUB COMPONENTES	N° ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO
Gestión de riesgo de Corrupción	5	7	90.5
Racionamiento de tramites	1	8	100
Rendición de cuentas	4	14	100
Atención al ciudadano	4	7	100
Transparencia y acceso a la información	2	5	96
TOTAL	16	41	97.3

Se logra un resultado final de un 97.3 %, en las actividades plasmadas en los cinco componentes del plan anticorrupción y de atención al ciudadano. En comparación con el anterior cuatrimestre hubo un incremento de un 22.1%, en los avances de las acciones o actividades.

Teniendo en cuenta que se dio cumplimiento a todos los componentes pero que hubo debilidad en el cumplimiento de los componentes de riesgos de corrupción y de transparencia y acceso a la información. Se debe llevar estas acciones para el plan 2025 y reforzar el cumplimiento.

2. SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2024

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.

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 agerencias. 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 SICOF realizo solicitud de documentaos 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 debe revisar el primer componente GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN el cual tuvo la más baja calificación ya que no se le hace un constante seguimiento a los riesgos de corrupción, seguida del quinto componente TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN por el tema de actualización de uno de los instrumentos archivísticos a lo cual está dentro de un plan de trabajo para el 2025.

Se requiere mayor atención por parte de los líderes en realizar el seguimiento a las acciones con el fin de que planeación pueda consolidar la información, oportunamente y dentro de los términos establecidos. 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 Marín López
Jefe de Control Interno

