



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO ESE

INFORME DE AVANCE DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y
ATENCIÓN AL CIUDADANO 2021 – SEGUNDO CUATRIMESTRE

OFICINA DE CONTROL INTERNO
MARTHA POLO MOTTA - DIEGO INFANTE

SEPTIEMBRE 14 de 2021



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

Santiago de Cali, septiembre 14 de 2021

Doctor

JUAN CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ

Gerente

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO ESE

En cumplimiento a la LEY 87/1993, a la Ley 1474/2011, Decreto reglamentario 124 del 26 de enero de 2016, Artículo 2.1.4.6 Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo, corresponde a la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina.

Adjunto envió informe de seguimiento a Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente al II cuatrimestre 2021, el cual debe ser publicado en la página web de la institución por cumplimiento normativo y conocimiento de la ciudadanía.

Atentamente

MARTHA POLO MOTTA

OFICINA DE CONTROL INTERNO



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2021

SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno presenta el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, segundo cuatrimestre vigencia 2021, ha realizado verificación de cumplimiento al consolidado allegado por la Oficina de Planeación a través del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

ALCANCE:

El presente informe aplica para todos los servidores y contratistas en la E.S.E Hospital Departamental Mario Correa Rengifo en la ejecución de sus procesos, el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable., en lo que respecta al segundo cuatrimestre del año 2021.

OBJETIVO DEL INFORME:

Fortalecer las acciones encaminadas a la disposición y consulta de la información en el marco de la transparencia y legalidad, facilidad en el acceso a los trámites optimización de los mismos, efectuar una rendición de cuentas efectiva y fortalecer la atención que se les brinda a los usuarios, en procura de contar con un Hospital que vela por la lucha contra la corrupción de manera efectiva contribuyendo así a mejorar la satisfacción de los usuarios y los grupos de interés.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

NORMATIVIDAD

- Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Decreto Nacional 124 de 2016 donde se dictan los parámetros para la elaboración y construcción del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, los estándares para las entidades públicas, la verificación del cumplimiento; los mecanismos para monitorear y hacer seguimiento.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – 2018- DAFP
- Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano- Versión 2 de 2015- DAFP

COMPONENTES





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Con base en el seguimiento se verifica el avance de la efectividad de los controles definidos en el mapa de riesgo de corrupción establecidos por la entidad.

PRIMER COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION

Se evidencia que según los lineamientos emitidos por función pública se dio cumplimiento en las actividades identificadas en el plan de acreditación y MIPG al ser actualizada la matriz de riesgos.

Se determinan los riesgos de corrupción administrativos y asistenciales, se identifica la materialización de riesgos, se hace seguimiento se realiza el informe y república en la página web de la entidad.

Nº	Subcomponente	Nº	Actividad	Meta y/o Producto	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Seguimiento
1	Política de Administración del Riesgo de Corrupción	1.1	Realizar seguimiento a la implementación de la política, a través de la Matriz de riesgos de la entidad	Política de Gestión de riesgos Materialización de riesgos	24	C			De acuerdo a los lineamientos emitidos por función pública, la matriz de riesgos de la institución fue actualizada, en los tiempos establecidos, dando así cumplimiento a actividades identificadas en el plan de acreditación y MIPG
2	Construcción de Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1	Identificar riesgos de corrupción de los procesos administrativos (nueva Matriz)	Matriz de riesgos	10	C			Se cuenta con la Matriz de riesgos actualizada, la cual ya cuenta con informes de seguimientos, los cuales han sido realizados por la oficina de control interno
		2.2	Identificar riesgos de corrupción de los procesos asistenciales (nueva Matriz)	Matriz de riesgos	10	C			Se cuenta con la Matriz de riesgos actualizada, la cual ya cuenta con informes de seguimientos, los cuales han sido realizados por la oficina de control interno
3	Consulta y Divulgación	3.1	Publicar en la página web cuatrimestralmente el seguimiento a la matriz de riesgos (corrupción y procesos)	Matriz de riesgos publicada	24	C			Teniendo en cuenta el cronograma de reportes a antes de control se da cumplimiento a la elaboración y publicación del informe en el mes de enero, dicho informe es elaborado por el área de control interno y se cuenta con la respectiva evidencia
4	Monitoreo y Revisión	4.1	Identificar materialización de riesgos a través de NC, eventos adversos, rondas y demás actividades derivadas	Indicadores de medición	24	C			Se evidencia a través del informe de seguimiento a riesgos
5	Seguimiento	5.1	Realizar informe cuatrimestral al programa de riesgos	Informe de control interno Link página web	24	C			En la página web de la institución se encuentra el informe realizado por el área de control interno, del último cuatrimestre del año 2021, para el día 24 de mayo se tiene programado publicar el informe de seguimiento a riesgos del primer cuatrimestre del año 2021

SEGUNDO COMPONENTE RACIONALIZACION DE TRÁMITES

Se realizó comité de Gestión y Desempeño donde se asignó el nuevo líder de Racionalización de Trámites, se evidencia que en SUIT ya hay trámites identificados, debido al empalme que se está haciendo con el líder anterior se debe revisar y definir las modificaciones que sean necesarias.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Nº	Subcomponente	Nº	Actividad	Meta y/o Producto	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Seguimiento
1	Identificación	1.1	Revisar y actualizar la política de Racionalización de Trámites	Resolución de Política de racionalización de trámites		4 NC			Se realiza comité de gestión y desempeño, en el cual se asignó un nuevo líder de Racionalización de trámites, hasta el momento se encuentra en proceso de empalme con el anterior líder, no obstante se hace necesario mencionar que en el SUIIT, ya existen unos trámites identificados, pero se encuentran en proceso de revisión, para definir si se deben modificar o no, se reajustaran fechas de seguimiento e implementación
		1.2	Socializar la política de Racionalización de Trámites	Listado de asistencia		10 NC			
		1.3	Realizar inventario de los trámites por área, identificando aquellos que son transversales (en los que participan otras entidades)	Documento de informe		21 NC			
2	Inscripción	2.1	Inscripción de trámites y servicios en el sistema único de información de trámites (SUIT).	Plataforma SUIT			30 NC		
3	Priorización	3.1	Realizar un cronograma de actividades por área que evalúe cada trámite o servicio y sus respectivos factores internos o externos para ser implementado.	Cronograma de actividades					
4	Racionalización	4.1	Elaborar plan de acción de racionalización de trámites (anual).	Plan de acción			30 NC		
		4.2	Seguimiento al plan de acción de racionalización de trámites (semestral)	Plan de Acción			1 NC		

TERCER COMPONENTE RENDICION DE CUENTAS

Dado el cumplimiento a las orientaciones para la elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, las acciones de la estrategia de Rendición de Cuentas estarán establecidas en este Plan, y su seguimiento se realizará a través de los mismos mecanismos definidos para él.

Es muy importante expresar que el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E tiene como principio permanente: informar, dialogar y responsabilizarse sobre los avances de su gestión, proyectos y retos



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

N°	Subcomponente	N°	Actividad	Meta y/o Producto	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Seguimiento
1	Aprestamiento	1.1	Conformar equipo lider para el proceso de rendición de cuentas	Acta de creación de equipo lider					Teniendo en cuenta los lineamientos de función publica para desarrollar la audiencia de rendición de cuentas, se realiza la creación del equipo de rendición de cuentas y se cuenta con la evidencia en la oficina asesora de planeación
		1.2	Realizar autodiagnóstico de rendición de cuentas	Documento de Autodiagnostico					A través de la encuesta realizada en la rendición de cuentas de la vigencia anterior no se identifican aspectos a mejorar durante la audiencia de rendición de cuentas Resultado de encuestas Informe de rendición de cuentas 2020
		1.3	Capacitación del equipo lider de Rendición de Cuentas	Listado de asistencia					Listado de asistencia de la capacitación realizada al equipo de rendición de cuentas
2	Diseño	2.1	Establecer el plan de acción para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	Plan de acción					Se procede a realizar la programación de jornada de rendición de cuentas y se identifican los diferentes medios por los cuales se transmitirá esta actividad
		2.2	Elaboración del componente de comunicación						Si identifican los diferentes medios de comunicación por los cuales se hará la respectiva convocatoria e invitación a ser partícipes de la audiencia de rendición de cuentas
		2.3	Elaborar convocatoria de rendición de cuentas y publicarla en los canales de comunicación de la entidad	Convocatoria, imágenes, link...					Mediante grupos de whatsapp, correo electronico, pagina web y redes sociales de la institución se realiza convocatoria en los tiempos establecidos por función publica Banner en pagina principal
3	Preparación	3.1	Consolidación del Informe de Gestión Institucional (por proceso)	Presentación PPTX					Se cuenta con la convocatoria, herramientas de asistencia y evaluación y presentación de rendición de cuentas, publicadas en los diferentes medios de comunicación
		3.2	Elaborar presentación de rendición de cuentas, de acuerdo a los informes suministrados por proceso	Presentación PPTX					Se cuenta con la convocatoria, herramientas de asistencia y evaluación y presentación de rendición de cuentas, publicadas en los diferentes medios de comunicación
		3.3	Publicar en la página web 1. Presentación de rendición de cuentas 2. Informe de Rendición de Cuentas	Link pagina web http://hospitalmariocorrea.gov.co/index.php/hospital-mariocorrea/informacion/programa-antiguo					Se cuenta con la convocatoria, herramientas de asistencia y evaluación y presentación de rendición de cuentas, publicadas en los diferentes medios de comunicación
		3.4	Revisar y actualizar formatos relacionados a la rendición de cuentas (encuestas, preguntas previas, reglamento...)	Formato de encuesta Link de encuesta					Se realiza actualización de formato de asistencia y de encuesta de rendición de cuentas, los cuales serán compartidos en la audiencia de rendición de cuentas del día 13 de mayo del 2021
4	Ejecución	4.1	Realizar Audiencia de Rendición de cuentas vigencia 2021 (Presencial y/o virtual)	Presentación PPTX Listado de asistencia	13	C			Teniendo en cuenta la fecha establecida por la función publica y fecha escogida por la institución se realiza la audiencia de rendición de cuentas, la cual fue publicada a través de la pagina de facebook del hospital y anexo a ello se cuenta con evidencia de la misma
5	Seguimiento y Evaluación	5.1	Aplicar encuesta de satisfacción y/o sugerencias de la rendición de cuentas vigencia 2021	Informe de resultados de encuesta	13	C			Dicha encuesta fue realizada finalizando la audiencia de rendición de cuentas, esta fue revisada y se evidenció que no existe plan de mejora para la proxima audiencia
		5.2	Elaborar plan de acción teniendo en cuenta la encuesta realizada (Si aplica)	Plan de acción		1	C		El área de planeación suministró la información al área de control interno, quien es el responsable de generar el informe de audiencia de rendición de cuentas, dicho informe se encuentra publicado en la pagina web de la entidad, en la sección de nuestra empresa
		5.3	Elaborar informe de rendición de cuentas y publicar en Pagina web de la Entidad	Informe en pagina web	20	C			No aplicó, se cuenta con evidencia de respuesta de la audiencia de rendición de cuentas
		5.4	Reportar archivo GT003-Rendición de cuentas	Soporte de presentación de informe					Se realiza seguimiento a través del cronograma de reportes a entes externo, dicho reporte se realiza de manera anticipada, dando cumplimiento al cronograma establecido se cuenta con la evidencia de cargue de la pagina de la super-salud



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

CUARTO COMPONENTE MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO

Se evidencia que en la estructura administrativa y direccionamiento estratégico se debe formalizar los organigramas por cada uno de los procesos asistenciales y administrativos, actualizar el POA alineado al plan de Desarrollo de la vigencia, también se evidencia que el tablero de mando de los indicadores se revisa y analiza mensualmente, es un punto a favor para la toma de decisiones por la alta dirección.

Se está realizando la actualización de la estructura de la página web de acuerdo a los criterios establecidos en el ITA, también se elaboró el informe de seguimiento a los PQRS y se realizaron recomendaciones por parte de la Oficina de Control Interno.

Se evidencia que el normograma quedó en un 99% de actualización quedando pendiente el área financiera.

Los participantes de la asociación de usuarios no se han podido realizar, de acuerdo a los lineamientos normativos de los entes de control, sin embargo se está buscando la facilidad de realizar estos encuentros por la plataforma digital.

Sobre la audiencia de la rendición de cuentas realizada en el primer semestre se cuenta con el informe del área de Control Interno y el correspondiente a los soportes de todo el paso a paso realizado para dar cumplimiento, igualmente la evidencia del cargue a la página de la Súper Salud.

También el cumplimiento de la política de participación social (Resolución 2063) se realizó el reporte y plan de acción.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

N°	Subcomponente	N°	Actividad	Meta y/o Producto	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Seguimiento
1	Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Actualizar el mapa de procesos de acuerdo a la dinamica de trabajo institucional	Resolución de Mapa de procesos					
		1.2	Formalizar los organigramas por cada uno de los procesos asistenciales y administrativos de la institución	Organigrama (por proceso)					
		1.3	Actualizar el POA, alineandolo al plan de Desarrollo de la vigencia	Plan Operativo Anual					
		1.4	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de indicadores, relacionados con eje, objetivo y programa	Tablero de Indicadores					Desde el área de calidad y planeación se cuenta con un tablero de mando de indicadores, el cual es revisado y analizado mensualmente, esto en aras de evidenciar cualquier desviación que impida el cumplimiento a las metas institucionales, a la fecha y teniendo en cuenta la situación por la cual está pasando el país, han sido punto clave para la toma de decisiones por la alta dirección, para de esta forma ajustar las metas y/o identificar las barreras
2	Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Actualizar la estructura de la pagina web del hospital de acuerdo a los criterios establecidos en el ITA	Página Web					
3	Talento Humano	3.1	Realizar seguimiento al cumplimiento e implementación del Plan de bienestar e incentivos	Cronograma de Bienestar e incentivos	31	C			Se realiza seguimiento al cronograma de actividades del plan de bienestar e incentivos, evidenciando el cumplimiento, anexo a ello, se diligencia la plantilla de indicadores, desde el área de talento Humano
		3.2	Fortalecer la calidad de la respuesta de PQRS al usuario, apoyandose del área Jurídica	Plan de acción de PQRS			30	C	El procedimiento de PQRS, anexo a ello se realiza seguimiento a través del indicador establecido, evidenciando así que se cumple con los tiempos estimados, no obstante se evidencian falencias en la respuesta de las PQRS, dichas falencias también han sido evidenciadas desde el área de control interno, quien genera informe de PQRS, anexo a ello es necesario mencionar que se realizaron algunas recomendaciones por parte del área de control interno

4	Normativo y procedimental	4.1	Fortalecer la gestión, actualización, seguimiento y cumplimiento al normograma institucional	Normograma	30	C	10	C			Desde el área de gestión jurídica y apoyándonos en el plan de acreditación y MIPG, se realiza la solicitud formal a través del correo electrónico a cada uno de los líderes de los procesos, la fecha límite de entrega es durante los primeros 10 días del mes de Junio, dicho Correo fue enviado el día 13 de abril del presente año, con la explicación de lo que se debe hacer 25/8/2021: Se solicita al área Jurídica la evidencia de la completitud y diligenciamiento de los normogramas institucionales, quedando así en un 99% de actualización, quedando pendiente el área financiera, se cuenta con la evidencia (NORMOGRAMA)
5	Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Realizar seguimiento al cumplimiento de actividades de las reuniones de la asociación de usuarios	Cronograma	20	C	20	C	20	C	Teniendo en cuenta que las personas participantes de la asociación de usuarios son mayores de 60 años y de acuerdo a los lineamientos normativos emitidos por los entes de control, de no generar aglomeraciones y de cuidar a nuestros adultos mayores, estas reuniones no se han podido llevar a cabo, no obstante se está identificando la facilidad de cada uno de los integrantes para realizar dichos encuentros por medio de las diferentes plataformas digitales
		5.2	Fortalecer la participación de los ciudadanos en la audiencia de rendición de cuentas	Encuesta de rendición de cuentas/informe	13	C					La institución, a través de la estrategia de comunicaciones, realizó convocatoria a través de los diferentes medios de comunicación (PÁGINA WEB, FACEBOOK, INSTAGRAM Y CORREOS ELECTRÓNICOS), también se cuenta con el informe realizado por el área de control interno
		5.3	Realizar seguimiento al cumplimiento de la política de participación social (resolución 2063)	Soporte de cumplimiento							Se realiza el reporte y envío del plan de acción de P

QUINTO COMPONENTE MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION.

La “estrategia para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública”, está orientada a aumentar la transparencia, disminuir las ventanas de oportunidad para la corrupción y facilitar su detección.

Teniendo en cuenta la última calificación realizada del índice de transparencia y acceso a la información pública (ITA), se ha identificado la necesidad de adecuar la página web de la institución, a la fecha se ha adelantado un primer encuentro con las áreas correspondientes y se han dejado tareas con finalidad de mejorar la interfaz y accesibilidad a la página web de la institución, no obstante es necesario mencionar que se está dando cumplimiento a la ley de transparencia



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

Un avance favorable es que se está creando y adecuando un nuevo botón de transparencia y nos encontramos en proceso de recopilar cada uno de los documentos que solicita cada ítem.

Nº	Subcomponente	Nº	Actividad	Meta y/o Producto	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Seguimiento
1	Lineamientos de Transparencia Activa	1.2	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de Información de información de interes	Calificación ITA (Mejorada)					Teniendo en cuenta la ultima calificación realizada del indice de transparencia y acceso a la información publica (ITA), se ha identificado la necesidad de adecuar y/o reacomodar la pagina web de la institución, a la fecha se ha adelantado un primer encuentro con las areas correspondientes y se han dejado tareas con finalidad de mejorar la interfaz y accesibilidad a la pagina web de la institución, no obstante es necesario mencionar que se esta dando cumplimiento a la ley de transparencia
		1.3	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de Estructura organica	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.4	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de normatividad	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.5	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de Presupuesto	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.6	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de planeación	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.7	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de control	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.8	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de contratación	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.9		Calificación ITA (Mejorada)					
		1.10	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de Trámites y servicios	Calificación ITA (Mejorada)					
		1.11	Fortalecer y mejorar la interfaz de la pagina web en categoría de instrumentos de gestión de información	Calificación ITA (Mejorada)					
2	Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	Identificar los aspectos de transparencia pasiva a incluir en la pagina web, teniendo en cuenta la ultima calificación de ITA	Pagina Web					Un avance favorable es que se esta creando y adecuando un nuevo botón de transparencia y nos encontramos en proceso de recopilar cada uno de los documentos que solicita cada ítem
3	Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Actualizar consolidar y publicar la matriz de activos de información de la Entidad	Matriz de activos de información					
		3.2	Fortalecer la implementación del programa de gestión documental, por medio de capacitaciones a todos los procesos asistenciales y administrativos de la institución	Programa de gestión documental					
4	Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Adecuar la página web institucional, con finalidad de mejorar la accesibilidad a la población (forma, tamaño o modo) en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta a los grupos étnicos y culturales del país y personas en situación de discapacidad.	Pagina Web					
		4.2	Identificar y señalar los espacios físicos que permitan la accesibilidad de la población en situación de discapacidad a las instalaciones del hospital.	Pagina Web					
5	Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1	Realizar seguimiento a la actualización de la pagina web, de acuerdo a los ítems dictados por la ley de Transparencia y acceso a la información publica (ITA)	Pagina Web					



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

SEXTO COMPONENTE INICIATIVAS INSTITUCIONALES

Compromiso moral de cada uno de los colaboradores de la E.S.E. Hospital Departamental Mario Correa Rengifo para incorporarlo en nuestras actuaciones diarias como reflejo del sentido de pertenencia con la Institución.

Nº	Subcomponente	Nº	Actividad	Meta y/o Producto	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Seguimiento
1	Resolución Código de Integridad	1.1	Socializar Resolución código de Integridad	Resolución código de Integridad					Se cuenta con la resolución de código de integridad, la cual será revisada nuevamente, teniendo en cuenta los cambios normativos que se han presentado derivados de la pandemia, dicha socialización y encuesta se realizará con ayuda de personal externo
		1.2	Realizar campañas de socialización y apropiación de principios y valores institucionales	Folleto (digital y/o físico)					
		1.3	Realizar encuesta de evaluación de las campañas	Encuesta e Informe					

RESULTADO PLAN ANTICORRUPCION SEGUNDO CUATRIMESTRE 2021

ACTIVIDADES PLANEADAS	13	7	4	1
ACTIVIDADES CERRADAS	13	4	1	1
% CUMPLIMIENTO MENSUAL	100%	57%	25%	100%
% CUMPLIMIENTO CUATRIMESTRAL	71%			
% AVANCE GLOBAL	54%			

OBSERVACIONES GENERALES

- Es necesario plantear las acciones de Racionalización de Trámites ante la SUIT, ya que a la fecha solamente tenemos el código.
- Aplicar por parte de los responsables de cada proceso, la cultura del autocontrol, en cumplimiento de las actividades propuestas.
- Continuar con la observancia y cumplimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano "UNA POLÍTICA DE CERO CORRUPCIÓN".



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

- Desarrollar las actividades que no tienen avance y que aún no han iniciado y ejecutar estrategias que permitan el cumplimiento de estas.
- Tener en cuenta que el seguimiento de los mapas de riesgos de corrupción se realiza de manera cuatrimestral, para que organicen la información y la remitan dentro de los términos establecidos y así evitar incumplimientos por parte de los líderes de los procesos.

Martha Polo Motta
Proyecto

Ingeniero Diego Infante

Oficina de Control Interno

Original firmado