



INFORME DE SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA VALLE CON CORTE 30 DE ABRIL DE 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO MAYO 2024

1. INTRODUCCIÓN Atendiendo uno de los propósitos del sistema de Control Interno, el cual está orientado a lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de la entidad, la Oficina de Control Interno dando cumplimiento a la Ley 87 de 1993, al artículo 31 de la Ley 2195 del 18 de enero de 2022, que modificó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, y en adelante obliga la adopción de los Programas de Transparencia y Ética en el Sector Público, y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5; se presenta Informe de seguimiento a la matriz de riesgos de Corrupción y al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano durante el periodo comprendido entre 1 de enero al 30 de abril del año 2024.

La evaluación, el análisis y monitoreo a las actividades relacionadas a la matriz de riesgo de corrupción definidos por el Hospital, teniendo un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión del riesgo y control de la entidad. Este informe se realiza de acuerdo con la información suministrada por cada uno de los líderes de procesos y responsables de las actividades programadas por el Hospital San Roque de Pradera.

La Oficina de Control Interno, consolidó y realizó el seguimiento de las actividades planteadas en la Matriz de Riesgos de Corrupción y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

2. OBJETIVO Realizar el seguimiento de las actividades definidas en la Matriz de riesgos de corrupción y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE

3. ALCANCE El informe de seguimiento se enfoca en la verificación de los controles para mitigar los riesgos a corte 30 de abril de 2024, los cuales están documentados en la Matriz de Riesgos de Corrupción y en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano –E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE, con corte del 1 de enero al 30 de abril de 2024.

4. NORMATIVIDAD > Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”. > Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública., > Artículo 31 de la Ley 2195

del 18 de enero de 2022, que modificó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, "Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones". disposiciones sobre Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción. Art.76. > Decreto 943 de 2014 MECI. Artículo 1 y siguientes. Adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI). > Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Art. 9. Literal g) Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. > Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana. Arts. 48 y siguientes. La estrategia de rendición de cuentas. > Ley 1755 de 2015. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011.

5. METODOLOGÍA Para llevar a cabo el seguimiento a la Matriz de Riesgos de Corrupción y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE del 1 de enero al 30 de abril de 2024, se realizaron las siguientes actividades: - Solicitud de información a cada uno de los responsables de realizar las actividades. - Revisión de los soportes entregados de acuerdo con las actividades de la Matriz de Riesgos de Corrupción y con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Elaboración del informe de seguimiento para su posterior publicación en la página web del Hospital con corte del 1 de enero al 30 de abril de 2024.

6. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO De acuerdo con la metodología para el seguimiento, la Oficina de Control Interno del Hospital, consolida en la siguiente tabla el resultado obtenido con corte del 1 de enero a 30 de abril de 2024:

PRIMER COMPONENTE GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION

COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
Componente o proceso	Actividades	Meta o producto	Responsable		
	Actualizar la Política de Riesgos incluyendo riesgos de daño antijurídico y continuidad.	Política riesgos actualizada	Oficina Asesora de planeación	50%	Los colaboradores continúan trabajando en la construcción de mapas de riesgos por procesos para la gestión del riesgo institucional.



Subcomponente Proceso 1 Política de administración de riesgos	Actualizar Manual de Riesgos Institucional y por Procesos.	Modulo de riesgos actualizado	Oficina Asesora de planeación	50%	Los colaboradores continúan trabajando en la construcción de mapas de riesgos por procesos para la gestión del riesgo institucional.
	Socializar la política de riesgos	Campaña de socialización efectuada	Oficina Asesora de planeación	0%	no se ha socializado porque está en proceso de actualización por las áreas encargadas
Subcomponente Proceso 2 Construcción del mapa de Riesgos de Corrupción	Resocialización de la Metodología para Construcción del Mapa de Riesgos	Socialización realizada	Oficina Asesora de planeación	0%	no se ha socializado porque está en proceso de actualización por las áreas encargadas
	Revisar y ajustar periódicamente los riesgos de corrupción.	Matriz actualizada	Oficina Asesora de planeación / Líderes de Proceso	0%	no se ajusta porque está en proceso de actualización por las áreas encargadas
Subcomponente Proceso 3 Consulta y divulgación	Publicar Matriz de Riesgos de Corrupción Pagina Web	Riesgos de corrupción publicado	Oficina Asesora de planeación	0%	No sé a publicado.
	Elaborar encuesta interna para validación y reconocimiento de los riesgos de corrupción	Encuesta realizada	Oficina Asesora de planeación	0%	No se ha realizado encuesta interna de validación
	Socializar en los diferentes espacios de inducción, reinducción y capacitación los riesgos y sus beneficios	Socialización realizada	Oficina Asesora de planeación	0%	No sé a realizado.
	Socialización a Asociación de Usuarios del Plan Anticorrupción para que éstos sirvan como agentes replicadores a sus comunidades.	Socialización realizada	Oficina Asesora de planeación	100%	Se socializo a asociación de usuarios con numero de acta
Subcomponente Proceso 4 Monitoreo y Revisión	Realizar monitoreo al Mapa de Riesgos de Corrupción (Cálcular Indicadores)	Seguimientos efectuados / Indicadores Calculados	Líderes de Proceso	0%	No sé a realizo
	Elaborar Planes de mejora cuando se detecten desviaciones de los indicadores.	Plan de mejoramiento actualizado	Líderes de Proceso	0%	No sé a realizo
Subcomponente Proceso 5 Seguimiento	Realizar verificación del seguimiento al Mapa de Riesgos y Plan Anticorrupción	Seguimientos efectuados	Oficina de Control Interno	50%	Se realizó informe al primer cuatrimestre del año 2024 publicado en la página web institucional.
	Presentar reportes de seguimiento al comité de gestión y desempeño institucional	Informes/pre sentaciones	Oficina de Control Interno	0%	No sé a realizado el comité de gestión y desempeño Año 2024.
Total Avance					19%

RECOMENDACIONES:

1. Afianzar el modelo de las tres líneas de defensa, "con el propósito de entregar a los ciudadanos lo mejor de la gestión y, en consecuencia, producir cambios en las condiciones de vida, mayor valor público en términos de bienestar,



- prosperidad general y fortalecer la lucha contra la corrupción." (Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas)
2. Los procesos evaluados deben tomar en consideración las observaciones propuestas en el seguimiento del mapa de riesgos de corrupción que permitan una mejora continua.
 3. Socializar la política de riesgos con cada uno de líderes de procesos ya que este es estático y se requiere de manera urgente realizar dicho proceso.

SEGUNDO COMPONENTE RACIONALIZACION DE TRAMITES.

COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES				% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
Componente o proceso	Actividades	Meta o producto	Responsable		
Racionalización de trámites.	Socializar la metodología para la racionalización de tramites	Socialización Realizada	Lider Calidad	0%	Sin evidencia
	Realizar inventario de tramites institucionales	Inventario de tramites	Lider Calidad	0%	Sin evidencia
	Contratación y revisión de listado de tramites institucionales vs Tramites inscritos en el SUIT	Tramites inscritos y Actualizados	Lider Calidad	0%	Sin evidencia
	Priorización de los tramites	Tramites Priorizados	Lider Calidad	0%	Sin evidencia
	Racionalización de tramites inscritos en el SUIT	Tramites Racionalizados	Lider Calidad	0%	Sin evidencia
	Creación de link en la pagina institucional que enlace con la pagina del SUIT para reviar los tramites inscritos en ella.	Link creado en la pagina web institucional que enlace con la pagina del SUIT	Lider Calidad / Lider sistemas	0%	Sin evidencia
	Socialización a la comunidad en general sobre los tramites institucionales	Socialización de tramites institucionales	Lider Calidad	0%	Sin evidencia
Total Avance				0%	

RECOMENDACIONES:

1. La Institución debe iniciar la actividad de suscribir sus trámites en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT, ya que es la herramienta que facilita



la implementación de la política de racionalización de trámites y ayuda a fortalecer los principios de transparencia, evitando la generación de focos de corrupción.

2. Se debe dar cumplimiento a las actividades según cronograma establecido.

TERCER COMPONENTE RENDICION DE CUENTAS

Se presentan las acciones realizadas en este componente que pretende adelantar acciones de participación ciudadana fortaleciendo el ejercicio de la participación social en salud a través de la audiencia pública Rendición de Cuentas vigencia 2023.

COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS				% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
Componente o proceso	Actividades	Meta o producto	Responsable		
Subcomponente 1 Análisis del Proceso de Rendición de Cuentas en la Entidad	Diagnóstico de Rendición de Cuentas en la Institución.	Documento de Diagnóstico de Rendición de Cuentas.	Oficina de Planeación y Control Interno	100%	Se evidencia que para la audiencia Pública de Rendición de Cuentas se realizó diagnóstico de ejes a rendir.
	Actualización de Caracterización de los Ciudadanos y Grupos de Interés	Caracterización Actualizada	Oficina de Planeación y Control Interno	100%	Se evidencia que existe una caracterización de grupos de interés de la E.S.E.
	Identificar las necesidades de información y valorar la información actual	Matriz de Identificación de Necesidades diligenciada	Oficina de Planeación y Control Interno	0%	No se evidencia matriz de identificación de necesidad.
	Realizar inventario de la capacidad operativa y la disponibilidad de recursos	Matriz de inventario de capacidad operativa y disponibilidad de recursos actualizada	Oficina de Planeación y Control Interno	0%	No se evidencio inventario de capacidad operativa y disponibilidad de recursos actualizado.
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Conformar y capacitar un equipo de trabajo que articule los ejercicios de rendición de cuentas al interior de la entidad.	Equipo conformado y capacitado.	Oficina de Planeación y Control Interno	100%	Se evidencia la conformación y articulación de los ejercicios de rendición de cuentas.
	Preparar y divulgar la información pública.	Informe de Gestión	Oficina de Planeación y Líderes de Proceso	100%	Se realiza la respectiva publicación en la Página Web de



					la información de la rendición de cuentas.
	Definir, publicar e implementar los espacios de diálogo virtuales de la entidad	Espacios de dialogo definidos, publicados e implementados	Oficina de Planeación y Control Interno	100%	Se realiza la respectiva publicación en la Página Web de la del Formato para la radicación de propuestas, preguntas o inquietudes previas a la rendición de cuentas. Igualmente, se les entrega el día de la rendición de cuentas.
	Adelantar espacios de participación mediante medición de expectativas durante la elaboración de documentos técnicos o mejoramiento de políticas y herramientas para la rendición de cuentas.	Lograr la participación de la comunidad en el proceso de Rendición de cuentas.	Oficina de Planeación y Control Interno	100%	Se realiza la respectiva publicación en la Página Web de la rendición de cuentas transmitido por vía web en directo a toda la ciudadanía.
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la Rendición y Petición de Cuentas	Capacitación continua a integrantes de Asociación de usuarios de la ESE Hospital San Roque.	Asociación de usuarios capacitados en Rendición de Cuentas	Oficina de Planeación y Calidad	0%	No se evidencia capacitación de rendición de cuentas a la asociación de usuarios.
	Acompañamiento y reconocimiento de experiencias exitosas a Asociación de Usuarios de la ESE Hospital San Roque.	Experiencias exitosas reconocidas.	Oficina de Planeación y Calidad	0%	No se evidencia acompañamiento de y reconocimiento de experiencias exitosas a Asociación de Usuarios de la ESE Hospital San Roque.
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	Elaboración de Informe de Resultados, Logros y Dificultades	Informe de Resultados, logros y dificultades elaborado	Oficina de Planeación y Control Interno	50%	
	Publicar el informe de Resultados, logros y dificultades	Informe de evaluación del proceso de Rendición de cuentas publicado	Oficina de Planeación y Control Interno	0%	No se Publicó el informe de Resultados, logros y dificultades
	Diseñar el Plan de Mejoramiento producto de la Rendición de cuentas	Plan de Mejoramiento elaborado	Oficina de Planeación y Control Interno	100%	Se evidencia plan de mejora.
	Realizar seguimiento al Plan de Mejora.	Seguimiento al Plan de Mejora documentado	Oficina Asesora de Control Interno	100%	Se evidencia plan de mejora con su cronograma de seguimiento.
Total Avance					60%

RECOMENDACIÓN:

1. Se debe dar cumplimiento a las actividades según cronograma establecido y dejar evidencia.



CUARTO COMPONENTE MEJORA ATENCIÓN AL CIUDADANO

COMPONENTE 4: MEJORA DE ATENCION AL CIUDADANO				% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
Componente o proceso	Actividades	Meta o producto	Responsable		
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	Implementar actividades al interior de la E.S.E., para socializar el proceso de servicio al ciudadano y recoger insumos para la mejora.	segundo cuatrimestre socializar el proceso de servicio al ciudadano y recoger insumos para la mejora	SIAU	50%	Se ha realizado de acuerdo al cronograma establecido esperando un 100% para el segundo cuatrimestre.
	Adelantar campañas de sensibilización, para generar iniciativas que mejoren el servicio al ciudadano	campañas de sensibilización	SIAU	100%	Se evidencia campañas de sensibilización por parte del SIAU.
	Analizar en el comité de ética hospitalaria las quejas relacionadas con atención inadecuada de los usuarios por parte de los funcionarios	Informe de quejas relacionadas con atención inadecuada de los usuarios por parte de los funcionarios	Oficina de Calidad	100%	De acuerdo al cronograma se evidencia en el primer cuatrimestre seguimiento e informe de las PQRSD.
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	Implementar indicadores que permitan medir el desempeño de los canales de atención y consolidar estadísticas sobre tiempos de espera, tiempos de atención y ciudadanos atendidos.	indicadores.	SIAU	0%	Se evidencia que está programado para el segundo cuatrimestre.
	Realizar trazabilidad a las PQRS, para revisar y controlar los tiempos de respuesta.	trazabilidad de las PQRS	Oficina de Calidad	100%	De acuerdo al cronograma se evidencia en el primer cuatrimestre seguimiento e informe e indicadores de tiempo de respuesta de las PQRSD.
Subcomponente 3 Talento Humano	Incluir en el Plan de Capacitación Institucional, temas para mejorar las competencias del saber y saber hacer del personal para la orientación y atención de los ciudadanos.	Inclusión en el Plan de Capacitación Institucional, temas de orientación y	Oficina de Talento Humano	100%	se evidencio que en plan de capacitación está incluida humanización del servicio



		atención al ciudadano			
	Empoderar a través de la inducción a los nuevos servidores públicos y contratistas competencias del saber del Proceso de Servicio al ciudadano y sus procedimientos.	Empoderamiento a servidores públicos y contratistas del servicio al ciudadano.	Oficina de Talento Humano	0%	No se evidencia inducción a los nuevos servidores públicos y contratistas en el primer cuatrimestre.
	Establecer estrategias de incentivo para fortalecer el buen desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano.	Incentivos del buen desempeño de los servidores.	Oficina de Talento Humano y SIAU	30%	Se evidencia por parte de la profesional del SIAU estrategias para incentivar el buen desempeño de los servidores.
Subcomponente 4 Normativo Procedimental	Elaborar y presentar trimestralmente informes de PQRS para generar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios.	informes de PQRS	Oficina de Calidad	100%	Se evidencia informes de PQRS trimestrales.
	Revisión, ajuste y actualización de los procedimientos de atención al ciudadano para mejorar su percepción.	Actualizar procedimiento de atención al ciudadano.	Oficina de Calidad SIAU	100%	Se evidencia ajuste y actualización de los procedimientos de atención al ciudadano.
	Realizar actividades de sensibilización sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos en cumplimiento del Estatuto Anticorrupción.	actividades de sensibilización sobre la responsabilidad de los servidores públicos	Oficina de Talento Humano y Área Jurídica	100%	Se evidencia sensibilización de sobre humanización del servicio.
	Incluir en el procedimiento de PQRS, la priorización en la respuestas de estas, cuando involucren menores de edad o estén relacionadas con el cumplimiento de un derecho fundamental.	Incluir en el procedimiento de PQRS, la priorización en la respuestas de estas.	Oficina de Calidad	100%	Se evidencia en la PQRS la priorización de acuerdo a las respuesta de esta.
Subcomponente 5 Relacionamiento con el Ciudadano	Monitorear los indicadores de desempeño de los canales de atención.	Monitoreo constante de indicadores.	Oficina de Calidad	0%	No se evidencia indicadores de desempeño.
	Socializar y Publicar los derechos y deberes de los usuarios, Trámites y servicios, requisitos e indicaciones y horarios de atención.	Socialización de los derechos y deberes de los usuarios.	SIAU	100%	Se evidencia en cartelera institucional y en la página web de la E.S.E derechos y deberes de los usuarios.
Total avance				66%	



Recomendación:

2. Se debe dar cumplimiento a las actividades según cronograma establecido y dejar evidencia.

QUINTO COMPONENTE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN				% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
Componente o proceso	Actividades	Meta o producto	Responsable		
1. Lineamientos de Transparencia Activa	Actualización de Matriz de Autodiagnóstico de cumplimiento Ley 1712 de 2014	Matriz diligenciada	Oficina Calidad - Planeación	0%	No se evidencia actualización en el primer cuatrimestre de la matriz de cumplimiento ley 1712 de 2014.
	Capacitación al Personal de la Empresa en lo referente a la Ley 1712 de 2014.	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas	Oficina de Talento Humano Oficina Calidad - Planeación	0%	No se evidencia capacitación en el primer cuatrimestre en lo referente a la ley 1712 de 2014.
	Mantener actualizado el Link de Transparencia y Acceso a la Información Pública en la página de la entidad.	Link Actualizado a necesidad	Coordinador Soporte Tecnológico	0%	No se evidencia en el primer cuatrimestre actualización del link de transparencia de la página web institucional.
	Hacer seguimiento a la información publicada en la página Web, para verificar cumplimiento de normatividad (Ley 1712 de 2014).	seguimiento o realizados / seguimientos programados	Oficina Calidad - Planeación	0%	No se evidencia seguimiento en el primer cuatrimestre de la información publicada.
2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	Establecer canales o medios de divulgación diferentes al sitio Web para dar a conocer las ofertas de los servicios de la institución.	% de estrategias de publicación es implementadas	Oficina Calidad y Soporte Tecnológico	100%	Se evidencia publicaciones constantes de información referente a la E.S.E en las redes sociales de la institución.
	Realizar informes de PQRS de manera trimestral.	Número de informes realizados / Número de	Oficina Calidad - Planeación	100%	Se evidencia informes de PQRS trimestrales.



		informes programados			
	Revisar y actualizar la información la información de los tramites registrados en el (SUIT) y publicados en la página Web.	Tramites revisados / tramites establecidos	Oficina Calidad - Planeación	0%	No se evidencia información sobre los tramites revisados y registrados en el SUIT.
3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	Realizar los ajustes y actualización de las Tablas de Retención Documental.	Tablas de retencion actualizada	Coordinador Gestión Documental	0%	No se evidencia en el primer trimestre actualización de la tablas de retención documental.
4. Criterio diferencial de accesibilidad	Implementar componentes de accesibilidad a la información pública establecidos en la Ley.	revisiones realizadas a la pagina web / revisiones programadas a la pagina web	Coordinador Soporte Tecnológico	0%	No se evidencia revisiones realizadas a la página web institucional.
	Expedición de material didactico como los pegables, revistas, volantes, sobre las diferentes actividades que realiza el hospital.	% de estrategias implementadas para facilitar la información de las actividades a los usuarios	Oficina Calidad - Planeación	100%	Se evidencia contante divulgación de las actividades realizadas por la E.S.E A todos los usuarios por medio de las Redes Sociales.
5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	Realización de indicadores de oportunidad y cumplimiento de la información presentada y requerida por los diferentes usuarios.	Indicadores de calidad reportados por la ESE / indicadores de calidad establecidos para la ESE	Oficina Calidad	100%	Se evidencia indicadores de calidad reportados por la E.S.E en las diferentes plataformas.
	Actualización de Matriz de Autodiagnóstico de cumplimiento Ley 1712 de 2014	Tablas de retencion actualizada	Coordinador Gestión Documental	0%	No se evidencia actualización de matriz de cumplimiento ley 1712 de 2014.
Total Avance					33%



Recomendación:

- Actualizar la página web de la Institución con toda la información o datos a publicar en cada sección de la misma, e informar a cada líder de procesos sobre el control que se debe llevar para dar cumplimiento a los documentos que le involucran y en los tiempos establecidos por ley.
- En el marco del Sistema de Control Interno, es importante que los subgerentes realicen labores de monitoreo a la ejecución de las actividades contenidas en Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, por parte de los líderes de proceso que están bajo su direccionamiento, teniendo en cuenta que nuestro sistema de control interno se enmarca en el esquema de las tres líneas de defensa; de tal manera que, se asegure la efectividad de las acciones y su cumplimiento.
- Continuar dando cumplimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, fortaleciendo el seguimiento en la primera y segunda línea de defensa.
- Adquirir por parte de los responsables de cada proceso la cultura del autocontrol, en el cumplimiento de las actividades propuestas.
- Exigir el cumplimiento de las observaciones relacionadas en cada uno de los componentes.

Total, de avance del Plan Anticorrupción Primer cuatrimestre es de 35.6 %.

Cordialmente,



LUIS ALBERTO VELARDE TOVAR
Asesor de Control Interno
E.S.E Hospital San Roque