**La Unión, 30 de Diciembre de 2021**

**Doctora**
**OLGA CECILIA ECHEVERRI PAREJA**
**ESE Hospital San Roque**
**Gerente**

**ASUNTO: RADICACION INFORME PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCIONAL CIUDADANO PAAC 2021 – TERCER SEGUIMIENTO CON CORTE A 30 DE DICIEMBRE DE 2021.**

**La Jefe de Control Interno de LA ESE Hospital San Roque, se permite radicar ante su despacho el tercer informe del PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2021, con corte a Diciembre 30 de 2021 y el informe pormenorizado del sistema de control interno, los cuales son enviados al correo institucional, por su tamaño no es posible la impresión.**

**Le solicito de la manera más respetuosa dar indicaciones a sistemas de la información para que proceda a su respectiva publicación en la página institucional y posterior a ello allegar la evidencia de la publicación a la oficina de control interno.**

**Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración.**

Angela Valencia Osorio
HOSPITAL SAN ROQUE Jefe de Control Interno

**ANGELA INES VALENCIA OSORIO**
**Jefe de Control Interno**
**ESE Hospital San Roque**

# TERCER INFORME

## SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO - PAAC 2021 - CON CORTE A DICIEMBRE 30 DE 2021

| **Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgo de Corrupción** | | | | | | **AVANCE 30 DE DICIEMBRE DE 2021** | Estado |
| **Subcomponente/ Procesos** | **Actividades** | | **Meta/Producto** | **Responsable** | **Fecha Programada** | | |
| Política de Administración de Riesgos Moderado/ Alto | 1.1 | Asumir Riegos | N.A | Todas las dependencias | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Política de Administración de Riesgos Alta/ Extrema | 1.2 | Reducir Riesgos | Gestión de Salud<br>Gestión Financiera<br>Gestión Talento Humano<br>Gestión de prestación de serviciosde salud<br>Gestión Planeación Estratégica | Todas las Dependencias | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Política de Administración de Riesgos Moderado/ Alta | 1.3 | Compartir o transferir riesgos | Contratación<br>Jurídica | Todas las Dependencias | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Política de Administración de Riesgos Extrema | 1.4 | Evitar Riesgos | Gestión Física<br>Tecnológica<br>Serviciosde salud<br>Gestión de Salud Publica<br>Seguimientoy Control<br>Gestión de Riegos de Desastres<br>Gestión seguridad social integral<br>Gestión Documental | Todas las Dependencias | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Tecnológico de recurso físicos | 2.1 | Malos procedimientos en la compra o en el contrato | Realizar estudio a proveedores | Director Administrativo | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión de atención en salud | 2.2 | Desconocimiento de los procesos y procedimientos – guías y protocolos de atención | Socializar los procesos y protocolos Incentivar el empoderamiento institucional de los funcionarios | Gerencia – Directores de área | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión de contratación | 2.3 | No verificaciónde los requisitos contractuales | La implementación de las matrices de seguimiento de los documentos en cada una de las etapas contractuales. | Jurídica | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos | 2.4 | Descoordinaciónentre | Exigir y aplicar | Jurídica | Diciembrede | 100% | CUMPLE |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gestión contratación | | las dependencias, Elaboración de contratos sin supervisión idónea | pólizas de seguros por estabilidad y calidad de los servicios contratados. | | 2021 | | |
| Mapa de Riesgos Gestión de Financiera | 2.5 | Información contable y financiera desactualizada | Concientizar a cada dependencia acerca de la importancia de rendir información. generar listado de informes según cronograma de los entes de control | Director Administrativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión de Financiera | 2.6 | Realización de pagos sin el lleno de requisitos | Implementa las listas de chequeo | Director Administrativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión integral | 2.7 | Concentración de autoridad o exceso de poder | Evitar amiguismo en la función pública así como evitar abusos por el cargo en que se encuentra | Todos los jefes de despacho | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión Integral | 2.8 | Extralimitación de funciones en pro de un beneficio particular | Implementar listas de chequeo y verificación del actuar público en todas las dependencias | Todo los jefes de despacho | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión Financiera | 2.9 | Inclusión de gastos no autorizados | Implementación estricta del plan de gastos y del presupuesto aprobado | Director Administr ativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión Financiera | 2.10 | Destinaciónde recursos para otros fines distintos a los inicialmente planteados | Lograr una ejecución presupuestal ajustada a la realidad institucional | Director Administr ativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Contratación | 2.11 | Estudios previos o de factibilidad superficiales ypoco motivados | Dar cabal cumplimiento al estatuto de contratación de la Entidad | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Contratación | 2.12 | Pliegos de condiciones hechos a las medida de un contratista en particular | Dar cabal cumplimiento al estatuto de contratación de la Entidad | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Contratación | 2.13 | Adendas que cambian condiciones generales del proceso | Dar cabal cumplimiento al estatuto de contratación de la Entidad | Director Administrativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Contratación | 2.14 | Reporte inoportuno enel SECOP o gestión transparente para evitar presentación de oferentes | Dar cabal cumplimiento al estatuto de contratación de la Entidad | Director Administrativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Contratación | 2.15 | Designación de supervisores que no cuentan con la idoneidad para ejecutarlas labores | Dar cabal cumplimiento al estatuto de contratación de la Entidad | Director Administrativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Contratación | 2.16 | Impedir la veeduría ciudadana enlos contratos. | Dar cabal cumplimiento al estatuto de contratación de la Entidad | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mapa de Riesgos Sistemas de información | 2.17 | Sistemas que permitan la manipulación o adulteración | Implementación de la política de seguridad informática | Director Administr ativo | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Sistemas de información | 2.18 | Ocultar a la ciudadanía información considerada como publica | Implementación dela política de seguridad informática | Director Administr ativo | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgo Gestión Integral | 2.19 | Cobro por la realización de un tramite | Activación del comité de control interno disciplinario | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgo Gestión Integral | 2.20 | Tráfico de influencias | Activación del comité de control interno disciplinario | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Mapa de Riesgos Gestión Jurídica | 2.21 | Aceptación de prebendas por la emisión o no de actos administrativo | Activación del comité de control interno disciplinario | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| 3 Consulta y Divulgación | 3.1 | Cargue de Información enla Página Web | Página web del Hospital Documentos Control Interno | Sistemas de información | Diciembre de2021 | 100% | CUMPLE |
| 3 Consulta y Divulgación | 3.2 | Publicación de Información en la página web | Carteleras del Hospital y pagina web | Sistemas de información | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| 4.Monitoreo y Revisión | 4.1 | Revisión de resultados adelantados por dependencias por los respectivos lideres | Documentos que certifiquen el producto de control de Riesgos utilizados | Cada dependencia Líder | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| 5. Seguimiento | 5.1 | Seguimiento a los avances reportados por los lideres | Compilación de documentos productos derivados de los riesgos | Oficina de Control Interno | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Total cumplimiento en | | | | | | %100 | |

Con el objetivo de fortalecer la administración de riesgos, la Entidad durante la gerencia ha tenido avances en el **Lineamiento para la Administración de riesgos** de acuerdo con lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Dentro de estos lineamientos la ESE se encuentra trabajando en la documentación de la Política para la Administración del Riesgo y definiendo los mecanismos para controlar la creación, modificación o eliminación de riesgos dentro del Sistema integrado de Gestión SIGC y MIPG, de igual manera se encuentra trabajando en la Matriz, a la fecha se encuentran trabajando en la revisión y ajuste por parte de la alta dirección y los responsables de cada actividad.

Frente a los resultados de ejecución se logra evidenciar un trabajo de 29 actividades Programadas, con un cumplimiento de 29, lo que equivale a un cumplimiento de %100

En relación a la materialización de los riesgos de corrupción de la Entidad, ninguno de estos se ha materializado.

## SEGUNDO COMPONENTE - ESTRATEGIA ANTI - TRAMITES

| Nro | NOMBRE DEL TRAMITE O PROCEDIMIENTO | TIPO DE RACION A LIZACIÓ N | ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACION ALIZACIÓN | SITUACIÓN ACTUAL | DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA AL REALIZAR LE TRAMITE, PROCESO Y PROCEDIMIENTO | BENEFICIOAL CIUDADANO Y/O ENTIDAD | DEPENDENCIA RESPONSABLE | FECHA DE REALIZACIÓN | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | INICIO | FIN | Avance 30 de Diciembre de 2021 | Estado |
| 1 | Solicitud de servicios de consulta externa | Formulario en Línea/Envió de Documentos electrónicos | racionalización Tecnológca | Todo el proceso se hace de manera presencial | Se pretende racionalizar el proceso a través de elementos vía web | Corte en días de tramites | admisiones | Feb de 2021 | Dic de 2021 | 100% | CUMPLE |
| 2 | Solicitud de valor de examines o procedimientos | Formulario en Línea/Envió de Documentos electrónicos | racionalización Tecnológica | Todo el proceso se hace de manera presencial | Se pretende racionalizar el proceso a través de elementos vía web | Corte en días de tramites | Secretaria | Feb de 2021 | Dic de 2021 | 100% | CUMPLE |
| 3 | Consulta de usuario Moroso | Formulario en línea Envió de Documentos electrónicos | racionalización Tecnológica | Todo el proceso se hace de manera presencial | Se Pretende racionalizar el proceso a Través de elementos vía web | Corte en días de tramites | Secretaria | Feb de 2021 | Dic de 2021 | 100% | CUMPLE |
| 4 | Registrar Tramites | Solicitud de auditorio. Trámite para certificado escolar. Tramite de certificado laboral. | Registro en la plataforma de la ESE | Sin registrar en la plataforma | Cargue en la plataforma tramites proceso y procedimientos | Tramite legalizado | Sistemas de información | Feb de 2021 | Dic de 2021 | 100% | CUMPLE |

Dentro de la estrategia de racionalización de trámites de la Entidad, se observa cumplimiento de las actividades, resaltando que la entidad cuenta con

profesional idóneo , competente para dar cumplimiento a cada una de las actividades exigidas por el DAFP.
De acuerdo con lo anterior, se observa el cumplimiento del 100% de las 4 actividades propuestas.

## TERCER COMPONENTE - RENDICIÓN DE CUENTAS

| Componente 3: Rendición de Cuentas | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subcomponente/ Procesos** | **Actividades** | | **Meta/Producto** | **Responsable** | **Fecha Programada** | **Avance 30 de Diciembre de 2021** | **Estado** |
| Información de Calidad y Lenguaje Comprensible | 1.1 | Información | Mejorar el Contenido y la presentación de Noticias e Informes | Todas las dependencias | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Información de Calidad y Lenguaje Comprensible | 1.2 | Información | Análisis de Resultados del Plan de gestión y desarrollo | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Dialogo de Doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones | 2.1 | Dialogo | Ejecución de Plan de AcciónGobierno en Línea | Sistemas de información | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Dialogo de Doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones | 2.2 | Dialogo | Realización de la Audienciade Rendición de Cuentas | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Incentivos para motivar la cultura de la Rendición de cuentas | 3.1 | Exposición | Boletines de información, informes de gestión y prensa | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Incentivos para motivar la cultura de la Rendición de cuentas | 3.2 | Exposición | Actualización de la páginaWeb permanentemente | Sistemas de Información | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional | 4.1 | Incentivo | Fortalecimiento de la participación ciudadana a través dela red institucional del apoyo a las veedurías y a través de la liga de usuarios de la ESE | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| Evaluación y retroalimentacióna la gestión institucional | 4.2 | Incentivo | Facilitar el acceso a la información Publica | Gerente | Diciembrede 2021 | 100% | CUMPLE |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | 100% | |

En la ejecución del componente 3 de Rendición de cuentas, se obtiene un cumplimientodel 100% a partir de la realización de 8 actividades de las 8 que

fueron programas. La rendición de la cuenta se realizó durante el mes de Abril y dio cumplimiento a todos los requisitos que determina el DAFP.

OBTENIENDO UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL 100%

## CUARTO COMPONENTE - MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓNAL CIUDADANO

| Componente 4: Atención al Ciudadano | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subcomponente/ Procesos** | **Actividades** | | **Meta/Producto** | **Responsable** | **Fecha Programada** | **Avance 30 de Diciembre de 2021** | **Estado** |
| Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico | 1.1 | Desarrollo Institucional | Implementación de un nuevo modelo de atención al ciudadano | Of. Atenciónal usuario/ Asistencial | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico | 1.2 | Desarrollo Institucional | Mejorar la interacciónconlos ciudadanos | Of. Atenciónal usuario/ Asistencial | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico | 1.3 | Desarrollo Institucional | Clasificación de equipos de trabajo para la atención al ciudadano | Of. Atención al usuario/ Asistencial | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Fortalecimiento de los Canales de Atención | 2.1 | Canalesde Atención al usuario | Acceso a la información de Vive Digital para manejo de la Pagina | Of. Atenciónal usuario/ Asistencial gobierno | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Fortalecimiento de los Canales de Atención | 2.2 | Canalesde Atención al usuario | Persona de atención al usuario para la direccionarsu atención | Of. Atenciónal usuario/ Asistencial | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Talento Humano | 3.1 | Talento Humano | Capacitación a los servidores públicos en Atención al cliente (3) | Dirección administrativa | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Normativo y Procedimental | 4.1 | Normatividad | Elaboración de unPlan de Atención al público que incluya servicios estratégicos, protocolos, canales, | Of. Atenciónal usuario/ Asistencial | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | 100% | |

En este componente se implementan acciones para brindar mejor servicio al ciudadano interno y externo. A la fecha de corte, se logra dar cumplimiento a 7 actividades de 7 programadas, en un cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Se evidencia una gestión de destacar como lo es la ubicación de un turnero, el cual facilita la atención al usuario, logrando oportunidad, bienestar y agilidad en el servicio.

# QUINTO COMPONENTE – MECANISMOS PARA PROMOVER LATRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACION

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Componente 5: Transparencia y Acceso a la información** | | | | | | | |
| **Subcomponente/ Procesos** | **Actividades** | | **Meta/Producto** | **Responsable** | **Fecha Programada** | Avance 30 de Diciembre 2021 | Estado |
| Lineamientos de Transparencia Activa | 1.1 | Transparenciaa Activa | Publicación de los funcionarios Actuales de la ESE | Sistemas de información | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Lineamientos de Transparencia Activa | 1.2 | Transparenciaa Activa | Publicación de la Contratación realizada mes a mes durante el año 2021 con enlace al SECOP | Contratación | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Lineamientos Transparencia Pasiva | 2.1 | Transparenciaa Pasiva | Publicar sobre la página web de la ESE en la Sección Noticias la gratuidad enlos certificado s de | Sistemas de información | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Lineamientos Transparencia Pasiva | 2.2 | Transparencia Pasiva | Afiches informativos en el área urbana y rural haciendo énfasis enel principio de gratuidad para los certificados que establezca la ESE | Gerente | Diciembre de 2021 | 0% | NO CUMPLE |
| Elaboracion de instrumentos de Gestión de la Información | 3.1 | Gestión de la información | Creación del Índice de Información Clasificada | Archivo Central / Dirección Administrativa | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| Criterios Diferencial de Accesibilidad | 4.1 | Acceso de Información Diferencial | Herramienta sMin TIC para invidentes | Archivo Central / Dirección Administrativa | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Monitoreo y Acceso a la información Publica | 5.1 | Acceso a la Información Publica | Solicitudes Recibidas<br>Solicitudes trasladadas<br>Tiempo derespuesta<br>Solicitudes a las cuales se les negó la información | Sistemas de información | Diciembre de 2021 | 100% | CUMPLE |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | 85.71% | |

La ejecución de este componente es un activo muy importante para el Alta Dirección, porque permite tomar decisiones basadas en datos y evidencias ajustadas al contexto. En el presente seguimiento se observa avance de cumplimiento de 6 actividades de las 7 actividades propuestas. Con un porcentaje de cumplimiento del 85.71%

## SEXTO COMPONENTE- INICIATIVAS ADICIONALES

| Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Componente 6: Iniciativas Adicionales | | | | | | | |
| **Subcomponente/ Procesos** | **Actividades** | | **Meta/Producto** | **Responsable** | **Fecha Programada** | Avance 30 de diciembre 2021 | Estado |
| Inicitiativas adicionales | 1.1 | Iniciativas | Campaña educativa de transparencia y Ética en sus funcionarios | Gerente | Diciembre de2021 | 100% | CUMPLE |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | 100% | CUMPLE |

La ejecución de este componente es un activo muy importante para el buen funcionamiento de La Institución, ya que mediante capacitaciones se involucra a todo el personal, inculcándole valores que conllevan a una responsabilidad absoluta, que se verá reflejada en el cumplimiento de la misión y visión institucional.

En este componente se evidencia un cumplimiento de un 100%

## OBJETIVO DEL INFORME

Dar a conocer a los Órganos de control, veedurías ciudadanas, organizaciones, ciudadana y demás partes interesadas el seguimiento y resultados del Plan Anticorrupción, Atención y Participación Ciudadana de la ESE Hospital San Roque de La Unión, con corte a **30 DE Diciembre de 2021.**

## ANTECEDENTES

La formulación del Plan Anticorrupción, Atención y Participación Ciudadana se hace en el marco de la Ley 1474 de 2011 artículo 73, el Decreto 2641 de 2012, el Decreto 124 de 2016 y sus documentos anexos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" y para la gestión del riesgo" y el Manual Único de Rendición de Cuentas.

**El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2021, tiene en cuenta los componentes establecidos del Departamento Administrativo de la Función Publica - DAFP:**

1. **Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos Corrupción:** Mediante este componente se elabora el mapa de riesgos de corrupción de la Entidad basado en el Mapa de Riesgos por Procesos, lo que permite identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupci6n.

2. **Racionalización de Tramites:** Este componente reúne las acciones para racionalizar tramites de la entidad, buscando mejorar la eficiencia y eficacia de los tramites identificados a partir de la estandarización de los procedimientos como mecanismo de simplificación de los mismos de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública como ente rector en el tema. Todo lo anterior, facilita el acceso a los servicios y tramites de las partes interesadas.

3. **Participación Ciudadana y Rendición de cuentas:** Este componente contiene las acciones que buscan afianzar la relación ESE - Ciudadano, mediante la presentación y explicación de los resultados de la gestión de la entidad a la ciudadanía, otras entidades y entes de control abriendo un espacio de dialogo en doble vía y procurando que las partes interesadas intervengan en la toma de decisiones.

4. **Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano:** Este componente establece los lineamientos, parámetros, métodos y acciones tendientes a mejorarla calidad y accesibilidad de la ciudadanía. Garantizando el acceso de los ciudadanos a los trámites y servicios de la Entidad.

5. **Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la información:** Establece las acciones para promover el acceso a la información pública que se encuentra bajo el control de las Entidades Públicas. Se realizó seguimiento a todas las actividades desarrolladas.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL TERCER INFORME DE SEGUIMIENTO AL AVANCE DEL PAAC – 2021 PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANOA CON CORTE AL 30 DE DICIEMBRE DE 2021.

**PRIMER COMPONENTE: Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgo de Corrupción:**

**Propuestas 29 actividades, cumplidas con corte a 30 de Diciembre, cumplimiento de las 29 actividades con un porcentaje positivo del 100%**

**SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTI - TRAMITES**

**Propuestas 4 actividades, cumplidas con corte a 30 de Diciembre 4 actividades, con un porcentaje de cumplimiento del 100%.**

**TERCER COMPONENTE - RENDICIÓN DE CUENTAS**

**Propuestas 8 actividades, cumplidas con corte a 30 de Diciembre 8 actividades, con un porcentaje de cumplimiento del 100%.**

**CUARTO COMPONENTE - MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**

**Propuestas 7 actividades, cumplidas con corte a 30 de Diciembre 7 actividades, con un porcentaje de cumplimiento del 100%.**

**QUINTO COMPONENTE – MECANISMOS PARA PROMOVER LATRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACION**

**Propuestas 7 actividades, cumplidas con corte a 30 de Diciembre 6 actividades, con un porcentaje de cumplimiento del 85.71%.**

**SEXTO COMPONENTE- INICIATIVAS ADICIONALES**

**Propuesta 1 actividades, cumplida con corte a 30 de Diciembre 1 actividades, con un porcentaje de cumplimiento del 100%.**

## RECOMENDACIONES DESDE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. **El informe de avance del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, con corte a 30 de Diciembre de 2021, presenta un porcentaje de cumplimiento del 95%.**

2. **La elaboración y planeación del PAAC – 2021 es responsabilidad del Jefe de Talento humano de LA ESE, apoyado en los líderes de área.**

3. **La oficina de control interno evidencio un gran compromiso por parte de la alta gerencia, y de los lideres de área.**

4. **Se recomienda la elaboración del mapa de riesgo de corrupción, para dar aplicación a un correcto seguimiento.**

5. **En términos generales se evidencia un potencial humano comprometido, es notable que LA ESE Hospital San Roque cuenta con personal responsable en el desempeño de sus funciones, reflejado en un porcentaje de cumplimiento significativo siendo este del 95% del tercer informe del PAAC – 2021 con corte a 30 de Diciembre de 2021.**

Angela Valencia Osorio
Jefe de Control Interno

**ANGELA INES VALENCIA OSORIO**
**Jefe de Control Interno**
**ESE Hospital San Roque**