

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO	FR- GE-AI-02
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/14
		HOJA	1 / 9

PROCESO O ÁREA AUDITADA: PLANEACION	FECHA DE ELABORACIÓN: 7 de Sep. de 2018
RESPONSABLE: DR. JAIBER NEGRETE VILLAFÑE	DESTINATARIO: DR. ARMANDO ALMEIRA QUIROZ

ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA

OBJETIVO:

Realizar seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano 2018 y verificar el cumplimiento de la elaboración y publicación del Plan, así mismo efectuar el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018.

ALCANCE:

Verificar el cumplimiento de las actividades programadas por sus responsables, teniendo en cuenta el cronograma propuesto en el plan anticorrupción y atención al ciudadano 2018

METODOLOGÍA:

Verificación y análisis de la información de actividades programadas con cada uno de los responsables, revisión página web y estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2 de 2015

CONCLUSIONES:

Atendiendo recomendaciones de la oficina de control interno, se hizo modificación al plan anticorrupción y atención al ciudadano 2018, incorporándole el componente, iniciativas adicionales y corrección a actividades del primer componente, Gestión de Riesgos de Corrupción y acciones para su manejo. Lo anterior, conforme a la guía para la elaboración del plan anticorrupción y atención al ciudadano, que expresa textualmente: se le podrán realizar ajustes y modificaciones necesarias durante el respectivo año de vigencia orientado a mejorarlo, estos cambios que se le introduzcan deberán ser motivados, justificarlos e informados a la oficina de control interno, la cual no se hizo.

Es oportuno destacar la publicación del plan anticorrupción y atención al ciudadano 2018 en página web institucional, link acceso y transparencia a la información pública y sus modificaciones, pero deberá socializarse a los funcionarios de la entidad, ya que no se evidencia su socialización.

Con respecto al primer informe de seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano se recomendó elaborar plan de mejoramiento con las deficiencias encontradas y presentarlo a la oficina de control interno para su seguimiento, tarea que quedo incumplida.

Al verificar el cumplimiento de cada una de las actividades propuestas en el plan por sus responsables, se encontró en cada componente lo siguiente:

En cuanto al primer componente del plan, GESTION DEL RIESGO ANTICORRUPCION (MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION), fue elaborado y publicado en página web

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO	FR- GE-AI-02
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/14
		HOJA	2 / 9

institucional, link transparencia y acceso a la información pública. Como aspecto positivo, se puso a consideración del comité de planeación y gestión, para su aprobación, los lineamientos de la política para la administración del riesgo en la ESE.

El Mapa anticorrupción contiene nueve (9) riesgos de corrupción, y en el análisis del riesgo inherente, la evaluación zona de riesgo, cuatro (4) son calificados como riesgos extremos y cinco (5) altos

A la fecha no hay evidencia que se haya Desarrollado autoevaluación del control y establecer acciones de mejora por parte de los responsables de cada riesgo por procesos, a pesar que la fecha máxima de esta actividad es diciembre de 2018.

Otra de las actividades no formulada o no realizada y propuesta en el primer componente como es la de Diseñar y publicar estrategias de comunicación que fortalezcan la apropiación de los valores de integridad (Código de ética y buen gobierno) así como las estrategias de transparencia y lucha contra la corrupción, la cual tiene como fecha máxima para su formulación julio de 2018.

	PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018	CÓDIGO	PL-PE-PI-01
		VERSIÓN	SEGUNDA
		FECHA	ENERO/2017
		HOJA	26 / 31

PLAN DE ACCION ANTICORRUPCION - HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ ESE 2.018						
COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	Fecha Final	DEPENDENCIAS/ RESPONSABLES
1 Gestión de Riesgos de Corrupción y acciones para su manejo	Gestionar los riesgos de corrupción	Elaborar el mapa de riesgos de corrupción.	Para la vigencia 2018 se elaborara el mapa de riesgos de corrupción.	Mapa de riesgos de corrupción elaborado para la vigencia 2018.	Junio 27	Todas las dependencias de la Entidad. Coordinación Oficina asesora de Planeación y Equipo MECI-Calidad
		Socializar el mapa de riesgos de corrupción.		Mapa de riesgos de corrupción socializado por diferentes Medios al 100% de los colaboradores.	Junio 29.	Todas las dependencias de la Entidad. Coordinación Oficina asesora de Planeación / Equipo MECI-Calidad
		Desarrollar la autoevaluación del control y establecer acciones de mejora .		Una autoevaluación del control de los riesgos de corrupción	Diciembre 28	Coordinación Oficina asesora de Planeación / Equipo MECI-Calidad
	Elaborar mecanismos para promover la transparencia y lucha Contra la corrupción.	Diseñar y publicar estrategias de comunicación que fortalezcan la apropiación de los valores de integridad (Código de ética y buen gobierno) así como las estrategias de transparencia y lucha contra la corrupción.	Formular y socializar una estrategia de comunicación que fortalezca la apropiación de valores de integridad institucional y las estrategias de transparencia, y lucha Contra la corrupción.	Estrategias publicitarias diseñadas y publicadas para promover la transparencia y lucha contra la corrupción en los diferentes procesos institucionales y medios institucionales.	Julio 28.	Oficina de Sistemas Oficina Asesora de Planeación Calidad MECI

Como **segundo componente**, RACIONALIZACION DE TRAMITES-ESTRATEGIAS ANTITRAMITE, la entidad estableció el inventario de trámites propuestos por la Función Pública y los registros en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT), se ha avanzado en este componente. Como hecho positivo, se expidió la resolución número 262 de mayo 18 de 2018, por medio del cual se fijan las tarifas unitarias para el cobro por el costo por reproducción en medio físico o magnético de documentos que custodia o mantiene en archivo el Hospital Rosario Pumarejo de López ESE y su publicación en

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO	FR- GE-AI-02
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/14
		HOJA	3 / 9

página web institucional.

Se Estandarizaron el 100% los trámites y servicios en cumplimiento de la normatividad. Los nueve (9) trámites registrados en el SUIT, no se encuentran publicados en página web institucional. La información del trámite esta registrada y actualizada en el SUIT en armonía con lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto - Ley 019 de 2012.

Las acciones de racionalización deberán estar encaminadas a reducir: costos, tiempos, documentos, pasos, procesos, procedimientos y a generar esquemas no presenciales para su realización como el uso de correos electrónicos, internet y páginas web

	PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018					CÓDIGO	PL-PE-PI-01
						VERSIÓN	SFQUINDA
						FECHA	ENERO/2017
						HOJA	27 / 31
COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	Fecha Final	DEPENDENCIAS/ RESPONSABLES	
2	Racionalización de Trámites.	Mantener actualizados los trámites y servicios que presta la Institución	Realizar la revisión y el registro individual de los trámites identificados en la Plataforma SUIT 3.0.	Estandarizar el 100% de los trámites y servicios en cumplimiento de la normatividad.	Evaluación y Gestión de la plataforma SUIT, de todos los trámites identificados en el año 2017	Agosto 30.	Comité institucional de Planeación y Desempeño
			Revisión y/o Actualización de los procedimientos institucionales de acuerdo con el inventario de trámites registrado en el SUIT. Evaluación de la posibilidad de la optimización y/o simplificación de los trámites identificados de acuerdo con la normatividad vigente.		Porcentaje de trámites actualizados y documentados	Septiembre 28.	Líderes de los Procesos / Acompañamiento del Equipo MECI-Calidad
			Publicación de los trámites institucionales en la página web del Hospital		Porcentaje de trámites registrados en el SUIT que sean publicados en la página Web	Octubre 30.	Oficina de Sistemas

Tercer componente, ESTRATEGIAS DE RENDICION DE CUENTAS, la entidad realizo informe de rendición de cuenta a la ciudadanía vigencia 2017, dando a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control. Se observa que se encuentran publicados en página web institucional datos estadísticos y demás documentos de interés a disposición y en lenguaje comprensible al ciudadano. La rendición de cuentas a la ciudadanía más allá de ser una práctica periódica de audiencias públicas, debe ser un ejercicio permanente y transversal que se oriente a afianzar la relación Estado – ciudadano; por tanto, la rendición de cuentas no debe ni puede ser únicamente un evento periódico y unidireccional de entrega de resultados, sino que por el contrario tiene que ser un proceso continuo y bidireccional, que genere espacios de diálogo entre el Estado y los ciudadanos sobre los asuntos públicos. Implica un compromiso en doble vía: los

 <p>HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Cuidando para todos con calidad!</i></p>	INFORME DE AUDITORIA INTERNA		CÓDIGO	FR- GE-AI-02
			VERSIÓN	01
			FECHA	02/14
			HOJA	4 / 9

ciudadanos conocen el desarrollo de las acciones de la administración nacional regional y local, y el Estado explica el manejo de su actuar y su gestión, vinculando así a la ciudadanía en la construcción de lo público.

Se encuentra publicada en la página web institucional, todo lo relacionado a la rendición de cuentas 2017.

La entidad viene generando datos y contenidos sobre su gestión, así como la difusión de datos estadísticos o documentos en lenguaje comprensible, cumpliendo con los principios de calidad, disponibilidad y oportunidad, para llegar a todos los grupos de interés.

COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	Fecha Final	DEPENDENCIAS/ RESPONSABLES
3 Rendición de cuentas	Rendir a los actores del sistema de salud y a la ciudadanía los resultados y logros de la gestión	Realizar el evento de Rendición de Cuentas Institucional.	Realizar la rendición de cuentas de la gestión 2017 y logros alcanzados por los líderes de procesos en la vigencia 2018.	Un evento de rendición de cuentas	Marzo 27.	Gerencia
		Realizar por lo menos dos informes de gestión por proceso a la Gerencia.		Dos informes de la gestión por proceso a la gerencia.	Octubre 2018 Febrero 2019	Líderes de Procesos (Acompaña Oficina asesora de Planeación / Equipo MECI-Calidad)
		Publicar semestralmente la información de resultados e indicadores por Proceso (Portal Web, Intranet, Redes Sociales).		Informes de Gestión de los procesos publicados en página web.	Abril 2018 Diciembre 2018 Abril 2019	Líderes de Procesos/ Oficina asesora de Planeación / Equipo MECI-Calidad / Oficina de Sistemas.

Cuarto componente, MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO, se evidencian acciones de las actividades propuestas en el componente, como son la elaboración del programa de humanización socializado al interior de la entidad y publicado en página web institucional. Entre las actividades del programa, se brindó atención a los usuarios, como pilar en la satisfacción del servicio, stand de emociones, dándoles espacios a los usuarios para su participación dentro de las actividades.

Se diseñó nuevo portafolio de servicios, que aún no está publicado, pero se viene difundiendo los servicios que presta la entidad a través de acciones de comunicación con los usuarios, donde también se sensibilizan los derechos y deberes de los usuarios mediante charlas informáticas en cada una de las áreas de servicios y se entregan folletos alusivos a derechos y deberes de los usuarios.

La oficina SIAU diseño e implemento nuevo formato de encuestas de satisfacción del usuario, código FR-AU-OU-02, versión segunda, para cada una de las áreas de servicios y se gestionan las peticiones, quejas y requerimientos de los usuarios dentro de ,os términos legales, ya sea vía correo electrónico, teléfono o cartelera para aquellos que no dejan dirección adonde se les pueda remitir su respuesta.

La entidad cuenta con diferentes canales de comunicación para la atención al ciudadano tales como personalizadas, vía telefónica, correo físico y electrónico entre otros.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO	FR- GE-AI-02
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/14
		HOJA	5 / 9

	PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018					CÓDIGO	PL-PE-PL-01
						VERSIÓN	SEGUNDA
						FECHA	ENERO/2017
						HOJA	28 / 31
COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	Fecha Final	DEPENDENCIAS/ RESPONSABLES	
4 Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	Fortalecer los mecanismos canales de orientación e información.	Continuar con el desarrollo del Programa de Humanización, en lo relacionado con las acciones para el mejoramiento de la atención humanizada.		Actividades y coberturas realizadas del Programa de Humanización, para el mejoramiento de la atención humanizada, planeadas para la vigencia.	Diciembre	SIAU / Oficina de Recursos Humanos / Equipo MECI-Calidad	
		Difusión del portafolio de servicios del Hospital, a través diferentes medios institucionales.	Fortalecimiento de los canales y mecanismos dispuestos para la orientación e información a la ciudadanía.	Acciones de divulgación realizadas por diferentes medios.	Octubre	SIAU / Oficina Asesora de Planeación / Oficina de Sistemas	
		Desarrollo de acciones de comunicación para apoyar la sensibilización en derechos, deberes en salud.		Número de acciones de comunicación desarrolladas para la sensibilización en derechos y deberes y el mejoramiento de la Atención institucional a la ciudadanía.	Semestral (Junio Diciembre)	SIAU / Equipo MECI-Calidad	
		Implementación de la nueva encuesta de satisfacción del usuario.		Encuesta implementada	Agosto	SIAU / Equipo MECI-Calidad	
		Gestión de las peticiones, quejas y requerimientos de los ciudadanos.		Número de peticiones, quejas y requerimientos gestionados a través del Sistema de Manifestaciones.	Enero a Diciembre de 2.018	SIAU	

Quinto componente, MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION. Como primera medida y en cumplimiento a la ley 1712 e 2014, Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones, la entidad creo un link en su página web que se llama 'Transparencia y acceso a la información pública' para publicación de su información mínima; garantizando de esta manera la información accesible al usuario. Actualmente dicho Link se encuentra en etapa de actualización e introducción de la información mínima a publicar. Lo anterior, como lineamiento de Transparencia activa

Se evidencia construcción de una Matriz de Cumplimiento Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y Decreto MinTIC 3564 de 2015

En cuanto a los lineamiento Transparencia pasiva, conforme al cumplimiento de la Ley 1755 de 2015, Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se da cumplimiento de información con respuestas oportunas a los usuarios que la soliciten, respetando los términos de respuesta al derecho de petición de documentos y de información que señala la Ley citada.

Es preciso insistir a que se publique en el sitio Web oficial de la entidad en el enlace "Transparencia y Acceso a la información pública" los instrumentos de gestión de información solicitados en la Ley 1712 de 2014, mediante solicitud a cada una de las áreas responsable de publicar información pública y en el mismo sentido, en el

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO	FR- GE-AI-02
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/14
		HOJA	6 / 9

componente Criterio diferencial Accesibilidad, la oficina de sistema y planeación, como responsables, verificar los lineamientos de usabilidad y accesibilidad aplicable a la entidad, tal y como está en el plan, con un informe de cumplimiento.

	PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018	CURSO	FE-PE-PP01			
		VERSIÓN	SEGUNDA			
		FECHA	ENERO/2017			
		HOJA	29 / 31			
Componente 5: Transparencia y Acceso de la Información						
COMPONENTE	OBJETIVO	INDICADOR	ACTIVIDAD	META	Fecha Final	DEPENDENCIAS/ RESPONSABLES
Lineamiento de Transparencia activa	Identificar la matriz de estándares de publicación de la ESE.	% de cumplimiento matriz de autodiagnóstico	Actualizar la matriz de estándares de publicación según la periodicidad que aplique para evaluar el nivel de implementación de la Ley 1712 de 2014.	% de estándares de publicación cumplidos	Agosto	Oficina de Sistemas Planeación
	Garantizar información accesible al usuario.	Página Web actualizada según guía Ley 1712 del 2014.	Actualizar en página web los criterios establecidos en Ley 1712 de 2014 que apliquen a la entidad	Publicación en la Página Web del 80% de la información institucional exigida en Ley 1712 del 2014.	Mayo hasta Diciembre	Oficina de Sistemas Planeación
Lineamiento Transparencia pasiva	Evaluar cumplimiento de la Ley 1755 de 2015	N° de solicitudes de información con respuestas oportunas/N° totales de solicitudes de información X 100.	Realizar seguimiento y la trazabilidad de las solicitudes de información con respuestas oportunas, respetando los términos de respuesta al derecho de petición de documentos y de información que señala la Ley 1755 de 2015.	100% de cumplimiento de información con respuestas oportunas,	Febrero hasta Diciembre	Oficina Jurídica Diferentes Áreas de la ESE
Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la información.	Dar cumplimiento a la Publicación oficial en el sitio Web de la entidad en el enlace "Transparencia y Acceso a la información pública".	Publicación en página Web institucional.	Publicar en el sitio Web oficial de la entidad en el enlace "Transparencia y Acceso a la información pública" los instrumentos de gestión de información solicitados en la Ley 1712 de 2014.	Publicar el 80% de información oficial en el sitio Web en el enlace "Transparencia y Acceso a la información pública"	Septiembre	Oficina de Sistemas
COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	Fecha Final	DEPENDENCIAS/ RESPONSABLES
Criterio diferencial Accesibilidad	Verificar los lineamientos de usabilidad y accesibilidad aplicable a la entidad.	Informe de cumplimiento de lineamientos.	Identificar los lineamientos de usabilidad y accesibilidad aplicable a la entidad.	80% de los lineamientos de usabilidad y accesibilidad aplicable a la entidad identificados.	Junio Diciembre	Oficina de Sistemas Planeación
Monitoreo de acceso a la Información Pública.	Hacer seguimiento a la oportunidad de respuestas realizadas a requerimientos e información solicitada	Informe estadístico cuatrimestral sobre las solicitudes de información presentada a la entidad.	Realizar informe sobre las solicitudes de acceso a la información presentadas a la entidad que incluya: Número de solicitudes recibida, Numero de solicitudes Trasladas a otras institución, tiempo de respuesta a cada solicitud, Numero de solicitudes que se negó acceso a la información.		Junio Diciembre	Oficina Jurídica. Estadística.

COMPONENTE INICIATIVAS ADICIONALES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2018

Entre las actividades a desarrollar se encuentra la de adaptar y adoptar el código de integridad y seguimiento, tarea que se encuentra avanzada, para presentación y aprobación, igualmente la implementación de las políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de la E.S.E.

COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES

Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Adaptar y adoptar el código de integridad	Código de integridad socializado	Subgerente-Coordinación Asistencial-Talento Humano-MECI-Calidad-Planeación Aprobado en Comité de Ética	3° trimestre 2018
Realizar seguimiento al código de integridad de acuerdo con la metodología del DAFP	Código de integridad con seguimiento	Control Interno con apoyo del Comité de Ética	3° Y 4° trimestre 2018
Implementar las políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de la E.S.E.	Políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de la E.S.E. implementadas.	Planeación	3° Y 4° trimestre 2018

RECOMENDACIONES:

- ❖ Revisar y consolidar la política de administración de riesgos y sus instrumentos de desarrollo, aprobarla y socializarla
- ❖ Monitoreo permanente a los riesgos de corrupción y evaluación de los controles propuestos, ya que se encuentran en estados extremos y alto en el análisis del riesgo inherente
- ❖ Publicar tramites en página web institucional y socializarlos a través de rendición de cuentas
- ❖ Que la rendición de cuentas deje de ser únicamente un evento periódico (cada año) y unidireccional de entrega de resultados y se convierta en un proceso continuo y bidireccional que genere espacios de dialogo entre la entidad y los ciudadanos
- ❖ Elaborar estrategia anual de rendición de cuentas según los parámetros de la guía Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano, versión 2 y Manual Único de Rendición de cuentas.
- ❖ Elaborar informe de resultados, logros y dificultades en la rendición de cuentas y diseñar planes de mejoramiento.
- ❖ Para mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de la entidad (Mecanismo para mejorar la atención al ciudadano), desarrollarlas en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio al Ciudadano (Conpes 3785 de 2013)
- ❖ Analizar el estado actual del servicio al ciudadano que presta la entidad con el fin de identificar oportunidades de mejora y a partir de allí, definir acciones que permitan mejorar la situación actual.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO	FR- GE-AI-02
VERSIÓN	01
FECHA	02/14
HOJA	8 / 9

- ❖ Incluir en el mapa de riesgo, riesgos sobre las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), o sea aquellos recursos, herramientas y programas que se utilizan para procesar, administrar y compartir la información mediante diversos soportes tecnológicos, tales como: computadoras, teléfonos móviles, televisores, reproductores portátiles de audio y video o consolas de juego
- ❖ Desarrollar entre otras el establecimiento de un reglamento interno para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos, Identificar, documentar y optimizar los procesos internos para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos.
- ❖ Publicar periódicamente la información mínima en la página web de la Entidad link 'Transparencia y acceso a la información pública'
- ❖ Aplicar el modelo para formular la estrategia de Transparencia y Acceso a la Información propuesta por la Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano versión 2, las cinco (5) estrategias generales para iniciar la implementación de medidas que garanticen la Transparencia y el Acceso a la Información Pública,
- ❖ Incluir en el código de ética institucional los lineamientos claros y precisos sobre temas de conflicto de intereses, canales de denuncia de hechos de corrupción, mecanismos para la protección al denunciante, unidades de reacción inmediata a la corrupción entre otras y socializarlo al interior de la entidad y darlo a conocer a los diferentes grupos de interés.
- ❖ Elaborar manual SARLAFT y presentar a la Junta Directiva para su aprobación, como también diseñar las políticas e incorporarlas al código de ética y socializarlas
- ❖ Entregar formalmente al líder del proceso de sistema la información a publicar en página web, link Transparencia y el Acceso a la Información Pública.
- ❖ Motivar, justificar e informar a la oficina de control interno sobre los cambios que se efectúen al plan anticorrupción y atención al ciudadano
- ❖ Incluir en las rendiciones de cuentas programadas 2018, la promoción y divulgación del plan anticorrupción y atención al ciudadano.
- ❖ Elaborar plan de mejoramiento con las recomendaciones encontradas y aceptadas en el presente informe y presentarlo a la oficina de control interno para su seguimiento.
- ❖ Seguir publicando en el sitio Web oficial de la entidad en el enlace "Transparencia y Acceso a la información pública" los instrumentos de gestión de información solicitados en la Ley 1712 de 2014, mediante solicitud a cada una de las áreas responsable
- ❖ Adoptar y adaptar el código de integridad y hacer seguimiento
- ❖ Elaborar e Implementar las políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de la E.S.E.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO	FR- GE-AI-02
VERSIÓN	01
FECHA	02/14
HOJA	9 / 9

	Elaborado	Revisado	Aprobado
Nombre:	ISIDRO LUIS GOMEZ R		
Cargo:	ASESOR CONTROL INTERNO		
Firma:			