

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Sistema de Información y Atención al Usuario
 –SIAU–

3. Objetivo: Gestionar oportunamente la orientación y requerimientos de los usuarios para satisfacer sus necesidades y expectativas, dentro de una cultura de servicio, en el marco del restablecimiento de sus derechos, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
FORTALECER EL SERVICIO AL CIUDADANO	Gestión de PQRSD antes de 15 días	100%	Se han realizado los seguimientos a los casos presentados mediante PQRSD, evidenciándose que estas se gestionan antes del tiempo estipulado normativamente
	Proporción global de la satisfacción de los usuarios	92%	Se revisó la tabulación de las encuestas de satisfacción, evidenciándose que son muy pocos los usuarios que se encuentran insatisfechos
	Actualizar la información relacionada con el SIAU: Documentar el proceso, actualizar manuales	90%	Se presentó un avance significativo relacionado con la actualización del proceso del SIAU
	Cronograma de capacitación a usuarios definido y ejecutado	80%	El cronograma de capacitación lo realiza la líder del proceso de manera mensual, muy a pesar de los inconvenientes presentados por la pandemia, este proceso avanzó significativamente en el cumplimiento de cada cronograma
	Acompañamiento a la Asociación de Usuarios en su labor de veeduría en salud	100%	De manera mensual es programada la reunión con la asociación de usuarios, se realiza el acompañamiento por parte de la entidad a través de la oficina del SIAU
	Encuesta de satisfacción diseñada e implementada por cada canal de atención diseñada	100%	Existe formato físico, con un promedio 155 encuestas mensuales

	Asignación de citas médicas presencialmente y por medio de llamadas telefónicas	100%	Durante la vigencia 2021 se cumplió a cabalidad con la asignación de citas médicas por parte de la líder de este proceso
--	---	------	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: La oficina del SIAU desarrolló de manera consecuente las actividades propuestas en el Plan de Acción. Es importante resaltar el compromiso que existió por parte de quien lidera el proceso, quien coadyuvó a que el planes de mejoramiento producto de auditoría interna cumplieran un buen porcentaje de cumplimiento.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Es indispensable dar cumplimiento a cabalidad con el plan de mejoramiento producto de las auditorías practicadas por esta oficina y por calidad.
- Los informes mensuales de los resultados y la interpretación de las encuestas realizadas a los usuarios por parte de la líder del proceso se socialicen a la gerencia y al comité de ética. Así mismo, dar a conocer a cada una de las EPS contratadas este reporte.
- Se recomienda plantear un cronograma de socialización de deberes y derechos con fechas de realización y especificar si es para clientes internos o externos y realizar seguimiento a este cronograma a través del comité de ética

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Consulta externa

3. Objetivos: Gestión para el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios en la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN CONSULTA EXTERNA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD	Cumplimiento del programa de seguridad del paciente	90%	En la ESE se implementó el programa de seguridad del paciente “José Antonio seguro”, se realizaron las capacitaciones pertinentes y el seguimiento a dicho programa. Sin embargo no se reportaron eventos adversos, situación que se debe analizar y fortalecer
	Programación mensual del personal médico y de enfermería a las capacitaciones del PIC	40%	El Plan Institucional de Capacitaciones se formalizó en el mes de enero, no obstante, el cronograma estipulado no se ejecutó en su totalidad debido a múltiples factores, mencionar además que existe renuencia por parte del personal médico y de enfermería para asistir a los eventos programados
	Mejorar oportunidad con aumento de horas médico de consulta	80%	Se abrió la agenda de un médico más para la consulta externa, por la cantidad de pacientes, lo que mejoró la oportunidad para la asignación de citas.
	Medir la inasistencia de los pacientes a la consulta programada	60%	Resulta pertinente disponer de un mecanismo a través del cual se pueda medir la inasistencia de los pacientes a la consulta programada.
	Asignación de citas con oportunidad	100%	Se logra alcanzar la meta de asignación de citas con oportunidad, esto se analizó en los diferentes informes presentados

	Trato humanizado a los pacientes	100%	Para esta anualidad no se recibieron quejas relacionadas con este servicio en la entidad
	Socialización de deberes y derechos	100%	La oficina del SIAU realiza con frecuencia capacitaciones relacionadas con la socialización de deberes y derechos de los usuarios. También se estableció un cartel informativo con los deberes y derechos y se realiza entrega de folletos informativos
	Proceso documentado	40%	Se estableció el Manual de Procesos, no obstante es indispensable que se documente cada uno de los procesos, con su respectivo flujograma.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Este proceso cumplió con la mayoría de las actividades que fueron establecidas para el mismo, sin embargo, es importante que aquellas que no se alcanzaron a realizar se evalúen para reprogramarlas en esta vigencia.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Es importante la documentación de los procesos en la entidad, además de dar cumplimiento a los cronogramas propuestos en los planes institucionales, pues esto contribuye con el fortalecimiento de los diferentes procesos en la ESE.

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Rayos X

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Brindar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con oportunidad, calidad y seguridad garantizando la satisfacción del usuario.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO CON OPORTUNIDAD, CALIDAD Y SEGURIDAD	Mantener un indicador proporcional de producción, relacionado con las imágenes diagnósticas en la entidad	90%	Durante el 2021 disminuyó la cantidad de imágenes diagnósticas realizadas en la entidad. Indispensable continuar trabajando la pertinencia de las mismas con los médicos
	Realizar seguimiento al cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	90%	Se lleva un registro del mantenimiento que se realiza y se trabaja en conjunto con los otros procesos. Indispensable que se realice el seguimiento al mantenimiento preventivo en el plan de mantenimiento por parte de la Técnico Operativo
	Mantener la satisfacción del usuario en el servicio por encima a la del año 2020	91%	Satisfacción de los usuarios se mantuvo en un porcentaje adecuado, no se presentaron quejas relacionadas con el servicio
	Realizar con el comité de historias clínicas evaluación de pertinencia de imágenes diagnósticas	90%	Durante el 2021 se incrementó el número de reuniones realizadas en el marco del comité de historias clínicas. Insistir en la pertinencia tanto de imágenes diagnósticas como de laboratorios clínicos

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: La oficina de Control Interno establece que es un proceso que viene mejorando progresivamente, es necesario articular y trabajar en conjunto con otros procesos para alcanzar el cumplimiento de las metas programadas

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Continuar con el cumplimiento de las metas del proceso, incluyendo aquellas en las que no se ha alcanzado la totalidad de lo programado

Indispensable culminar las actividades programadas en el plan de mejoramiento dispuesto con ocasión a las auditorías internas

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Urgencias, hospitalización y sala de partos

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Brindar atención a los usuarios con condiciones médicas de urgencias y emergencias, de acuerdo con la priorización del estado de salud que presenten.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
FORTALECER LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUROS Y HUMANIZADOS	Equipo humano, técnico y logístico para el servicio de urgencias y hospitalización	100%	Se cuenta con el equipo humano conformado por cuatro médicos, ocho auxiliares de enfermería, un jefe de enfermería, dos conductores de ambulancia y personal de apoyo para la prestación del servicio en este proceso
	Capacidad instalada de equipos y tecnología de comunicaciones para los procedimientos de referencia y contrareferencia	90%	En el servicio se cuenta con equipos tecnológicos como computadores e impresoras, no obstante algunos están presentando deficiencias, principalmente las impresoras. Para las comunicaciones se cuentan con teléfonos móviles activos, la línea fija fue cancelada por presentar daños persistentes, también se cuenta con internet permanente
	Capacitar a todo el personal responsable del reporte de los eventos adversos	90%	Durante la vigencia 2021 en el marco del programa de seguridad del paciente "José Antonio seguro", se realizaron las capacitaciones pertinentes y el seguimiento a dicho programa. Sin embargo no se reportaron eventos adversos, situación que se debe analizar y fortalecer
	Seguimiento al cumplimiento de planes de mejora por proceso	60%	Del plan de mejoramiento suscrito con la OCI se presentó un avance significativo en las acciones definidas

	Informes externos a entidades de inspección, control y vigilancia	100%	Se evidenció el reporte de los informes enviados a la Secretaría de Salud Departamental y demás entidades dentro de los términos establecidos.
	Informes internos de producción	100%	Mensualmente se presentaron los informes a la Coordinadora de Calidad, al jefe de enfermería y personal de apoyo para realizar el cargue de los diferentes reportes
	Disminuir el número de quejas que en años anteriores se presentaron referente al servicio	90%	Para la vigencia 2021 disminuyeron las quejas considerablemente, no obstante resulta pertinente fortalecer aspectos relacionados con la humanización y trato al paciente, con quienes forman parte del proceso (médicos, enfermeras, conductores, admisionista, etc.)

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Este proceso presenta mejoras significativas al compararlo con otras vigencias, indispensable fortalecer los aspectos en los que no se alcanzó la totalidad del cumplimiento.

El proceso cuenta con sistemas de información, talento humano y recursos logísticos lo que le permiten desarrollar las actividades de forma adecuada.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Fortalecer los aspectos en los que no se alcanzó la totalidad del porcentaje requerido

- Tener en cuenta las actividades pendientes por realizar en el plan de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Laboratorio clínico

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Brindar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con oportunidad, calidad y seguridad garantizando la satisfacción del usuario

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO CON OPORTUNIDAD, CALIDAD Y SEGURIDAD	Actualización de los manuales que forman parte del proceso	100%	Se evidenció que los manuales utilizados en el proceso fueron actualizados y aprobados por la Coordinadora de Calidad
	Contratar y ejecutar la programación de la calibración de los equipos que lo requieren	100%	La calibración de los equipos se realizó de acuerdo a la programación ejecutada por el ingeniero biomédico y de acuerdo a la contratación que se estableció.
	Definir y evidenciar la ruta de evacuación de residuos biológicos – ruta de desechos	100%	La ruta de residuos biológicos y de desechos se definió y graficó de acuerdo a lo establecido en el PGIRASA
	Realizar con el comité de historias clínicas evaluación de pertinencia de exámenes de laboratorio clínico	90%	Durante el 2021 se aumentó el número de reuniones en el marco del comité de historias clínicas
	Aplicar normas de bioseguridad y salud en el trabajo y manejo de residuos sólidos	100%	Se evidenció aplicabilidad de protocolo de lavado de manos, uso de tapabocas, guantes, conocimiento del manejo de residuos sólidos por capacitaciones impartidas por el Ingeniero Ambiental
	Realizar diariamente chequeo y calibración de cada uno de los instrumentos antes de iniciar las lecturas y llevar un registro de los procedimientos de calibración	100%	Se observó que diariamente realizan el chequeo de los instrumentos antes de iniciar labores. Se verificó reportes de servicio técnico de mantenimiento por equipo realizado por el ingeniero biomédico

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: El proceso ha presentado avances significativos en el mejoramiento de los aspectos que se evidenciaron con falencias, es un área comprometida con la mejora continua. Este proceso lleva a cabo el cumplimiento de las actividades propuestas mediante su equipo de trabajo.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Exhortar al proceso a continuar gestionando correctamente las acciones, manteniendo el autocontrol. Indispensable que los comités institucionales se reúnan con la periodicidad estipulada para cada uno de ellos y en este caso en particular, para evaluar la pertinencia de los exámenes.

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Odontología

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Garantizar la atención oportuna y pertinente a los usuarios que demanden los servicios odontológicos en la entidad

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
ATENCIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE EN EL SERVICIO ODONTOLÓGICA	Implementación y seguimiento a las buenas prácticas de salud oral	80%	Adherencia a protocolos, resulta necesaria la documentación de los mismos
	Captación de población específica para promoción de salud bucal	90%	Se realiza demanda inducida para captar al usuario en salud oral, esto se realiza a través de los diferentes programas y con apoyo del convenio PIC municipal.
	Actualización de procesos y procedimientos	40%	Los procesos y procedimientos documentados no se han actualizado en su totalidad
	Aumentar el número de pacientes con tratamientos odontológicos terminados en el año anterior	80%	Debido a la pandemia generada por el COVID-19 se evidenció existe renuencia por parte de los usuarios para consultar en odontología, no obstante para la vigencia 2021 el número de pacientes aumentó significativamente
	Mejorar las condiciones de salud bucal a la población y cumplir con las metas estandarizadas por EPS	90%	Se realizó demanda inducida para dar cumplimiento a las metas establecidas por la EPS
	Reportes de informes relacionados con el proceso	100%	De manera mensual se realizó el reporte de la información requerida para producción

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: La oficina de Control Interno considera que el proceso de odontología realizó un cumplimiento parcial a las metas establecidas para la vigencia 2021, por lo que estima pertinente fortalecer aquellas metas en las que no se cumplió a cabalidad con lo programado.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Fortalecer el cumplimiento de las actividades con el fin de no presentar inconvenientes con las EPS con las que se tiene contrato en la entidad.

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Promoción y mantenimiento de la salud

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Garantizar la atención oportuna y pertinente a los usuarios que demanden los servicios en la ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Socializar, implementar el plan de demanda inducida institucional, acorde a los términos de contratación con las EPS y metas contractuales de productividad a ejecutar	100%	Durante el transcurso de la vigencia se realizaron socializaciones relacionadas con la demanda inducida institucional, esto en atención a la adopción de la resolución 3280 y 202 de 2021 y a los contratos con las diferentes EPS
	Fortalecer las líneas de acción correspondientes al modelo preventivo y de gestión del riesgo	100%	Al finalizar la vigencia se obtuvieron resultados importantes relacionados con las líneas de acción, a pesar de los cambios debido a la pandemia que produce el COVID-19.
	Gestión y actualización de bases de datos	100%	Internamente se realiza la gestión para que mensualmente las bases de datos de cada EPS sean actualizadas
	Se realizó la elaboración y estructuración de los protocolos y de los programas de promoción y mantenimiento de la salud	90%	Los diferentes protocolos relacionados con el proceso fueron estructurados, se socializaron, sin embargo existe poca afluencia de asistencia de los involucrados
	Reportes mensuales de los informes según la resolución 4505 y 202 de 201 de las atenciones realizadas en la institución	100%	Este reporte se realizó oportunamente a cada una de las EAPB contratadas en la ESE
	Reporte mensual del informe según la resolución 3280 de las atenciones realizadas en la ESE a las diferentes EPS contratadas	100%	Los informes relacionados con la resolución 3280 se reportaron oportunamente a cada solicitante

	Socialización de análisis de informe de productividad y comportamiento contractual trimestral del área	100%	Los análisis y la socialización se realizan en el marco del informe del SIHO del Decreto 2193 de 2004, con periodicidad trimestral
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Adopción y socialización de los lineamientos de interés en salud pública emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	80%	Se realizaron adopciones a lineamientos, se programaron socializaciones, sin embargo hubo poca asistencia a los mismos, en especial de los médicos
	Capacitación del personal asistencial sobre protocolos y guías de atención de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud	80%	Durante el 2021 se realizaron varias capacitaciones relacionadas con protocolos y guías de atención, no obstante como antes se mencionó se evidenció en los registros poca asistencia a las mismas

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: El principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el paciente y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas. Se estima un cumplimiento satisfactorio de las actividades programadas.

La E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez cuenta con un Coordinador de Calidad quien se encarga de efectuar el seguimiento a las actividades implementadas con el propósito de dar cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Operativo institucional, adicional al PAMEC.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Elaborar y ejecutar el Plan de Auditoría PAMEC, con el propósito de medir el nivel de avance según los indicadores implementados para el cumplimiento de las metas anuales.

Dar cumplimiento a las actividades programadas en el plan de mejoramiento dispuesto para el proceso.

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: PAI

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Garantizar la atención oportuna y pertinente a los usuarios que demanden los servicios en la ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
ATENCIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE A LOS USUARIOS QUE DEMANDEN LOS SERVICIOS DE VACUNACIÓN EN LA ENTIDAD	Reportes mensuales del informe del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) de las diferentes atenciones realizadas en la institución a las diferentes EPS contratadas	100%	Se evidenció la oportunidad en los informes correspondientes al proceso a cada EPS contratada
	Alimentación del componente de planificación y programación	100%	Este componente se alimentó periódicamente para la ejecución de las actividades en el proceso
	Alimentación del componente de ejecución, estrategias operativas para el logro de coberturas	100%	Durante la vigencia 2021 se implementaron estrategias para cumplir con el logro de las coberturas dispuestas para el municipio
	Fortalecer y cumplir con el componente de capacitación al talento humano en lineamientos de PAI	100%	El talento humano del PAI durante el 2021 recibió capacitaciones sobre diferentes lineamientos para el proceso, en especial para el COVID-19.
	Captación de población específica para el cumplimiento de metas	100%	Se realizó la captación de la población específica para cumplir con las coberturas
	Alimentación del componente de insumos	100%	Se ejecutaron actividades relacionadas con el componente de insumos y se alcanzaron las metas trazadas
	Alimentación del componente de cooperación técnica y supervisión	100%	Durante el 2021 se llevaron a cabo actividades relacionadas con la cooperación técnica, constantemente se está realizando supervisión por parte de la Secretaría de Salud Departamental

Alimentación del componente de sistema de información	100%	El sistema de información de la entidad fue parametrizado acorde a las actividades del proceso, del PAIWEB constantemente reciben capacitaciones en el área
Alimentación del componente de vigilancia en salud pública	100%	Este componente se realiza en conjunto con la Secretaría de Salud Municipal, se evidencian las reuniones y las actividades que desarrollaron en el 2021
Alimentación del componente de comunicación y movilización social	100%	En este componente se evidenciaron avances significativos en el desarrollo de las actividades que ejecutaron durante el 2021
Alimentación del componente de evaluación	100%	Esta área constantemente es evaluada, se evidencian los informes de auditoría de la Secretaría de Salud Departamental.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: El principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas. Se estima un cumplimiento satisfactorio de las actividades programadas por esta dependencia.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Continuar con la implementación de estrategias tendientes a garantizar el acceso y la calidad del servicio

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Farmacia

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Realizar suministro y seguimiento a medicamentos y dispositivos médicos requeridos por los diferentes servicios de la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
SUMINISTRO SEGUIMIENTO MEDICAMENTO, DISPOSITIVOS INSUMOS MÉDICOS	Gestionar y suministrar los insumos necesarios para la prestación de servicios de salud en la ESE	100%	Se realizaron análisis de rotación de medicamentos, dispositivos e insumos médicos con periodicidad semanal, se buscaron proveedores y alternativas de oportunidad al usuarios
	Gestionar y suministrar los dispositivos médicos necesarios para la prestación de servicios en la entidad	100%	Según el análisis realizado se realizó búsqueda de proveedores y alternativas para dar oportunidad a los usuarios, teniendo en cuenta los productos contratados, productos con permisos sanitarios vigentes y/o requerimientos particulares
	Gestionar y suministrar los medicamentos necesarios para la prestación de servicios de salud en la ESE	100%	Se realizaron análisis de rotación de medicamentos, dispositivos e insumos médicos con periodicidad mensual, se buscaron proveedores y alternativas de oportunidad al usuarios
	Gestionar el programa de farmacovigilancia	80%	Se encontró con un cronograma anual de las reuniones, no obstante hizo falta una de las reuniones programadas
	Gestionar el programa de tecnovigilancia	80%	El programa se encuentra documentado, sin embargo se debe ajustar y actualizar. Hizo falta una de las reuniones programadas
	Racionalizar el trámite de dispensación de medicamentos	20%	Se realizó esta solicitud para incluirlo en el SUIT, sin embargo no se presentaron avances

	Realizar permanentemente la semaforización de los medicamentos e insumos de la farmacia	90%	En las auditorías que se realizaron se revisó que los medicamentos estuvieran semaforizados, sin embargo en el plan de mejora se realizaron objeciones de algunos aspectos que se evidenciaron
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: La oficina de Control Interno considera que el proceso lleva a cabo el cumplimiento de las actividades propuestas, sin embargo resulta indispensable fortalecer aquellos que no se alcanzó a culminar. El avance es satisfactorio.</p> <p>Se resalta el ejercicio de los análisis para identificar mejoras y fortalecer la gestión y suministro de insumos, dispositivos y medicamentos necesarios para la prestación de servicios de salud en la ESE.</p>			
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Continuar con el mejoramiento continuo en la dispensación de los medicamentos en forma oportuna. Se recomienda gestionar el trámite en la plataforma SUIT, lo cual hace parte del componente de Racionalización de Trámites del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p>			
<p>8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres Jefe Oficina Asesora de Control Interno</p>		<p><i>Firmado el original</i></p>	

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Recursos Humanos

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Formular y ejecutar los planes institucionales relacionados con Talento Humano

Llevar a cabo los programas de inducción y reinducción del personal en la entidad

Realizar los comités que se encuentren a cargo de este proceso

Presentar los informes dentro del término estipulado a los entes de control y demás entidades

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON TALENTO HUMANO	Implementar el Plan de Previsión de Recursos Humanos para la vigencia 2021	100%	Plan de Previsión de Recursos Humanos aprobado mediante resolución N° 017 del 27 de enero de 2021
	Elaborar el Plan Institucional de Capacitaciones, realizar la supervisión para garantizar la ejecución del mismo	50%	El Plan Institucional de Capacitaciones fue aprobado mediante resolución N° 019 del 27 de enero de 2021, sin embargo a pesar de las auditorías realizadas, las recomendaciones por parte de esta oficina y del plan de mejoramiento implementado no fue posible lograr la ejecución de la totalidad del cronograma dispuesto en el plan
	Implementar el programa de inducción y reinducción para los empleados de la ESE	40%	El Programa de inducción y reinducción se encuentra implementado en la entidad, sin embargo no se encuentra documentado, este se cumple parcialmente. El de reinducción no se está realizando, por lo que es necesario realizar los ajustes pertinentes para su implementación durante el 2022
	Elaborar el Plan de Estratégico de Talento Humano para la ESE HJASS	80%	Se evidenció que el plan fue implementado y aprobado por Resolución N° 018 de 2021

FORTALECIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y EL ENTRENAMIENTO DEL TALENTO HUMANO	Realizar el seguimiento al plan de seguridad y salud en el trabajo	97%	De este plan se realizó un gran número de actividades, se presentaron avances significativos, además que se realizó el seguimiento mensual al mismo por un contratista idóneo
	Gestionar el plan institucional de capacitación 2021	50%	El PIC se estableció para la anualidad, sin embargo no se ejecutó en su totalidad. Hizo falta la implementación de estrategias por parte de Recursos Humanos para la realización de estas capacitaciones
	Gestionar el Plan de Bienestar Institucional	70%	Las actividades programadas en el plan no se desarrollaron en su totalidad, sin embargo y aun con las medidas requeridas debido al COVID-19, se ejecutaron siempre en procura del bienestar de los funcionarios
	Gestión de la Política de Integridad	50%	Se evaluó la política teniendo en cuenta aspectos como valores institucionales y principios, los cuales faltaron por socializar
	Gestionar los actos administrativos correspondientes a las diferentes situaciones administrativas que se presenten con el personal de planta de la ESE	100%	Se evidenció un gran número de actos administrativos correspondientes a diferentes situaciones administrativas presentadas en la ESE

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: El proceso de Recursos Humanos cumplió parcialmente con las actividades propuestas para la vigencia 2021. Resulta pertinente para el 2022 fortalecer y dinamizar este proceso, desarrollar las actividades programadas en cada plan y realizar el seguimiento a los mismos por parte de la funcionaria encargada

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Revisar las políticas bajo la responsabilidad del proceso, así como los planes y programas, de tal forma que se ajusten a las necesidades actuales de la institución.

Indispensable realizar el seguimiento a la implementación de políticas, planes y programas y que estos se encuentren debidamente documentados

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Contabilidad

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Planeación, programación, organización y control de los procesos contables de la ESE, teniendo en cuenta la normatividad vigente y los procedimientos aplicables, logrando la efectividad del gasto en pro de alcanzar las metas y la eficacia en la ejecución presupuestal de la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
MEJORAR INTEGRALMENTE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, QUE PERMITAN ANTICIPARSE AL RIESGO ECONÓMICO	Realizar seguimiento trimestral al indicador de equilibrio presupuestal con recaudo	100%	Este seguimiento se realizó a través del informe del SIHO relacionado con el Decreto 2193 de 2004
	Realizar seguimiento trimestral al indicador evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	100%	Este seguimiento se realizó a través del informe del SIHO relacionado con el Decreto 2193 de 2004
	Realizar seguimiento mensual al indicador de endeudamiento	100%	De manera mensual contabilidad realizó seguimiento a cada indicador
	Realizar seguimiento mensual al indicador oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya	100%	Cabe mencionar que este informe se reporta trimestralmente, sin embargo, en ocasiones internamente se analiza esta información mensualmente
	Implementación presupuesto de la vigencia 2021 y elaboración del presupuesto para la vigencia 2022	100%	En el primer trimestre se implementó el presupuesto 2021 y el anteproyecto y proyecto del mismo fue presentado durante el último trimestre de la vigencia 2020 a la Junta Directiva, quien lo aprueba
	Presentación de la totalidad de los informes a las diferentes entidades (entes de control y vigilancia, etc.)	100%	Se verificó la entrega de la totalidad de los informes requeridos por los entes de control a través de las diferentes plataformas

	Realización de la conciliación mensualmente de las cuentas bancarias con los libros y extractos de contabilidad	100%	Las conciliaciones bancarias se realizan mensualmente, con cada una de los bancos en los cuales se tienen registradas las cuentas de la entidad. Se menciona que los libros de contabilidad no se llevan en medio físico, sino en un archivo en excell, tampoco el módulo de contabilidad está funcionando en el software HCLINIC, situación que debe analizarse para el 2022
	Realización y verificación trimestral de las cuentas por pagar con los balances trimestrales certificados	100%	Se verificaron las conciliaciones de cuentas por pagar con los balances certificados, los cuales fueron presentados trimestralmente a: Supersalud, Min de la Protección Social SIHO 2193 de 2004

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Se evidencia en el análisis de resultados el cumplimiento de las actividades dentro del tiempo estipulado en la vigencia objeto de la revisión.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Para realizar un proceso contable más eficiente resulta pertinente la puesta en marcha de todos los módulos dispuestos en el HCLINIC

Generar las alertas ante cualquier cambio en los indicadores financieros que son la base para la toma de las decisiones administrativas

Indispensable mejorar la socialización de la información a reportar entre los diferentes procesos para el envío de los informes y reportes

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Gestión ambiental y servicios generales

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Desarrollar actividades encaminadas con la responsabilidad social y el compromiso ambiental para brindar un buen servicio tanto a los usuarios internos como externos de la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL COMO APOORTE AL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD	Capacitar al personal en temas relacionados con el manejo de residuos y las normas de bioseguridad	100%	Se impartieron por parte de Gestión Ambiental varias capacitaciones relacionadas con el PGIRASA
	Elaborar el informe de gestión interna del PGIRASA	100%	Los informes que se solicitaron tanto por el hospital como por la Secretaría de Salud Departamental fueron entregados en su totalidad y dentro del término estipulado
	Realizar visitas internas de inspección, vigilancia y control de manejo de residuos por las diferentes áreas del hospital	100%	Se realizaron las visitas programadas tanto con mantenimiento como con SST, esto con el fin de evidenciar el mejoramiento continuo en el área ambiental de la ESE y en todos los procesos misionales
	Conformar el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental Sanitario y realizar las reuniones requeridas mensualmente	100%	Se conformó el GAGAS y desde su implementación se han llevado a cabo todas la reuniones mensualmente
	Actualizar el diagnóstico ambiental y sanitario del manejo de los residuos y elaborar conceptos técnicos	80%	Este diagnóstico debe realizarse anualmente, esto con el fin de determinar los planes, acciones y programas a ejecutar durante esta nueva vigencia.
	Realizar jornadas de aseo y limpieza general a todas las áreas del hospital	50%	Durante el 2021 disminuyó el número de jornadas de limpieza que se venían realizando, indispensable involucrar a todo el personal de la ESE

	Implementación de la política Cero Papel	50%	Esta política no se elaboró, sin embargo se realizaron campañas educativas (socializaciones) en cada proceso relacionadas con la misma
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Gestión Ambiental se ubica en un rango de cumplimiento satisfactorio, observando un porcentaje significativo de avances en sus actividades</p>			
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Indispensable el cumplimiento de las actividades relacionadas con capacitaciones al personal</p> <p>Continuar con el GAGAS y realizar las reuniones mensuales</p> <p>Realizar un cronograma para establecer mínimo cuatro jornadas de aseo general a la entidad, donde se involucre al personal asistencial y administrativo</p> <p>Implementar la política de cero papel en la ESE, socializarla y realizar en conjunto con otros procesos actividades relacionadas con la misma</p>			
<p>8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres Jefe Oficina Asesora de Control Interno</p>		<p><i>Firmado el original</i></p>	

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Facturación y cartera

3. **Objetivos institucionales relacionados con la dependencia:** Ofertar servicios de salud y gestionar la facturación, radicación y aseguramiento del recaudo de cartera

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
GESTIONAR LA FACTURACIÓN, RADICACIÓN Y ASEGURAMIENTO DEL RECAUDO DE CARTERA OPORTUNAMENTE	Incentivar la facturación por servicios de salud	100%	Al cierre de la vigencia del año 2021 el hospital facturó \$3.046.154.916 Es importante precisar que la producción aumentó considerablemente al ser contrastada con la vigencia 2020
	Alcanzar y sostener el nivel de glosa	100%	El porcentaje de glosas disminuyó considerablemente. Se adelantaron actas de conciliación de glosas y hubo oportuna respuesta de las mismas, lo que permitió cumplir con oportunidad a las objeciones dentro del los términos legales y lograr el cumplimiento de la meta establecida. Se realizaron auditorías concurrentes para la prevención de la glosa y se tomaron los correctivos necesarios para disminuir la glosa.
	Alcanzar y sostener el nivel de radicación	95%	Al cierre de la vigencia 2021 se radicó la mayoría de las facturas realizadas en la ESE. Se realizaron trimestralmente reuniones de seguimiento a lo pendiente por radicar y se clasificó
	Saneamiento de cartera	100%	La cartera susceptible de cobro con corte al mes de diciembre presenta un porcentaje importante al de la cartera radicada

	Conciliar la cartera	100%	Para la vigencia 2021 se dio cumplimiento a los cronogramas de conciliación y a las mesas de concertación con el acompañamiento de la Secretaría de Salud Departamental, además de un estricto seguimiento a los acuerdos de pago. Igualmente se atendieron los procesos de conciliación extrajudicial con la Supersalud.
	Alcanzar y sostener el recaudo de la cartera de la vigencia anterior	100%	Al cierre de la vigencia se logró un recaudo de la vigencia anterior de \$505.321.536. Se ha dado cumplimiento al seguimiento de los acuerdos de pago establecidos
	Alcanzar y sostener el recaudo de la cartera corriente	94%	El recaudo de la vigencia 2021 fue de \$2.471.326.589, se realizaron las gestiones pertinentes por parte de los involucrados para alcanzar esta importante cifra.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: El proceso de facturación y cartera presentó un cumplimiento satisfactorio al cierre de la vigencia, pues se alcanzó casi la totalidad de las actividades registradas, muy a pesar de lo ocasionado por la emergencia del COVID-19.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Continuar con el proceso de fortalecer las auditorías a la facturación para que esta sea efectiva.

Así mismo, es importante continuar dando cumplimiento a los cronogramas y las conciliaciones con las EPS para acelerar el proceso de saneamiento de cartera y detectar aquellas que están próximas a vencer.

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Contratación y Jurídica

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Gestión para el mejoramiento de las acciones contractuales, así como las relacionadas con la Dirección y Gerencia en la E.S.E Hospital José Antonio Socarrás Sánchez

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
FORTALECER LA GESTIÓN CONTRACTUAL Y JURÍDICA DE LA ENTIDAD	Registro digital de la contratación	100%	La contratación realiza en la entidad se encuentra con el debido registro
	Contratos publicados en la plataforma SECOP I y rendidos en el aplicativo SIA OBSERVA	80%	Todos los contratos fueron publicados en el SECOP I. En cuanto al SIA OBSERVA se evidenció que se realizaron las rendiciones pertinentes, sin embargo al aplicar el control de legalidad se encontró que no todos los documentos requeridos por el aplicativo fueron cargados
	Las solicitudes presentadas en el área jurídica fueron tramitadas, con respuesta y solicitud en físico	100%	Se constató que todas las peticiones realizadas en la institución fueron tramitadas y las respuestas se remitieron a los interesados
	Informes enviados a los procesos interesados en la ESE	100%	Los diferentes informes requeridos, son enviados a los diferentes procesos
	Informes enviados a entes de control y otras entidades	100%	Los informes que desde el proceso se generaron fueron enviados dentro del término, sin embargo no existe un expediente en físico con dichos comprobantes
	Realizar la gestión contractual dentro del término y con la documentación completa	90%	Durante el 2021 se evidenciaron falencias en esta actividad, es importante fortalecer este aspecto en el 2022, pues existen inconsistencias que no se pueden descuidar

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: La Oficina Jurídica presentó avances en el cumplimiento de sus actividades, es importante que se fortalezcan los aspectos en los que no se avanzó, tener en cuenta las objeciones presentadas en las auditorías y en los planes de mejoramientos suscritos con el fin de que se evidencie transparencia en la contratación y se realice dentro de los límites legalmente permitidos.

La Oficina de Control Interno resalta la importancia del proceso de contratación porque demuestra transparencia en los procesos tanto para el Estado como para la comunidad, garantizando el buen servicio con el fin de cumplir con la función social en casos como obras, suministros de artículos y bienes y prestación de servicios.

Es importante aplicar las etapas de contratación desde la planeación, selección, contratación y ejecución, las cuales permiten garantizar la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la situación jurídica o contractual de la organización debido a su incumplimiento o desacato a la normatividad legal.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Es importante que exista compromiso por parte de quienes conforman el proceso para adelantar las acciones pendientes

Realizar la rendición de los contratos mensualizados en el SIA OBSERVA con todos los documentos anexos requeridos por el aplicativo

Indispensable que los expedientes contractuales contengan todos los documentos requeridos en el proceso

No legalizar contratos si no se cumplen con los requisitos para hacerlo

Dar cumplimiento a las actividades estipuladas en el plan de mejoramiento producto de las auditorías tanto externas como internas

Se recomienda que cada funcionario encargado de realizar los diferentes documentos contractuales, aplique el debido autocontrol en los procesos asignados, para evitar que se presenten inconvenientes por errores u omisiones en cada proceso contractual.

Se recomienda verificar que en el Plan Anual de Adquisiciones éste incorporado en debida forma la proyección en modalidad de contratación, tiempo y valor antes de iniciar un proceso contractual, para que esté de acorde lo programado con que se ejecutará, en caso que no esté solicitar a quien corresponda tener en cuenta el proceso que se llevará a cabo, para que el plan sea ajustado

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original

1. Fecha: Enero de 2022

2. Dependencia a evaluar: Sistemas

3. Objetivos institucionales relacionados con la dependencia: Garantizar la disponibilidad de la información de acuerdo a las necesidades internas y externas

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1 Meta	5.2. Avance producto SGI (%)	5.3. Análisis de Resultados
DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA HCLINIC.	Parametrizar HCLINIC para que sus módulos operen de forma integrada	70%	Al finalizar la vigencia permanecen los módulos de activos fijos, contabilidad, cartera y unos submódulos sin operar
	Fortalecer la infraestructura del sistema HCLINIC	90%	Durante la vigencia 2021 se realizaron adecuaciones y parametrizaciones al sistema operativo HCLINIC con el fin de adecuarlo de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 y 202 de 2021 y demás modificaciones que legalmente se han realizado
	Gestionar el mapa de riesgos del proceso	0%	No se realizó durante el 2021 el mapa de riesgos para el proceso
	Racionalizar el trámite de Historia Clínica	50%	Se realizó el diligenciamiento en la plataforma SUIT con el objeto de ser racionalizado, sin embargo hace falta culminar algunos aspectos requeridos por el aplicativo
	Administración del sistema operativo (hardware, software, comunicaciones y seguridad)	90%	Se cuenta con un resultado óptimo de cumplimiento relacionado con las actividades de administración del HCLINIC, se realiza diario la copia de seguridad, parametrizaciones y revisión de aspectos que se mejoraron. Indispensable que se tenga en cuenta las observaciones presentadas por quienes lo operan para realizar ciertas adecuaciones

FORTALECIMIENTO TIC'S	Elaboración y adopción de planes institucionales relacionados con el proceso	80%	Se elaboraron tres planes: Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI-, Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información y plan de seguridad y privacidad de la información. No obstante lo anterior algunas de las actividades propuestas en cada uno de estos no se ejecutaron
INNOVACIÓN Y CRECIMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	Mantener actualizado el portal web institucional	100%	La página web institucional se actualizó en su estructura y en la información. Se evidenció que en cuanto a actividades realizadas en la ESE se actualiza constantemente, pues está alineado con las redes sociales

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Las actividades propuestas por el proceso no se ejecutaron en su totalidad, se destaca la participación del proceso, el cual ha tenido un papel importante con la situación que se está viviendo con la pandemia por el COVID-19, lo que generó incremento de sus actividades, pero siempre brindando el apoyo permanente a los procesos por el trabajo remoto, así como las comunicaciones digitales y virtuales

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Revisar los diferentes planes que se elaboraron, tener en cuenta lo dispuesto en las políticas de seguridad de la información y de gobierno digital y ajustarlos a las necesidades actuales de la entidad.

Así mismo realizar la revisión e intervención de las dificultades que se presentan con el sistema operativo, el cual a pesar de haberse parametrizado a la fecha no alcanzan un funcionamiento óptimo

Continuar con el apoyo permanente a los diferentes procesos institucionales

8. Firma: Michelle Carolina Ballesteros Torres
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firmado el original