



Metrosalud®

**INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS CON ENFOQUE EN
RIESGOS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN
2019-2020-2021-2022-2023**

**GLORIA PATRICIA ISAZA ORDUZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN**

**HÉCTOR VALLEJO VELÁSQUEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AUDITOR
OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN**

Enero de 2024



Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUCCION..... | 3 |
| 2 | OBJETIVO..... | 3 |
| 3 | ALCANCE | 3 |
| 4 | METODOLOGIA | 3 |
| 5 | RESULTADOS..... | 5 |
| 5.1 | Debilidades | 5 |
| 5.2 | Auditorías con enfoque en riesgos con plan de mejoramiento..... | 6 |
| 5.3 | Acciones de mejoramiento cumplidas | 8 |
| 5.4 | Cierre de las oportunidades de mejoramiento | 10 |
| 6 | CONCLUSIONES..... | 13 |
| 7 | RECOMENDACIONES | 13 |

1 INTRODUCCION

Como resultado de las auditorias con enfoque en riesgos realizadas desde la Oficina de Control Interno y Evaluación entre los años 2019 y 2023 se generan las oportunidades de mejora, a las cuales, según el "PROCEDIMIENTO EJECUCIÓN DE LA EVALUACIÓN" en el ítem 32 define que se deben "Formular las acciones de intervención y/o plan de mejoramiento según el Modelo de Mejoramiento Continuo de la Empresa, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la entrega del informe definitivo".

El documento de Metodología de Mejoramiento Continuo - PE02 ME435 versión 1, establece como objetivo general implantar el mejoramiento continuo en los procesos organizacionales con la participación de los clientes internos que los desarrollan en concordancia con los estándares de calidad adoptados. Adicional propone para la redacción de las acciones de mejora el ciclo PHVA o el esquema del sistema de acreditación enfoque, implementación y resultado.

2 OBJETIVO

Efectuar verificación del estado de avance y/o cumplimiento de las acciones propuestas y el cierre de las oportunidades de mejora (efectividad) en los planes de mejoramiento formulados a las auditorias con enfoque en riesgos llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno y Evaluación de la ESE Metrosalud.

3 ALCANCE

Planes de mejora formulados por los auditados entre los años 2019 y 2023 en las unidades auditables programadas en el plan general de evaluaciones de cada año.

4 METODOLOGIA

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, se desarrollaron las siguientes actividades en el periodo comprendido entre el 02 de octubre al 31 de diciembre de 2023:

- a. Actualizar inventario de las auditorías con enfoque en riesgos realizados desde la Oficina de Control Interno y Evaluación y de los planes de mejoramiento formulados.
- b. Consolidar, por proceso institucional auditado, las oportunidades de mejoramiento incluidas en los informes definitivos de las auditorías y de los planes de mejoramiento formulados, mediante diligenciamiento del formato institucional

FR Plan Mejora y Seguimientos Metodología Mejoramiento, PE02 FR 438, vigente 29-07-2022.

- c. Concertar mesas de trabajo con los líderes de los procesos auditados y sus equipos para el seguimiento a los planes de mejoramiento existentes, verificación del cumplimiento de las acciones de mejoramiento propuestas, cierre de las oportunidades de mejoramiento relacionadas, y acompañamiento en la formulación de nuevos planes de mejoramiento. En total fueron realizadas 16 mesas de trabajo con Subgerencia Red de Servicios, Subgerencia Administrativa y Financiera, Dirección de Sistemas de Información y Dirección de Talento Humano.
- d. Realizar sesiones de capacitación en la Metodología de Mejoramiento Continuo 2021- PE 02 FR 438, disponible en el aplicativo Almera, dirigida a líderes de los procesos auditados y sus equipos de trabajo. En total fueron realizadas cuatro sesiones grupales de capacitación con Subgerencia Red de Servicios, Subgerencia Financiera y Dirección de Sistemas de Información.

Para la presentación de los resultados, se incluyen los siguientes indicadores:

- a. Proporción de auditorías con enfoque en riesgos que cuentan con plan de mejoramiento.

| | |
|-------------|---|
| Numerador | Número de auditorías con enfoque en riesgos realizadas en el periodo evaluado que cuentan con plan de mejoramiento x100 |
| Denominador | Total de auditorías con enfoque en riesgos realizadas en el periodo evaluado. |

- b. Proporción de acciones de mejoramiento cumplidas.

| | |
|-------------|---|
| Numerador | Número de acciones de mejoramiento incluidas en los planes de mejoramiento realizados en el periodo evaluado que aplican para seguimiento y presentan cumplimiento total (cumplimiento del 100%) x100 |
| Denominador | Total de acciones de mejoramiento incluidas en los planes de mejoramiento realizados en el periodo evaluado que aplican para seguimiento. |

c. Proporción de oportunidades de mejoramiento cerradas.

| | |
|-------------|---|
| Numerador | Número de oportunidades de mejoramiento incluidas en las auditorias con enfoque en riesgos realizados en el periodo evaluado que fueron cerradas (cumplimiento del 95% o más de todas las acciones de mejora asociadas)x100 |
| Denominador | Total de oportunidades de mejoramiento incluidas en las auditorias con enfoque en riesgos realizados en el periodo evaluado |

5 RESULTADOS

5.1 Debilidades

La revisión realizada a los planes de mejoramiento, evidenció las siguientes debilidades en la implementación de la metodología de mejoramiento continuo:

- La formulación y remisión del plan de mejoramiento no se realiza de manera sistemática dentro de los 10 días hábiles siguientes al recibo del informe final de la auditoría, de acuerdo con los procedimientos establecidos.
- Las acciones de mejoramiento no dan solución de fondo a las oportunidades de mejoramiento, ya que no son consecuencia del análisis e identificación de las causas raíz ni cubren el ciclo PHVA o el enfoque, implementación y resultados propuestas por la metodología.
- Los indicadores no se definen para la oportunidad de mejoramiento sino para la acción o tarea del plan, lo cual no permite identificar si las acciones de mejoramiento impactan o no positivamente las causas que generaron el problema y poder dar por cerrado el hallazgo.
- El monitoreo a los planes de mejoramiento a cargo del responsable del proceso o unidad auditable y su equipo no se realizan con la frecuencia recomendada.
- Ninguno de los planes de mejoramiento se encuentra registrados en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, debido a que la utilización del formato en Excel no estimula el seguimiento tanto por parte de los auditados como del auditor puesto que se conservan en los archivos de gestión lo cual limita su disponibilidad.

5.2 Auditorías con enfoque en riesgos con plan de mejoramiento.

De acuerdo con la información de la oficina de control interno y evaluación, a 31 de diciembre de 2023 se han realizado un total de 83 auditorías con enfoque en riesgos entre las vigencias 2019 a 2023. De estas, 38 cuentan con plan de mejoramiento formulado, lo que representa una proporción de auditorías con enfoque en riesgos que cuentan con *plan de mejoramiento* del 45,8%.

El resultado desagregado por cada año es progresivamente decreciente, variando desde 84,6% en 2019 al 19,0% en 2023.

La tabla 1 presenta una descripción detallada de los resultados.

Tabla 1.

Auditorías con enfoque en riesgos con plan de mejoramiento por año, 2019-2023

| Año | Nº Auditorías con Enfoque en Riesgos | Auditorías con Enfoque en Riesgos con Plan de Mejoramiento | |
|-------|--------------------------------------|--|-------|
| | | Nº | % |
| 2019 | 13 | 11 | 84,6% |
| 2020 | 16 | 8 | 50,0% |
| 2021 | 20 | 12 | 60,0% |
| 2022 | 13 | 3 | 23,1% |
| 2023 | 21 | 4 | 19,0% |
| Total | 83 | 38 | 45,8% |

Fuente: Plan general de evaluaciones vigencias 2019-2020-2021-2022- 2023, Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

El resultado desagregado por proceso institucional o elemento organizacional muestra *resultados mayores o iguales al 90,0%* en los procesos de direccionamiento y planeación, desarrollo del sistema de gestión, atención ambulatoria, atención en urgencias, atención quirúrgica, atención en laboratorio clínico, gestión docencia servicio y gestión documental.

Resultados menores al 90,0% en los procesos de gestión talento humano, gestión de salud pública y territorial, atención en P y P, gestión servicio farmacéutico, gestión jurídica, atención en hospitalización, gestión venta de servicios, gestión logística, gestión de la contratación, gestión financiera, gestión sistema de información, referencia y contrarreferencia, comunicación organizacional y las auditorías integrales UPSS.

Entre estos últimos, se destacan por su *resultado del 0,0%* los procesos de gestión sistema de información, comunicación organizacional y las auditorías integrales UPSS.

Ver tabla 2, donde se presenta una descripción detallada de los resultados.

Tabla 2.

Auditorías con enfoque en riesgos con plan de mejoramiento por proceso, 2019-2023

| Proceso | N° Auditorías con enfoque de riesgos | Auditorías con enfoque de riesgos con plan de Mejoramiento | |
|---|--------------------------------------|--|--------------|
| | | N° | % |
| Direccionamiento y planeación | 2 | 2 | 100,0% |
| Desarrollo del sistema de gestión | 1 | 1 | 100,0% |
| Gestión venta de servicios | 6 | 2 | 33,3% |
| Atención en P y P | 3 | 2 | 66,7% |
| Atención ambulatoria | 1 | 1 | 100,0% |
| Atención en urgencias | 2 | 2 | 100,0% |
| Atención en hospitalización | 5 | 2 | 40,0% |
| Atención quirúrgica | 2 | 2 | 100,0% |
| Atención en laboratorio clínico | 2 | 2 | 100,0% |
| Atención en imágenes diagnósticas | 1 | 1 | 100,0% |
| Gestión servicio farmacéutico | 4 | 2 | 50,0% |
| Gestión docencia servicio | 1 | 1 | 100,0% |
| Gestión de salud pública y territorial | 3 | 2 | 66,7% |
| Gestión talento humano | 5 | 4 | 80,0% |
| Gestión financiera | 17 | 3 | 17,6% |
| Gestión de la contratación | 5 | 1 | 20,0% |
| Gestión logística | 12 | 4 | 33,3% |
| Gestión jurídica | 2 | 1 | 50,0% |
| Gestión sistema de información | 1 | 0 | 0,0% |
| Gestión documental | 2 | 2 | 100,0% |
| Sin proceso: Referencia y Contrarreferencia | 2 | 1 | 50,0% |
| Sin proceso: Auditorías Integrales UPSS | 3 | 0 | 0,0% |
| Sin proceso: Comunicación organizacional | 1 | 0 | 0,0% |
| Total | 83 | 38 | 45,8% |

Fuente: Plan general de evaluaciones vigencias 2019-2020-2021-2022- 2023, Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

5.3 Acciones de mejoramiento cumplidas

De acuerdo con la información de la oficina de control interno y evaluación, de los 38 planes de mejoramiento formulados entre las vigencias 2019 a 2023 se generaron 350 acciones de mejoramiento, de las cuales solo 244 aplicaron para seguimiento. Esto se debe a que para 106 acciones de mejoramiento la fecha de cumplimiento propuesta en el plan de mejoramiento era posterior a la fecha en la cual se realizó el respectivo seguimiento.

De las 244 acciones de mejoramiento que aplicaron para seguimiento, 72 presentaron un cumplimiento total, lo que representa una *proporción de acciones de mejoramiento cumplidas* del 29,5%. El 70,5% restante presentaron un cumplimiento parcial (31,6%, 77 acciones) o no presentaron cumplimiento alguno (38,9%, 95 acciones).

El resultado desagregado por año es decreciente, variando desde 32,7% en 2019 al 25,0% en 2022. En 2023 ninguna de las acciones de mejoramiento aplicó para seguimiento.

La tabla 3 presenta una descripción detallada de los resultados.

Tabla 3.

Cumplimiento de las acciones de mejoramiento por año, 2019-2023

| Año | Nº Acciones de Mejoramiento | Nº Acciones de Mejoramiento que Aplicaron para Seguimiento | Acciones de Mejoramiento con Cumplimiento Total | | Acciones de Mejoramiento con Cumplimiento Parcial | | Acciones de Mejoramiento Sin Cumplimiento | |
|-------|-----------------------------|--|---|-------|---|-------|---|-------|
| | | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2019 | 118 | 104 | 34 | 32,7% | 22 | 21,2% | 48 | 46,2% |
| 2020 | 59 | 59 | 16 | 27,1% | 27 | 45,8% | 16 | 27,1% |
| 2021 | 119 | 69 | 19 | 27,5% | 19 | 27,5% | 31 | 44,9% |
| 2022 | 23 | 12 | 3 | 25,0% | 9 | 75,0% | 0 | 0,0% |
| 2023 | 31 | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Total | 350 | 244 | 72 | 29,5% | 77 | 31,6% | 95 | 38,9% |

Fuente: Plan general de evaluaciones vigencias 2019-2020-2021-2022- 2023, Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

El resultado desagregado por proceso institucional o elemento organizacional, muestra resultados mayores o iguales al 90,0% solo en el proceso de gestión venta de servicios. Resultados menores al 90,0% en los procesos de desarrollo del sistema de gestión, gestión docencia servicio, atención ambulatoria, atención quirúrgica, atención en urgencias, atención en imágenes diagnósticas, atención en P y P, gestión de salud pública y territorial, gestión talento humano, gestión documental, gestión financiera, gestión logística, atención en hospitalización, atención en laboratorio clínico, gestión servicio farmacéutico, referencia y contrarreferencia.

Entre estos últimos, sobresalen por su resultado del 0,0% los procesos de gestión logística, atención en hospitalización, atención en laboratorio clínico, gestión servicio farmacéutico, referencia y contrarreferencia.

Ver tabla 4, donde se presenta una descripción detallada de los resultados.

Tabla 4.
Cumplimiento de las acciones de mejoramiento por proceso, 2019-2023

| Proceso | Nº Acciones de Mejoramiento que aplicaron para seguimiento | Acciones de Mejoramiento con Cumplimiento Total | | Acciones de Mejoramiento con Cumplimiento Parcial | | Acciones De Mejoramiento Sin Cumplimiento | |
|-----------------------------------|--|---|-------|---|-------|---|-------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Direccionamiento y planeación | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Desarrollo del sistema de gestión | 14 | 12 | 85,7% | 2 | 14,3% | 0 | 0,0% |
| Gestión venta de servicios | 11 | 10 | 90,9% | 0 | 0,0% | 1 | 9,1% |
| Atención en P y P | 17 | 6 | 35,3% | 3 | 17,6% | 8 | 47,1% |
| Atención ambulatoria | 6 | 4 | 66,7% | 1 | 16,7% | 1 | 16,7% |
| Atención en urgencias | 13 | 5 | 38,5% | 5 | 38,5% | 3 | 23,1% |
| Atención en hospitalización | 5 | 0 | 0,0% | 4 | 80,0% | 1 | 20,0% |
| Atención quirúrgica | 19 | 11 | 57,9% | 1 | 5,3% | 7 | 36,8% |

| | | | | | | | |
|---|------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| Atención en laboratorio clínico | 13 | 0 | 0,0% | 5 | 38,5% | 8 | 61,5% |
| Atención en imágenes diagnósticas | 16 | 6 | 37,5% | 9 | 56,3% | 1 | 6,3% |
| Gestión servicio farmacéutico | 20 | 0 | 0,0% | 4 | 20,0% | 16 | 80,0% |
| Gestión docencia servicio | 5 | 4 | 80,0% | 1 | 20,0% | 0 | 0,0% |
| Gestión de salud pública y territorial | 12 | 3 | 25,0% | 9 | 75,0% | 0 | 0,0% |
| Gestión talento humano | 18 | 4 | 22,2% | 5 | 27,8% | 9 | 50,0% |
| Gestión financiera | 26 | 2 | 7,7% | 15 | 57,7% | 9 | 34,6% |
| Gestión de la contratación | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Gestión logística | 14 | 0 | 0,0% | 3 | 21,4% | 11 | 78,6% |
| Gestión jurídica | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Gestión sistema de información | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Gestión documental | 23 | 5 | 21,7% | 6 | 26,1% | 12 | 52,2% |
| Sin proceso: Referencia y Contrarreferencia | 12 | 0 | 0,0% | 4 | 33,3% | 8 | 66,7% |
| Sin proceso: Auditorías Integrales UPSS | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Sin proceso: Comunicación organizacional | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Total | 244 | 72 | 29,5% | 77 | 31,6% | 95 | 38,9% |

Fuente: Plan general de evaluaciones vigencias 2019-2020-2021-2022- 2023, Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

5.4 Cierre de las oportunidades de mejoramiento

De acuerdo con la información de la oficina de control interno y evaluación, en las 83 auditorías con enfoque en riesgos realizadas entre las vigencias 2019 a 2023, se generaron 404 oportunidades de mejoramiento. De estas, solo en 41 se cumplió con la totalidad de las acciones de mejoramiento relacionadas, lo que representa una proporción de oportunidades de mejoramiento cerradas del 10,1%.

El resultado desagregado por año muestra que en todas las vigencias se obtuvieron bajas proporciones, destacando los años 2022 y 2023 con un resultado de 0,0%.

La tabla 5 presenta una descripción detallada de los resultados.

Tabla 5.
Oportunidades de mejoramiento cerradas por año, 2019-2023

| Año | N° Oportunidades de Mejoramiento | Oportunidades De Mejoramiento Cerradas | |
|-------|----------------------------------|--|-------|
| | | N° | % |
| 2019 | 87 | 12 | 13,8% |
| 2020 | 97 | 18 | 18,6% |
| 2021 | 89 | 11 | 12,4% |
| 2022 | 31 | 0 | 0,0% |
| 2023 | 100 | 0 | 0,0% |
| Total | 404 | 41 | 10,1% |

Fuente: Plan general de evaluaciones vigencias 2019-2020-2021-2022- 2023, Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023.

El resultado desagregado por proceso institucional o elemento organizacional, en ninguno se muestra *resultados mayores o iguales a 90,0%*.

Resultados menores al 90,0% en los procesos de atención ambulatoria, gestión docencia servicio, desarrollo del sistema de gestión, atención en urgencias, gestión talento humano, atención quirúrgica, atención en P y P, gestión documental, gestión venta de servicios, gestión financiera, atención en hospitalización, atención en laboratorio clínico, atención en imágenes diagnósticas, gestión servicio farmacéutico, gestión de salud pública y territorial, gestión de la contratación, gestión logística, gestión jurídica, gestión sistema de información, referencia y contrarreferencia, comunicación organizacional, auditorías integrales UPSS.

Entre estos últimos, sobresalen por su *resultado del 0,0%* en los procesos de atención en hospitalización, atención en laboratorio clínico, atención en imágenes diagnósticas, gestión servicio farmacéutico, gestión de salud pública y territorial, gestión de la contratación, gestión logística, gestión jurídica, gestión sistema de información, referencia y contrarreferencia, comunicación organizacional, auditorías integrales UPSS.

Ver tabla 6, donde se presenta una descripción detallada de los resultados.

Tabla 6.

Oportunidades de mejoramiento cerradas por proceso, 2019-2023

| Proceso | N° Oportunidades de Mejoramiento | Oportunidades de Mejoramiento Cerradas | |
|---|--|---|--------------|
| | | N° | % |
| Direccionamiento y planeación | 7 | 0 | 0,0% |
| Desarrollo del sistema de gestión | 12 | 7 | 58,3% |
| Gestión venta de servicios | 22 | 2 | 9,1% |
| Atención en P y P | 15 | 3 | 20,0% |
| Atención ambulatoria | 6 | 4 | 66,7% |
| Atención en urgencias | 13 | 4 | 30,8% |
| Atención en hospitalización | 17 | 0 | 0,0% |
| Atención quirúrgica | 8 | 2 | 25,0% |
| Atención en laboratorio clínico | 12 | 0 | 0,0% |
| Atención en imágenes diagnósticas | 4 | 0 | 0,0% |
| Gestión servicio farmacéutico | 14 | 0 | 0,0% |
| Gestión docencia servicio | 6 | 4 | 66,7% |
| Gestión de salud pública y territorial | 3 | 0 | 0,0% |
| Gestión talento humano | 40 | 12 | 30,0% |
| Gestión financiera | 109 | 1 | 0,9% |
| Gestión de la contratación | 16 | 0 | 0,0% |
| Gestión logística | 46 | 0 | 0,0% |
| Gestión jurídica | 8 | 0 | 0,0% |
| Gestión sistema de información | 9 | 0 | 0,0% |
| Gestión documental | 10 | 2 | 20,0% |
| Sin proceso: Referencia y Contrarreferencia | 4 | 0 | 0,0% |
| Sin proceso: Auditorías Integrales UPSS | 18 | 0 | 0,0% |
| Sin proceso: Comunicación organizacional | 5 | 0 | 0,0% |
| Total | 404 | 41 | 10,1% |

Fuente: Plan general de evaluaciones vigencias 2019-2020-2021-2022- 2023, Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023.

6 CONCLUSIONES

1. La proporción de auditorías con enfoque en riesgos realizadas por la Oficina de Control Interno y Evaluación entre las vigencias 2019 a 2023 que cuentan con plan de mejoramiento es del 45,8% (38 de 83 auditorías), muy por debajo de la meta de $\geq 90\%$.
2. La proporción de acciones de mejoramiento cumplidas es del 29,5% (72 de 244 acciones de mejoramiento que aplicaron para seguimiento). La proporción de oportunidades de mejoramiento cerradas es del 10,1% (41 de 404 oportunidades de mejoramiento). Estos bajos resultados entorpecen el logro de la mejora efectiva de los procesos y servicios, y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.
3. Se identifican debilidades metodológicas importantes en la formulación, ejecución y monitorización de los planes de mejoramiento, estas dificultan que las acciones de mejoramiento sean eficaces y efectivas y que se alcance el objetivo de mejorar continuamente los procesos y la calidad de los servicios de la organización.
4. Los planes de mejoramiento no se encuentran registrados en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones de mejora, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

7 RECOMENDACIONES

1. Continuar por parte de la Oficina de Control Interno y Evaluación con el fortalecimiento de las actividades de acompañamiento y asesoría a los equipos de trabajo de las unidades auditables en la metodología institucional de mejoramiento, así como las mesas técnicas para el acompañamiento en la oportuna y efectiva formulación de los planes de mejoramiento.
2. A nivel del equipo directivo central liderar la creación de los equipos de mejoramiento institucional, con el fin de fomentar en los servidores de la ESE el conocimiento y aplicación de los métodos de mejoramiento continuo.
3. Garantizar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.

4. Implementar mecanismos de seguimiento y control por parte del Comité Coordinador de Control Interno al cumplimiento de las acciones de mejora y a la evidencia de su efectividad por parte de los líderes de procesos evidenciado en la mejora de los indicadores, el control que evite la materialización de los riesgos y la adecuación de su estructura documental.

Elaborado por:

Gloria Patricia Isaza Orduz

Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación
Oficina Control Interno y Evaluación

Héctor Vallejo Velásquez

Profesional Especializado Auditor
Oficina Control Interno y Evaluación