



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN

Confianza y valor para su vida 

INFORME GESTION DE RIESGOS VIGENCIA 2022

HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
Jefe Oficina Asesora de Planeación

LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO
Enfermero Gr 1 Planeación

INTRODUCCIÓN

La administración del riesgo es un mecanismo de control de la función pública, que le permite a la entidad auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos. Su fin es lograr la imperiosa necesidad que los funcionarios públicos incluyan en los procesos, unos controles bien diseñados que, al ser aplicados sistemáticamente, impacten significativamente la mitigación de los riesgos para el lograr el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

El Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno, consideró necesario unificar la metodología existente para la administración del riesgo de gestión y corrupción, con el fin de hacer más sencilla la utilización de esta herramienta gerencial para las entidades públicas y así evitar duplicidades o reprocesos¹

Como el modelo de operación del Hospital Universitario San José ESE es por procesos, en el último trimestre de 2020, se revisan los mapas de riesgos por proceso, que se actualizaron por última vez en el año 2017, y se encuentra la necesidad de actualizarlos de acuerdo a la última metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, la cual esta consignada en la “Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4 de octubre de 2018”

Para la vigencia 2022 se ajusta la metodología según la misma guía del DAFP en su VERSION 5 de diciembre de 2020, pero se mantiene lo referente a diseño y aplicación de controles de la guía anterior por ser más completa en este aspecto. Así mismo se acoge la matriz de mapa de riesgos del proceso y de corrupción, como instrumento para su debida implementación y seguimiento por que desarrolla el ciclo general de la gestión del riesgo.

¹ Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

GESTION INTEGRAL DEL RIESGOS

CONCEPTOS BASICOS SOBRE RIESGOS ²

Riesgo de gestión: posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Probabilidad: se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

Impacto: se entiende como las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Riesgo inherente: es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Riesgo residual: nivel de riesgo que permanece luego de tomar sus correspondientes medidas de tratamiento.

Control: medida que modifica el riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones)

Gestión del riesgo: proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

Mapa de calor de riesgo: consiste en una matriz con dos ejes, donde el **eje x** representa la probabilidad de frecuencia del riesgo y el **eje y** representa el impacto que puede tener el mismo.

TIPOLOGIA DE LOS RIESGOS³

Riesgos estratégicos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los objetivos estratégicos de la organización pública y por tanto impactan toda la entidad.

Riesgos gerenciales: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos gerenciales y/o la alta dirección.

Riesgos operativos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos misionales de la entidad.

Riesgos financieros: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los estados financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, central de cuentas, costos, etc.

Riesgos tecnológicos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.

Riesgos de cumplimiento: 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 y las obligaciones contractuales.

Riesgo de imagen o reputacional: posibilidad de ocurrencia de un evento que afecte la imagen, buen nombre o reputación de una organización ante sus clientes y partes interesadas.

² Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

³ Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

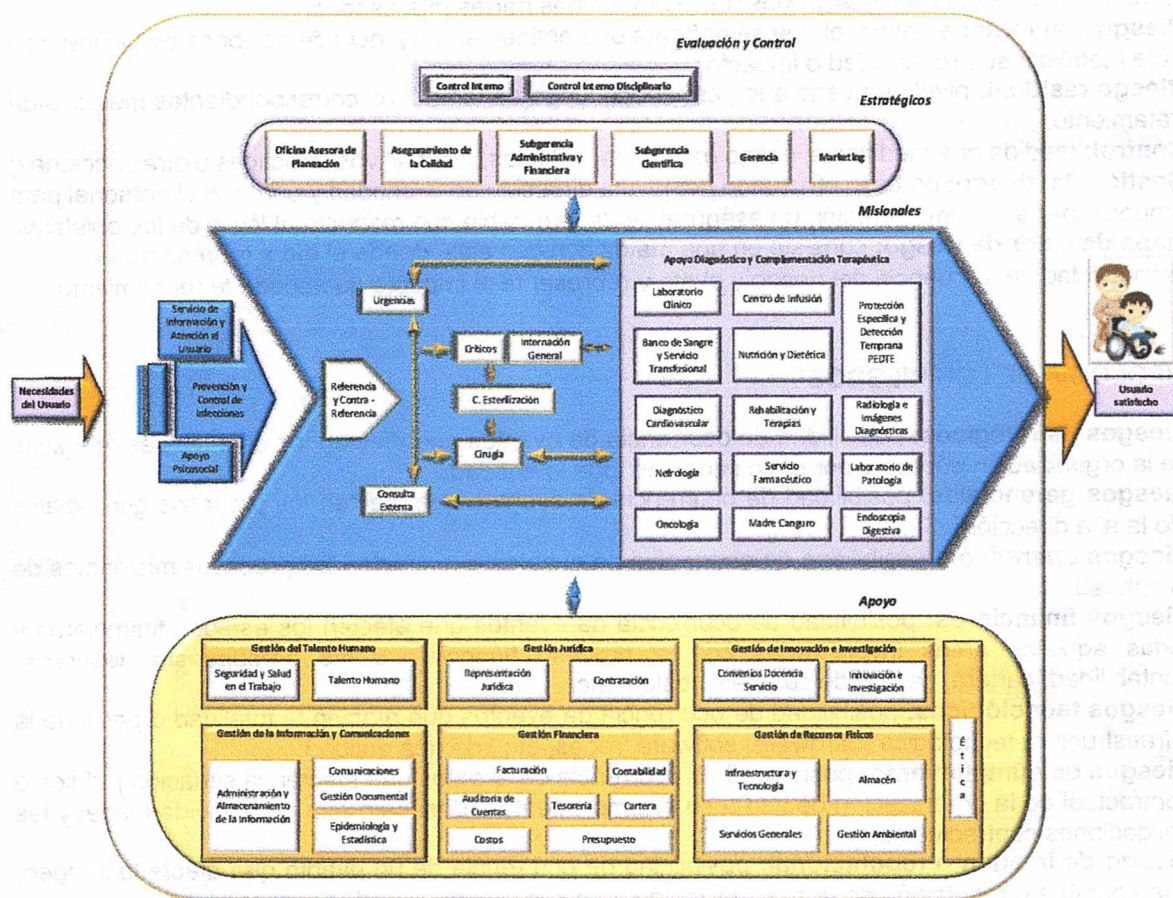
Riesgos de corrupción: posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Riesgos de seguridad digital: posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

El modelo de operación por procesos es el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales. Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones de la entidad.⁴

MAPA DE PROCESOS



⁴ Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

Durante el año 2019, la alta dirección ve la necesidad de ajustar las políticas institucionales, entre ellas la de gestión del riesgo, en concordancia con los requerimientos del Modelo de Planeación y Gestión MIPG, bajo unos determinados parámetros establecidos para la redacción de todas sus políticas. Queda determinada la Política de Gestión del Riesgo adoptada mediante la Resolución 0375 de 2019 de la siguiente manera:

Resolución #0375

POLÍTICA DE GESTION DEL RIESGO

DESCRIPCIÓN

EL Hospital Universitario San José de Poayán E.S.E gestionará los riesgos priorizados institucionalmente con el fin de mitigar su impacto en pro del usuario, familia y comunidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Esta política le apunta a prestar atención segura y humanizada, alcanzar y mantener la estabilidad financiera y fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos los cual son objetivos institucionales.

LINEAMIENTOS

- Identificación de los riesgos de cada proceso formulando su mapa de riesgos.
- Seguimiento y evaluación de las actividades planteadas para la mitigación de riesgos.
- Retroalimentación periódica en la gestión del riesgo.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
ENTIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE QUINDÍO

Nota: Esta política continua vigente mientras la administración adopta una nueva política que ya esta en construcción de acuerdo a las directrices de la Supersalud que determina el Sistema Integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas, Circular Externa 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021, la cual se aplicará a partir de la vigencia 2023.

RESULTADOS DE LA ACTUALIZACION

Se hizo especial énfasis en la priorización a todo nivel, es decir, riesgos, causas y consecuencias, así como en la correcta elaboración de controles utilizando para ello la metodología propuesta por el DAFP.

Durante los meses de octubre y noviembre de 2021, se realiza la revisión y ajuste de los mapas de riesgos por procesos, según metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, basados en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas" versión 5 de diciembre de 2020.

En esta versión 5, el DAFP actualiza, precisa y estandariza algunos elementos metodológicos para:

- mejorar el ejercicio de redacción de los objetivos estratégicos, de tal manera que contengan unos atributos mínimos para lo cual hace uso de las características SMART⁵,
- la identificación y valoración del riesgo. Mantiene la estructura general de la versión anterior en los pasos principales como son la identificación, evaluación, valoración y diseño de controles como el tratamiento y seguimiento de los riesgos.
- propone la matriz para la elaboración del mapa de riesgos con fórmulas predeterminadas, donde lo más relevante es que el nivel de riesgo inherente es directamente proporcional primero al número de veces que se realiza la actividad generadora del riesgo en un año, y segundo, al impacto del mismo según unas variables igualmente preestablecidas. Estas mismas variables junto a la forma como están contruidos y aplicados los controles, generan a su vez, con fórmulas igualmente predeterminadas, la zona de riesgo residual y las opciones de tratamiento, sobre las cuales se aplicará el plan de acción cuando haya lugar.

Esta matriz se revisa de manera específica por cada uno de los procesos tanto asistenciales como administrativos y se consulta con los coordinadores y sus respectivos líderes de calidad cuando corresponde, quienes participan activamente en la revisión y definición de los riesgos para la vigencia 2022.

Esta matriz propuesta por el DAFT, se complementa con lo exigido por la Superintendencia Nacional de Salud según lo determinado en la **Circular Externa 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021** "por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos"

Igualmente se complementa con lo exigido por la Superintendencia Nacional de Salud según lo determinado en la **Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021** por la cual se dan "instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018"

Se mantienen los 12 riesgos de corrupción que se priorizaron en 2020 y se incluyen en un mapa consolidado para seguimiento por cada uno de los responsables de los procesos según corresponda.

Como resultado de esta actualización, se suscriben en total 30 mapas de procesos administrativos y 35 de procesos asistenciales para un total de 65 mapas de riesgo quedando pendientes Oncología, Madre canguro y Detección temprana (PEDT) por que no se han formalizado y aun no tiene responsables ni procedimientos definidos.

Se aclara que en el mapa de procesos aparecen 54 procesos en total, de los cuales 24 son asistenciales, pero para efectos prácticos, debido a la complejidad y diversidad operativa de los servicios y al profesional que los coordina, el proceso denominado "CRITICOS" se ha desagregado en UCI y UCIn adultos COVID, UCI y UCIn adultos No Covid, UCI y UCIn Pediátrico, Quemados Adultos y pediátricos, Neonatología. Igualmente, el proceso de "URGENCIAS" se desagrega para adultos, ginecobstetricia y pediatría, esto en aras de mayor control para la seguridad de los pacientes. Igualmente se aclara que, el número de mapas de procesos tanto administrativo como asistencial es cambiante, toda vez que, por la dinámica organizacional del hospital, se añan y/o se suprimen procesos de acuerdo a directrices de alta gerencia.

Como novedad respecto a la vigencia 2021, se tiene que para el 2022:

⁵ Hace referencia a las siglas en ingles que responden a: specific(específico), measurable (medible), achievable (realizable), relevant (relevante) y time (temporal)

- La subgerencia administrativa asume los riesgos de vigilancia y control de contratos.
- La subgerencia científica asume lo concerniente a la Coordinación de Enfermería.
- Con la creación del proceso de máquetin, este asume lo relacionado con venta de servicios.
- Representación jurídica y contratación se gestionan en un solo mapa en cabeza del jefe de la oficina Jurídica.
- En el área asistencial, se elaboró un nuevo mapa de riesgos para los procesos COVID que abarca los servicios de UCIN y UCI Adultos Covid. Estos procesos a partir del segundo semestre de 2022 dejaron de denominarse COVID y toda su logística engrosó los respectivos procesos.
- Reaparece el mapa de riesgos de quemados pediatría y quemados adultos dentro del procesos "críticos". Estos procesos desaparecen en segundo semestre toda vez que su atención se da en las unidades de cuidado intermedio o intensivo adulto o pediátrico respectivamente según su condición clínica.
- Se mantiene el mapa de Aislados Pediatría donde atienden los casos sintomáticos respiratorios (Covid). Este proceso desaparece como COVID en segundo semestre.
- En el mapa de procesos (54 procesos en total) aparece la Gerencia como proceso estratégico, pero no tiene asignación específica en mapa de riesgos.

La matriz mencionada y la manera de diligenciarse, se describe en el Procedimiento Administración del Riesgo, Código OPL-PD16 del 16 de diciembre de 2022 el cual se actualiza de acuerdo a la metodología definida por el DAFP - versión 5.

IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS

Número de mapas de riesgo: Con respecto a la actualización, se realizó esta actividad en el último trimestre de 2021, con la construcción y actualización de los mapas de riesgos de los nuevos procesos producto de la oferta institucional ajustada por la pandemia, y por los cambios realizados por la administración actual. Se resumen en la siguiente tabla:

MAPAS DE RIESGO POR PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD	
	No.	%
ADMINISTRATIVOS	30	46
ASISTENCIALES	35	54
TOTAL	65	100,0

Se mantienen por esta vigencia algunos mapas de riesgo suscritos en el 2021 a pesar que no aparecen en el actual mapa de riesgos, toda vez que se fusionaron en otro proceso, entre ellos, Coordinación de Enfermería que pasa a depender de Subgerencia Científica, Vigilancia y control de contratos que pasa a depender de Subgerencia Administrativa, Vigilancia Epidemiológica que se fusiona con Estadística, venta de servicios que se fusiona con Marketing que a su vez es un nuevo proceso al igual que Innovación e Investigación.

A 30 de noviembre de 2022, los 65 mapas de riesgo fueron objeto de evaluación, lo que equivale al 100% de su seguimiento.

[Handwritten signature]

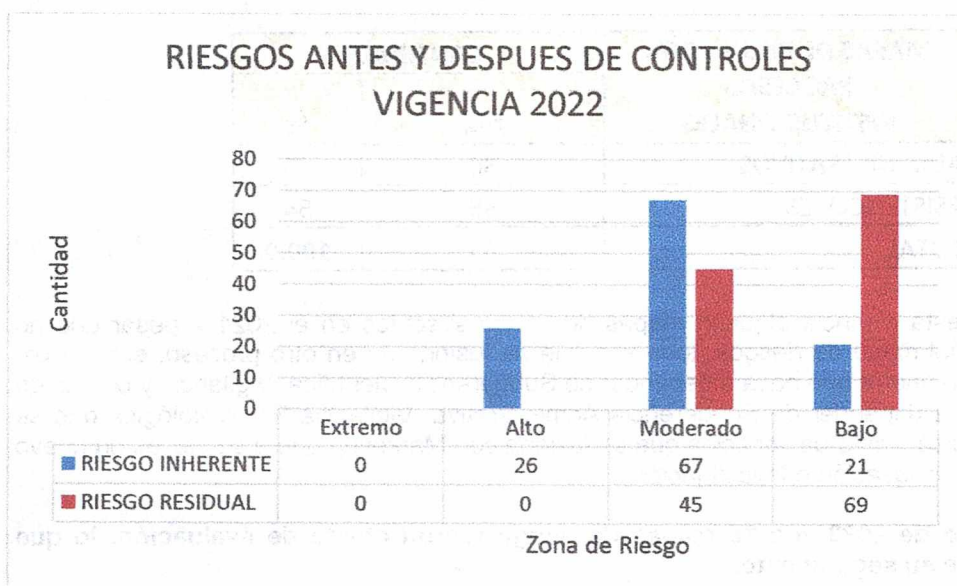
Clase de riesgos: En los 65 mapas de los procesos institucionales, se definieron 114 riesgos distribuidos en las clases de riesgos propuestos por la Supersalud como lo muestra la siguiente tabla:

TIPO DE RIESGOS s/g Supersalud	PROCESOS		Número de riesgos TOTAL	Porcentaje de seguimiento a diciembre de 2022
	Número de riesgos Administrativos	Número de riesgos Asistenciales		
Operacional	53	16	69	100
En Salud	5	36	41	100
Actuarial	1	0	1	100
De Crédito	1	0	1	100
LAFT	1	0	1	100
Reputacional	1	0	1	100
TOTAL	62	52	114	100

A 30 de noviembre de 2022, los 114 riesgos fueron objeto de evaluación con las evidencias aportadas o bien de la aplicación de los controles, o de las actividades de mejora cuando aplicaron, lo que equivale al 100% de su seguimiento.

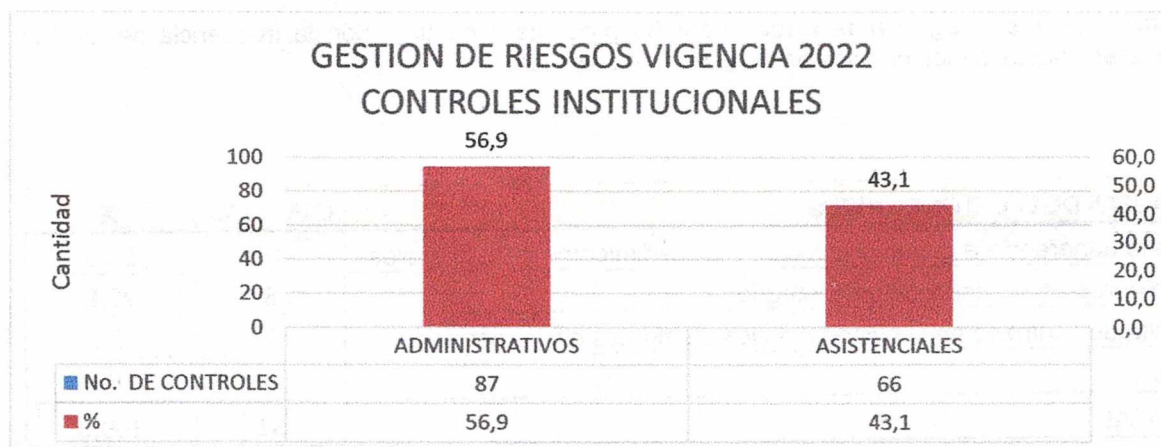
VALORACION DE LOS RIESGOS

La valoración de los riesgos antes de aplicación de los controles (riesgo inherente), y después de la aplicación de los mismos (riesgo residual), arrojó como resultado que los 114 riesgos quedaran distribuidos en el mapa de calor, en las zonas de riesgo que muestra la siguiente gráfica:



El 23% y 59% de los riesgos inherentes estaban ubicados en zonas de riesgo alto y moderado respectivamente, pero se espera que, con la solidez de gestión del riesgo basada en un buen diseño y aplicación de controles, se logre al final de la vigencia lo que la matriz proyecta, desapareciendo los riesgos de zona alta, reubicando el 40% en zona moderada y el 60% en zona de riesgo bajo.

Controles: Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP, definiendo 153 controles para los 65 mapas de riesgo como lo muestra la siguiente gráfica:



Para su evaluación, se revisaron las evidencias previamente pactadas con cada uno de los coordinadores o líderes responsables de los mapas de riesgo, encontrando que fueron aportadas de acuerdo a los compromisos a saber: resultados de adherencias a guías, protocolos y procedimientos, fichas de indicadores debidamente diligenciadas, cronogramas y asistencia a capacitaciones, planes de mejoramiento suscritos cuando aplica, seguimiento a las desviaciones de los controles, las actas respectivas y/o informes de gestión mensual o trimestral de los diferentes procesos con la matriz de riesgos diligenciada.

En general, los riesgos tanto asistenciales como administrativos se mantuvieron dentro de lo esperado gracias a la aplicación de controles y a las actividades de mejora cuando fueron necesarias.

Frecuencia de riesgos: La siguiente tabla muestra como es la frecuencia de los riesgos en los procesos institucionales.

FRECUENCIA DE RIESGOS	CANTIDAD	%
Eventos clínicos	31	27,3
Incumplimiento normativo	18	15,5
Perdida de información	6	5,5
Desabastecimiento, vencimiento o daño de insumos	3	2,7
Contaminación (personas, alimentos, agua)	3	2,7
HC incompleta	2	1,8
Falta de equipos	2	1,8
Cierre o suspensión de servicios	1	0,9
Accidentes laborales	1	0,9
Barreras físicas	0	0,0
Otros	47	40,9
TOTAL	114	100,0

Es la "posibilidad que se presenten eventos clínicos" el riesgo con mayor frecuencia con un 27%, muy propio de las instituciones de salud, seguido del "incumplimiento normativo" con un 15.5% y en

tercer lugar la “pérdida de información” con un 5.5%

Causas de los riesgos más frecuentes: Se presenta a continuación la frecuencia de las tres primeras causas de los principales riesgos institucionales:

CAUSAS DE EVENTOS CLINICOS	CANTIDAD	%
Falta adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales	16	51,6
No apropiación del código de integridad.	8	25,8
Falta de controles en la custodia de los elementos e insumos	2	6,5
Otras	5	16,1
TOTAL	31	100,0

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a proceso de elaboración de informes	5	27,8
No apropiación del código de integridad.	4	22,2
Falta de oportunidad en generación y entrega de la información	3	16,7
Otras	6	33,3
TOTAL	18	100,0

CAUSAS DE PERDIDA DE INFORMACION	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a procesos administrativos	3	50,0
Daño u obsolescencia de hardware, software y redes	3	50,0
Otras	0	0,0
TOTAL	6	100,0

La causa más frecuente por la cual se pueden materializar los riesgos, es la falta de adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos según aplique, tanto en el área administrativa como en el área asistencial. La segunda causa más común, es la “No apropiación del código de integridad”.

CONCLUSIONES RIESGOS DEL PROCESO

- ✓ A los 65 mapas de procesos institucionales se les realizó seguimiento permanente por los líderes de procesos con seguimiento semestral por Planeación, que incluyeron 114 riesgos entre administrativos y asistenciales.
- ✓ Los riesgos operativos y de salud ocupan el 96% de los casos, apenas lógico porque obedecen a las actuaciones propias de la misión institucional. Estos riesgos se mantuvieron dentro de lo esperado gracias a la aplicación de los controles.
- ✓ Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP,

definiendo 153 controles para los 65 mapas de riesgo.

- ✓ Los riesgos finales o residuales se ubican el 40% en zona moderada y el 60% en zona de riesgo bajo.
- ✓ Es la "posibilidad que se presenten eventos clínicos" el riesgo con mayor frecuencia con un 27% muy propio de las instituciones de salud, seguido del incumplimiento normativo con un 15.5% y en tercer lugar la "pérdida de información" con un 5.5%
- ✓ La causa más frecuente por la cual se pueden materializar los riesgos, es la "falta de adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos" según aplique, tanto en el área administrativa como en el área asistencial. La segunda causa más común, es la "No apropiación del código de integridad" lo que se traduce en falta de compromiso institucional para hacer las cosas bien desde un principio.

RECOMENDACIONES

- Mantener actualizado guías, protocolos, procesos y procedimientos tanto administrativos como asistenciales.
- Aplicar sistemáticamente las herramientas definidas para evaluar la adherencia a guías, protocolos y procedimientos a todo el talento humano institucional independiente de su modo de vinculación y de sus actividades administrativas y/o asistenciales.
- Incluir en el Plan Institucional de Capacitación - PIC y en los procesos de inducción y re inducción, la socialización del Código de integridad y del servicio público adoptado por Resolución No 0386 de 2020.
- Socializar los mapas de riesgo por lo menos dos veces al año en cada proceso a cargo de sus respectivos coordinadores.

RIESGOS DE CORRUPCION

Siguiendo la metodología del DAFP para este tipo de riesgos, se revisaron y actualizaron los riesgos de corrupción que se venían gestionando desde el año 2017. Se priorizaron 12 riesgos, tres de ellos de causas transversales por posibilidad de darse en todos los procesos. Estos 12 riesgos se incluyeron en los mapas suscritos por cada uno de los coordinadores y responsables de su gestión según pertinencia.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN
1. Hurto de bienes institucionales
2. Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales
3. Estudios previos direccionados
4. Mal uso de los recursos de caja menor
5. Alteración de nomina
6. Tráfico de influencias en citas medicas
7. Alteración de información de los servidores
8. Facturas no auditadas y/o no radicadas
9. Indebida celebración de contratos
10. Cohecho
11. Prestación de servicios de imágenes sin facturar
12. Concusión

Los riesgos "1. Hurto de bienes institucionales", "2. Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales" y "3. Estudios previos direccionados" son los considerados de causas transversales a todos los procesos.

Los cuadros siguientes resumen el mapa de riesgos de corrupción:

RIESGOS DE CORRUPCION 2022		
AREAS	No. RIESGOS DE CORRUPCION	No. DE CONTROLES
ADMINISTRATIVAS	9	10
ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL	3	3
Total	12	15

ZONA DE RIESGO	RIESGO		RIESGO	
	INHERENTE	%	RESIDUAL	%
Alto	5	42	2	17
Moderado	7	58	10	83
TOTAL	12	100	12	100

Se definen 15 controles para mitigar los 12 riesgos de corrupción.

Los riesgos inherentes se ubican en zona de riesgo alto y moderado con un 42 y 58% respectivamente, y con la aplicación de los controles, se reubican los riesgos en la zona de riesgo alto y moderado en un 17 y 83% respectivamente.

Durante la vigencia 2022 no se detectó la materialización de los riesgos de corrupción previamente definidos para cada proceso.

CONCLUSION RIESGOS DE CORRUPCIÓN

La gestión de riesgos de corrupción basada en sus controles, es efectiva en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. toda vez que el 83% de los riesgos residuales están en zona de riesgo moderado, en seguimiento permanente para minimizar su materialización.

Durante la vigencia 2022, no se evidenció la materialización de alguno de los riesgos de corrupción.

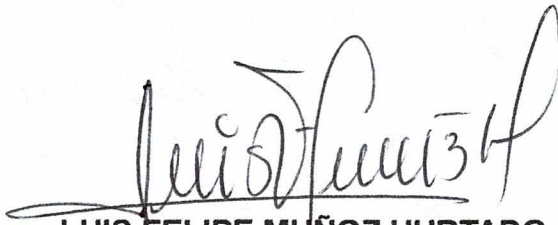
CONCLUSIONES GENERALES

1. De los 65 mapas de riesgos suscritos, 65 reportaron información para su seguimiento con corte a noviembre de 2022, lo que equivale al 100% de cumplimiento.
2. De las 189 actividades específicas en los procesos para la gestión de los riesgos, todas se llevaron a cabo para un cumplimiento del 100%.

3. Las acciones definidas para ejercer los controles a los procesos en sus puntos críticos y mitigar los posibles riesgos, han permitido que, en cumplimiento de la misión, se lleve a cabo el desarrollo de guías, protocolos y procedimientos, reduciendo las incertidumbres sobre afectaciones potenciales que puedan surgir tanto en los procesos asistenciales como administrativos, manteniendo el riesgo en unas condiciones razonables, lo que se evidencia en los resultados de los indicadores.
4. Durante la vigencia 2022, no se evidenció la materialización de alguno de los riesgos de corrupción.

NOTA: El instrumento utilizado para la gestión del riesgo por cada proceso, es la matriz en Excel que se anexa y hace parte integral de este informe. Las evidencias reposan en la oficina de Planeación y en cada proceso en lo pertinente.

Se firma a los tres (03) días del mes de enero de 2023 en la oficina asesora de planeación.



LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO
Enf. G I Planeación



HUGO ERNESTO BURBANO DAZA.
Jefe Oficina Asesora de Planeación

