

130-19.11

**INFORME DE ACTUACIÓN DE FISCALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO
PLAN DE MEJORAMIENTO**

HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE ESE

FELIPE JOSE TINOCO ZAPATA
Gerente

CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali, diciembre de 2021
CDVC-DOCF – 10

**INFORME DE ACTUACIÓN DE FISCALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO
PLAN DE MEJORAMIENTO**

HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE E.S.E.

Contralora departamental del Valle del Cauca

LEONOR ABADÍA BENÍTEZ

Director operativo de control fiscal

JUAN PABLO GARZÓN PÉREZ

Equipo auditor

CLAUDIA JIMENA OROZCO SALCEDO
AMANDA MADRID PANESSO (Líder)

TABLA DE CONTENIDO

1. HECHOS RELEVANTES.....	4
2. CARTA DE CONCLUSIONES.....	5
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	8
3.1. SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	8
3.2. CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	8
3.3. ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGUIMIENTO	9
3.4. BENEFICIOS DEL CONTROL FISCAL IDENTIFICADOS	10
3.4.1. Beneficios cualitativos	10
3.4.2. Beneficios cuantitativos	10
4 ANEXOS.....	10
4.1 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS	10
4.2 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS QUE CONTINUAN EN PLAN DE MEJORAMIENTO	11
CUADRO DE BENEFICIO DE CONTROL FISCAL	14

1. HECHOS RELEVANTES

El Sistema de Control Interno, tiene como objetivos: Proteger los recursos buscando su adecuada administración ante los posibles riesgos que le afecten el cumplimiento de sus competencias; velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional de acuerdo con su naturaleza y características particulares; garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional de acuerdo con su naturaleza y características específicas; garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organización, para aumentar la confianza de los ciudadanos en la entidad pública¹,

El Control Interno como sistema, se convierte en el instrumento que se armoniza con la participación ciudadana y el control fiscal, siendo útil para garantizar la eficacia y eficiencia de la gestión pública y la defensa del patrimonio público, permitiendo anticipar los riesgos y gestionarlos para evitar la pérdida de recursos públicos, de allí su importancia y el enfoque del presente proceso auditor.

Los Planes de Mejoramiento, contienen el conjunto de las acciones de mejora, correctivas y/o preventivas que debe adelantar la entidad en un periodo determinado, para dar cumplimiento a la obligación de subsanar y corregir las causas administrativas que dieron origen a los hallazgos identificados por los órganos de control del sujeto de control y para el caso, corresponden a los determinados por la Contraloría Departamental del Valle, como resultado del ejercicio del proceso auditor.

En el rol de seguimiento, la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para el aseguramiento en el logro de los objetivos institucionales de la entidad según su misión, proporciona información sobre la efectividad del SCI, a través de un enfoque basado en el riesgo, incluidas las maneras en que funcionan la primera y segunda línea de defensa, generando las recomendaciones y sugerencias que contribuyen al mejoramiento y optimización del sistema como tal.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, como resultado del ejercicio del control fiscal micro, mediante proceso auditor, estudios, pronunciamientos, desarrollo de indagaciones preliminares y acciones del control fiscal participativo, impacta positivamente al generar beneficios de control fiscal, entendido como el impacto positivo cuantificable y en calificable en el Sujeto y/o Punto de Control y/o en determinado sector de la comunidad, dando lugar a los Planes de Mejoramiento objeto del presente seguimiento.

¹ https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/cursos/modelo-integrado-planeacion-gestion/files/dimension7-control/Presentacion_Estructura_meci.pdf

2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctor

FELIPE JOSE TINOCO ZAPATA

Gerente

Señores

JUNTA DIRECTIVA

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE

Tuluá Valle

Respetados Doctores:

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política y en cumplimiento del Plan de Vigilancia y Control Fiscal - PVCF 2021, practicó actuación de fiscalización de seguimiento al plan de mejoramiento vigente al Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E., de conformidad con lo estipulado en los procedimientos internos debidamente adaptados y documentados, que reglamentaron la Guía de Auditoría Territorial en el marco de las Normas ISSAI, para el ejercicio de control fiscal en el Departamento del Valle del Cauca.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, después del análisis, producir un informe integral que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas conforme lo establece la Guía de Auditoría Territorial – GAT adoptada en el marco de las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (E.F.S) ISSAI, con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar el concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de las evidencias y documentos que soportan el proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los

estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Dirección Operativa de Control Fiscal.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La auditoría a que se refiere el presente informe tuvo el siguiente alcance:

Se examinaron dieciséis (16) acciones de mejoramiento, resultado de los procesos auditores practicados al sujeto de control.

Con la documentación aportada en los informes de avance del plan de mejoramiento, a cada una de las acciones correctivas, se les practicó prueba de cumplimiento y se verificó su efectividad.

En el trabajo de auditoría no se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de nuestra auditoría, el auditor tuvo a mano toda la información requerida y practicó las actividades de campo con independencia y colaboración por parte de los funcionarios de la Entidad.

Las observaciones se dieron a conocer a través del informe preliminar con el fin de garantizar el debido proceso. Las respuestas de la administración fueron analizadas por el equipo auditor y se incorporan en el informe final.

CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO

El Plan de Mejoramiento reportado a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, comprende dieciséis (16) hallazgos, a los cuales se les efectuó el seguimiento y la evaluación correspondiente, obteniendo como resultado que las acciones de mejoramiento implementadas se **cumplieron** en 80,6% de acuerdo a la calificación registrada en la matriz de calificación, de cumplimiento y efectividad del plan de mejoramiento.

La evaluación y el concepto de los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos planteados, se desagregan en el punto 3 del informe.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

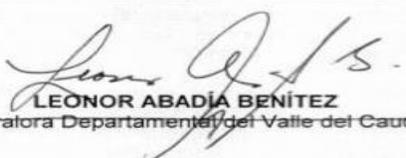
En desarrollo de la presente actuación de fiscalización, no se determinaron hallazgos; no obstante, la entidad debe suscribir plan de mejoramiento con los hallazgos que se cumplieron parcialmente o no se cumplieron de vigencias anteriores.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Con base en seguimiento realizado, se debe diseñar y presentar un plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias comunicadas, documento que debe ser rendido de manera electrónica a través del Sistema Integral de Auditoría (SIA) CONTRALORIAS en el formato dispuesto para tal fin, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de este informe. El plan de mejoramiento debe contener las acciones correctivas parcialmente cumplidas o no cumplidas que se implementarán por parte de la entidad a su cargo, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma respectivo y los responsables de su desarrollo.

La Contraloría Departamental del Valle, evaluará la efectividad de las acciones emprendidas por la entidad para eliminar las causas de los hallazgos detectados en esta auditoría, según lo establecido en la Resolución que reglamenta el proceso y la Guía de auditoría aplicable vigentes.

Santiago de Cali, D.E



LEONOR ABADÍA BENÍTEZ
Contraloría Departamental del Valle del Cauca

Nota: El presente documento se suscribe con firma autógrafa mecánica, digitalizadas o escaneadas en atención a lo dispuesto en el Artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo del 2020, expedido por el Gobierno Nacional.

Proyectó: Equipo Auditor

Revisó: Juan Pablo Garzón Pérez, Director Operativo de Control Fiscal

Aprobó: Juan Pablo Garzón Pérez, Director Operativo de Control Fiscal

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del Plan de Vigilancia y Control Fiscal PVCF- 2021, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca adelantó actuación de fiscalización de seguimiento a planes de mejoramiento de las entidades sujetas de control con el fin de evaluar su cumplimiento y efectividad, para la mejora continua de la entidad y determinar los beneficios del control fiscal cuantitativos y cualitativos.

De acuerdo con la información reportada por la entidad, se presentan los resultados del ejercicio:

3.1. SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

El hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E., rindió el plan de mejoramiento a través de los medios electrónicos disponibles para la vigencia en que se debió suscribir el mismo.

De los informes rendidos y los informes aportados mediante correo electrónico, se concluye que la oficina de control interno realizó el seguimiento correspondiente, para el aseguramiento en el logro de los objetivos institucionales de la entidad permitiendo la vigilancia y control en el tema objeto del proceso auditor.

La entidad constituyó plan de mejoramiento con las siguientes auditorias: modalidad regular a las vigencias 2019 y 2020 y contratación celebrada bajo urgencia manifiesta COVID-19.

3.2. CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento reportado a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, comprende dieciséis (16) hallazgos, de las vigencias auditadas del PVCF, a los cuales se les efectuó el seguimiento y evaluación correspondiente, de acuerdo a lo prescrito en la Resolución Reglamentaria No.09 del 8 de junio de 2021:

ARTÍCULO 8. MÉTODO DE EVALUACIÓN. La evaluación de las acciones correctivas se realizará teniendo en cuenta dos variables, la primera corresponde a “Cumplimiento” y la segunda a “Efectividad”, a la cual se le asigna una ponderación así: 20% “Cumplimiento” y 80% “Efectividad”.

Variable	Ponderación	Rango de calificación		
		Si cumple	Cumple Parcial	No cumple
Cumplimiento	20%	Dos (2)	Uno (1)	Cero (0)
Efectividad	80%			

El Parágrafo 1 del mencionado artículo enuncia: “...se entiende por cumplido un plan de mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel igual o superior al ochenta por ciento (80%).

Se presenta cumplimiento parcial del plan de mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel de cumplimiento mayor o igual al cincuenta por ciento (50%) y menor que al ochenta por ciento (80%).

Se presenta incumplimiento del plan de mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel de cumplimiento menor al cincuenta por ciento (50%)...”.

De lo anterior se obtuvo como resultado que las acciones de mejoramiento implementadas se cumplieron en 80,6%, por haber alcanzado las siguientes ponderaciones de cumplimiento y efectividad, registradas en el Papel de Trabajo anexo 02 M2P5-12 matriz de calificación, de cumplimiento y efectividad del plan de mejoramiento:

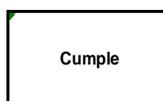
- **Cumplimiento:** calificación de **15,6%** sobre una ponderación del **20%**
- **Efectividad:** calificación del **65%** sobre una ponderación del **80%**

Calificaciones que son el resultado del seguimiento y evaluación de las acciones cumplidas, cumplidas parcialmente e incumplidas, las cuales se detallan en el anexo 4.2 que harán parte del plan de mejoramiento que se suscriba producto del presente informe de auditoría.

CUADRO 1

PLAN DE MEJORAMIENTO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	78.1	0.20	15.6
Efectividad de las acciones	81.3	0.80	65.0
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1.00	80.6

Calificación	
Cumple	2
Cumple Parcialmente	1
No Cumple	0



Fuente: Papel de trabajo 02, M2P5-12 Matriz de calificación, de cumplimiento y efectividad del plan de mejoramiento

Elaborado: Equipo auditor

3.3. ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGUIMIENTO

La importancia del control en el proceso administrativo o ciclo de la gestión (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) al convertirse en instrumento para la mejora continua, permitiendo la toma de decisiones ajustadas a la realidad del sujeto de

control y su rol desempeñado de acuerdo a su misión y sus metas, así como la mejora de las acciones correctivas a implementar a través del aprendizaje organizacional respecto del proceso auditor.

3.4. BENEFICIOS DEL CONTROL FISCAL IDENTIFICADOS

3.4.1. Beneficios cualitativos

Mejoramiento de los procesos y procedimientos administrativos y misionales del sujeto de control a través del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de los procesos auditores realizados por la entidad.

3.4.2. Beneficios cuantitativos

No se determinaron beneficios cuantitativos.

4 ANEXOS

4.1 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS							
No. Hallazgos	Administrativos	Disciplinarios	Penales	Fiscales	Sancionatorio	Beneficio de Control fiscal	Daño Patrimonial (\$)
0							-

4.2 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS QUE CONTINUAN EN PLAN DE MEJORAMIENTO

No.	HALLAZGOS	ACCIÓN CORRECTIVA	CONTRADICCIÓN Y CONCLUSIÓN
1	Estudiada las cuentas por pagar por edades, se determinó un rezago en el pago oportuno de estas obligaciones, toda vez que paso del 2014 a 2015 de \$4.309 a \$6.298 millones, significando un aumento de \$1.990 millones, equivalentes al 46%, con vencimiento mayor a 360 días. Esta situación se ocasiona por la falta de recursos suficientes para cubrir estos pagos y genera que los proveedores y acreedores no sean diligentes para suplir las necesidades propias de la empresa para prestar sus servicios de salud con eficiencia.	Como estrategias gerenciales y administrativas, a partir de la vigencia 2019 se instaló la oficina de cobro coactivo, como un apéndice de la jurídica, con el objetivo de aumentar el recaudo, mediante el cobro por vía gubernativa y en el debido proceso, esto sin perjuicio de las acciones administrativas y persuasivas que de todas formas se siguen de forma permanente reforzando por el área de cartera.	El Hospital presenta evidencias parciales en PDF de las acciones correctivas realizadas a los hallazgos, lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.
2	6. Hallazgo Administrativo. Se observó que las cuentas por cobrar reflejadas en el balance, grupo del activo no corriente de la vigencia 2018, registraron un incremento del 136.07%, al pasar de \$7.898.473.630 en la vigencia 2017, a \$18.646.349.557 en la vigencia 2018, lo que indica que la entidad presentó deficiencias en el procedimiento de cobro de los servicios prestados, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 1066 de 2006, que “establece la obligación de las entidades públicas que tengan cartera a su favor, tendiente a la recuperación de la misma”. Situación presentada por debilidad en los procesos de cobro, conllevando al incremento de la cartera histórica y pérdida de ingresos potenciales, que podrían generar iliquidez a la entidad	Instalación de la oficina de cobro coactivo, como un apéndice de la jurídica, con el objetivo de aumentar el recaudo, mediante el cobro por vía gubernativa y en el debido proceso, esto sin perjuicio de las acciones administrativas y persuasivas que de todas formas se siguen de forma permanente reforzando por el área de cartera.	El Hospital presenta evidencias parciales en PDF de las acciones correctivas realizadas a los hallazgos, lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.
3	Contrato de suministro número – 1200-06-08-016-19 de 2019. Objeto: Suministro de materiales para el área de mantenimiento, con el fin de realizar la pintura, reparación y acabados de la infraestructura física del hospital. Valor: \$360.000.000. En la etapa precontractual, los antecedentes disciplinarios, judiciales y fiscales del representante legal de la firma contratista fueron expedidos el 21 de agosto de 2019, se suscribe el contrato el 01 de enero de 2019 y el supervisor del contrato fue designado el 02 de enero de 2019 y no realizó ninguna observación sobre esta situación. Infringiendo presuntamente el artículo 209 de la Constitución Política, los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011, artículo 15 Resolución número 646 de julio 17 de 2014, artículo 174 Ley 734 de 2002, ocurre por falta de mecanismos de seguimiento en el contrato en sus	Se seguirá requiriendo los antecedentes disciplinarios, judiciales y fiscales en la etapa contractual dentro de los términos legales y oportunos.	El Hospital presenta evidencias parciales en PDF de las acciones correctivas realizadas a los hallazgos, lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.

4.2 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS QUE CONTINUAN EN PLAN DE MEJORAMIENTO

No.	HALLAZGOS	ACCIÓN CORRECTIVA	CONTRADICCIÓN Y CONCLUSIÓN
	diferentes etapas, dando lugar a suscribir un contratista con posibles inhabilidades. Los hechos expuestos presumen una incidencia disciplinaria al tenor de lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002.		
4	La cartera no corriente para la vigencia 2019, registró un incremento de \$8.435.596.133, donde pasa de \$14.501.376.700, en el 2018 a \$22.936.972.833, en el 2019, lo que equivale a un 58%. Como se observa en la entidad es deficiente el recaudo de la cartera, razón por la cual se expuso un incremento de esta, evidenciándose un deficiente cobro coactivo en la vigencia 2019. Además, insuficiencia en la aplicación del artículo 1 de la Ley 1066 de 2006, que establece la gestión de recaudo de la cartera. Situación que ocurrió por el deficiente control, seguimiento y monitoreo, que no permitió advertir el incremento de la cartera, con el fin de que los pagos de estos se realicen de manera oportuna y efectiva por parte de las entidades que le adeudan al hospital, lo cual podría generar que la entidad a futuro reporte un mayor grado de iliquidez.	Continuar con la gestión de cobro coactivo ante las diferentes E.P.S deudoras.	El Hospital presenta evidencias parciales en PDF de las acciones correctivas realizadas a los hallazgos, lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.
5	En la vigencia 2019, se observó que el hospital tiene un deficiente sistema de costos, el cual no arroja resultados por procesos adecuadamente costeados y articulados con los sistemas de información de la institución, lo anterior se presenta por debilidades financieras y presupuestales en el ente de salud, ocasionando que se afecte la operación económica de la entidad.	Fortalecer la implementación del sistema de costos en la institución	El Hospital presenta evidencias parciales en PDF de las acciones correctivas realizadas a los hallazgos, lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.
6	Hallazgo administrativo Deficiencias en la entrega de soportes del contrato de prestación de servicios No. 056 de 2020.El contrato No. 1200-06-02-056-20, presenta deficiencias en la conformación de las carpetas contractuales, en estas no reposan varios documentos generados por el contratista y el supervisor del contrato, de igual forma no se establece de forma clara en el contrato las condiciones que deben ser cumplidas por el contratista en lo referente al uso de las habitaciones. Lo anterior ocasionando dificultades al momento de la evaluación de los pagos y el seguimiento del cumplimiento del objeto contractual. Esta situación se origina por ausencia de control y monitoreo de los responsables del proceso contratación y falencias en la supervisión de este originando riesgos en el cumplimiento del objeto contractual y deficiencias en los resultados finales	Lista de chequeo y claridad en las obligaciones del contrato	El Hospital no presentó las evidencias (lista de chequeo y capacitaciones), lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.

4.2 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS QUE CONTINUAN EN PLAN DE MEJORAMIENTO

No.	HALLAZGOS	ACCIÓN CORRECTIVA	CONTRADICCIÓN Y CONCLUSIÓN
	esperados. Por lo anterior, se contraviene lo establecido en los literales a), e) y f) del artículo 2 de la ley 87 de 1993		
7	3. Hallazgo administrativo Deficiencias en la justificación de la orden de prestación del servicio No. 059 de 2020. De la evaluación realizada a la orden de prestación de Servicio No. 1200-06-10- 059-20, se observa que esta si fue justificada y contaba con los argumentos técnicos para su contratación, sin embargo al momento de la revisión los documentos no fueron aportados de forma clara y precisa, para subsanar las deficiencias encontradas, haciendo imposible evaluarlos y dejando vacíos en el control y seguimiento, lo anterior se origina por ausencia de control, monitoreo y verificación de los responsables del proceso de contratación y los encargados del seguimiento, impactando de manera negativa la evaluación de la necesidad y el seguimiento de los procesos. Originando con esto riesgos en la selección del contratista y deficiencias en los resultados finales esperados. Por lo anterior, se contraviene lo establecido en los literales a), e) y f) del artículo 2 de la ley 87 de 1993.	Se realizará lista de chequeo y se solicitaran al supervisor las evidencias de las actividades realizadas	El Hospital no presentó las evidencias (lista de chequeo y capacitaciones), lo cual permite confirmar que los mismos continúan para realizar seguimiento a través de plan de mejoramiento.
7	TOTAL		

130-19.11

CUADRO DE BENEFICIO DE CONTROL FISCAL

FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS		
Director o subdirector:	Juan Pablo Garzón Pérez	
Sujeto de Control:	Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E.	
Fecha de Evaluación:	Noviembre de 2021	
BENEFICIOS:		
NOMBRE DEL CAMBIO LOGRADO: Mejoramiento		
ACCION DE LA CUAL SE DERIVA EL CAMBIO: Actuación de fiscalización seguimiento a plan de mejoramiento.		
MOMENTOS DEL BENEFICIO:	Antes	X
	Durante	Después
MAGNITUD DEL CAMBIO: Mejoramiento de los procesos y procedimientos administrativos y misionales del sujeto de control a través del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de los procesos auditores realizados por la entidad.		
Conceptos	Valor estimado	TOTAL
Recuperaciones:		
	\$	
	\$	
	\$	
Subtotal Recuperaciones (1)		\$
Ahorros:		
	\$	
	\$	
	\$	
Subtotal Ahorros (2)	\$	\$
Totales (1) + (2)	\$	\$
ATRIBUTOS DEL CAMBIO (Cualitativo). Mejoramiento de los procesos y procedimientos administrativos y misionales del sujeto de control.		
SOPORTE(S)		
Informe. Matriz de evaluación del Plan de Mejoramiento		
OBSERVACIONES: Na		
RESPONSABLE		
Director de Control Fiscal	Juan Pablo Garzón Pérez	
Cargo	Director de Control Fiscal	
Fecha del reporte	Noviembre de 2021	