

107

Popayán, Enero 15 de 2020.

Doctora:

Derlin Yurani Delgado Rodríguez

Gerente

Hospital Universitario San José ESE

ASUNTO: Informe de Gestión oficina asesora de Control Interno 2018-2019.

Cordial saludo.

A continuación informo a usted las acciones realizadas de la oficina asesora de control interno de las vigencias 2018-2019, así:

El 20 de febrero de 2018, se realizó el primer Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en donde se abordaron los siguientes temas:

1. Lectura acta anterior. (informe por parte de la Jefe de Control Interno del acta de Empalme).
2. Informe del Plan Anticorrupción, MECI, PQRS, Planes de Mejoramiento (Contraloría Municipal de Popayán y Súper salud).
3. Informe del MIPG.
4. Informe del Plan de Auditorias del 2017
5. Socialización del Plan General de Auditorias para 2018, administrativo y Asistencial.

En el desarrollo del 1 punto se informó a los miembros del Comité que: El Sr. Enrique Hurtado, ex Jefe de la oficina de Control Interno, no entrego el informe de empalme como lo determina la ley 951 de 2007, y la Circular 01 de 19 de diciembre de 2017, del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno, a pesar de los tres oficios de requerimiento que realizo la oficina de control interno, del 17 de enero de 2018, enviado por correo físico, el que fue recibido por el, y por correo electrónico, el ultimo el 26 de enero de 2018, solicitándole las actas de los comités de coordinación de control interno, por lo que la asistente C.P. Adriana Reyes, me entrego la transcripción del último comité el cual fue realizado por el sr Hernando Beltrán, auxiliar Administrativo, que al no estar dentro del formato de acta, y no estar suscrito, no se da por válido.



Con el punto 2, se entregó el avance del Plan Anticorrupción, con el mapa de riesgos de corrupción, MECI, PQRS, Planes de Mejoramiento (Contraloría Municipal de Popayán y Súper salud), correspondiente al último cuatrimestre de 2017, en donde se establecieron las siguientes recomendaciones, así:

- **Almacén:** Actualización de los inventarios por áreas y servicios, el cual es un hallazgo repetitivo en las auditorías realizadas por la Contraloría, cuyo avance ha sido del 86%, ya que de 72 inventarios cumple con 62 procesos administrativos y servicios asistenciales quedando pendiente nuevamente la realización de los 10 faltantes. Esta acción correctiva se cumplió en el segundo semestre del 2019.
- La otra actividad con un cumplimiento del 60% es lo que respecta a el proceso de baja de los bienes institucionales, el que se regula mediante Resolución 0265 del 8 de mayo de 2017 "Por medio de la cual se crea el comité de baja de bienes muebles del HUSJ", en donde se pudo establecer que era necesario, implementar el Manual de Almacén, en donde se determinen las acciones necesarias para dar de baja a los bienes inservibles, y teniendo en cuenta que se estableció como acción correctiva en el plan de mejoramiento de la auditoría financiera del 2016, se adoptó mediante resolución el manual de almacén a finales del 2019.

Oficina Jurídica: Por parte de la oficina de Control Interno se detectó que no se está cumpliendo con lo establecido en el SECOP, de publicar todo el proceso contractual, ya que se limitan a publicar hasta el contrato, y no con lo que respecta a las actas de liquidación de los mismos, lo cual se realizara un seguimiento para estos aspectos, para no incurrir en sanciones, por el no cumplimiento de la normatividad, ya que me he encontrado con razones por parte de algunos servicios en donde me aseguran que al Hospital Universitario de San José no les aplica la normatividad, siendo que el Hospital es una entidad pública como cualquiera. Para el 2do trimestre de 2018 se esta cumplimiento con este requerimiento.

Sistemas: La Recomendación por parte de la oficina de control interno es la de hacerle seguimiento a los software para ponerlos en funcionamiento. En varios Comités financieros se llegó a la conclusión que es necesario adquirir un nuevo software que integre todos los módulos tanto administrativos, financieros como los asistenciales, especialmente el área de costos, ya que el de Dinámica, no está habilitado y es más costoso su habilitación que comprar un software integral.



Subgerencia Administrativa y financiera: En los distintos Comités, la queja reiterada es la demora en la oficina Jurídica para la contratación, sobre todo de los medicamentos e insumos médicos, es por eso que la oficina de Control interno, recomendó a quienes determinan la necesidad, en este caso el área de Farmacia, que llevara un libro radicador en donde se registre la entrega de los documentos pre contractuales a la oficina jurídica, para que se pueda determinar los tiempos que tiene la oficina jurídica para procesar un contrato, ya que la gran falencia, se presentó en el silencio por parte de la oficina jurídica, respecto a las correcciones que deben hacerse a los documentos, y este proceso se demoraba en que saliera, y por ello se presentaba desabastecimiento, ya para el 2019, se agilizo este procedimiento.

También se recomendó que se activara el Comité de Compras, sugerencia que no fue acatada por esta administración.

Subgerencia científica: Una de las observaciones es la "Revisión de la aplicación de los controles definidos en los procesos de supervisión de contratos", este es un tema que dentro de la auditoria a la contratación que realizo la Contraloría Municipal, se pudo establecer que se entrega la responsabilidad de la supervisión de los contratos, a personal asistencial sin el apoyo de un abogado, función específica de la oficina jurídica, y no de vigilancia y control, tema que todavía no se le ha dado solución.

SIAU: con respecto al seguimiento y respuesta a quejas relacionadas con vigilancia en el hospital, se recomendó y se acogió la de establecer un formato estándar para recopilar la información de todos las quejas de los procesos o servicios, ya que en un mes aparecen unos servicios y en otro no, esto con el fin de realizar la estadística de todos los servicios. Igualmente se establecieron planes de mejoramiento por lo que algunos servicios no estaban contestando las quejas en los tiempos estipulados, este indicador de respuesta ha tenido un incremento positivo ya que se está cumpliendo con el tiempo de respuesta a las quejas.

En cuanto a las áreas de Contabilidad y facturación, las actividades se cumplieron en un 100%, y a la fecha no se presentó por parte de la oficina de control interno ninguna recomendación al respecto.

La Oficina Asesora de Control Interno, se ceñía solamente a los arquezos de las cajas menores, de los cuales se cumplió en un 100%, pero a mi parecer esto debe ser complementario al plan de auditorías, para lo cual se diseñó un formato

más amigable para su registro, con fórmulas, en donde se podía expedir automáticamente la planilla de arquezos de caja y de avances, con las respectivas observaciones, igualmente en aplicación de la política de cero papel, ya que los anteriores informes, utilizaban de entre 6 a 9 hojas por cada arqueo y ahora solamente se utiliza una hoja tamaño oficio impresa por ambos lados, y las evidencias se conservan en pdf.

En cuanto a la **ESTRATEGIA ANTITRÁMITES**: En el Hospital Universitario San José, se manejan 3 trámites que son:

- Asignación de citas
- Copia de historia clínica.
- Facturación de Servicios

Los cuales no están inscritos en la página del SUIT (Sistema Unificado de Información de Tramites), por cuanto el Hospital Universitario San José de Popayán, fue inscrito en el mes de agosto de 2018, por parte de la oficina de Planeación, y se ha solicitado en innumerables ocasiones capacitación al DAFP, sin que hasta la fecha se haya logrado un avance significativo, solo para el año 2020, se realizó un convenio con el Banco de Occidente para la actualización de la página web, aporte importante ya que en las ultimas evaluaciones del FURAG, el Hospital, resulta con un porcentaje de avance en la dimensión de Gobierno Digital muy baja, lo cual se deben seguir realizando acciones con el fin de dar cumplimiento al Decreto Ley 019 de 2012.

Igualmente la oficina de control interno, detecto que no se estaba subiendo la información del SIGEP, porque tampoco estaba inscrito el Hospital, a esta fecha Talento Humano tiene a todo el personal inscrito en la plataforma del SIGEP.

RENDICIÓN DE CUENTAS: El hospital ejecutó su proceso de rendición de cuentas el 27 de abril de 2017 en el auditoria del Centro Administrativo CAM de la alcaldía municipal de Popayán, con la participación de aproximadamente 150 personas, en el 2018, se realizó el 1 de marzo de 2018, para la rendición de la cuenta de la vigencia del 2017, y el 29 de marzo del 2019, lo correspondiente a la vigencia del 2018.

Evaluación de desempeño laboral. Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 909 de 2004 y sus decretos reglamentarios y disposiciones de la CNSC.

No se evidencia consolidado de las evaluaciones de desempeño realizadas del segundo semestre vigencia 2017 a los empleados de carrera administrativa y

Dirección: Carrera 6 No 10N – 142
www.hospitalsanjose.gov.co

Conmutador: 8234508 Ext 115-249
Email gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

provisionalidad (en formato adaptado para la entidad), teniendo en cuenta que la CNSC, en concepto radicado bajo el número 2-2009-07345 del 8 de mayo de 2009, ha dicho en relación de desempeño de los funcionarios con nombramiento provisionalidad que (...) ***Esta resulta procedente siempre y cuando se desarrolle a través de instrumentos específicos diseñados por la entidad para tal fin, sin que estos puedan corresponder a los establecidos por esta comisión para los funcionarios de carrera o en periodo de prueba, esta evaluación debe generarse como política institucional, dentro de un marco de apoyo y seguimiento a la gestión de la entidad, para lo cual deberá señalarse de manera expresa que la misma no genera derechos de carrera ni los privilegios que la ley establece para los servidores que ostentan esta condición, ni el acceso a los incentivos previstos en la entidad para los empleados escalonados.***

Lo anterior, teniendo en cuenta que la Evaluación de desempeño es un instrumento de Gestión, del Talento Humano que permite medir el desempeño de los funcionarios desarrollar las competencias laborales, cerrar las brechas individuales promover el mejoramiento continuo de los funcionarios, así como determinar las necesidades de capacitación.

Igualmente el anterior Jefe de control interno, envió un oficio con la calificación del 10%, que le corresponde a esta oficina, en donde les asigno una calificación del 10% a todos, sin un soporte de cómo se obtuvo la calificación, y cuando me encuentro con una Institución con tantos problemas en el manejo del Talento Humano, se espera que se refleje en la calificación de la evaluación del personal, ya para él la evaluación del 2018, que entrego la oficina de control interno se evaluó el cumplimiento de los planes de cada uno de los procesos y esa fue la calificación.

Por lo anterior la recomendación que se estableció fue la de establecer un modelo o formato para la evaluación de los funcionarios en provisionalidad, para que al momento del concurso o que el Hospital necesite proveer un cargo, la calificación en la evaluación de personal sea tomada en cuenta para los empleados con los mejores puntajes, siendo esta manera de incentivarlos.

Hospital disponga de los recursos para el concurso de méritos para los cargos de provisionalidad que lo tiene establecido la CNSC, para el año 2018.

Formalización laboral: Dentro del informe presentado por la oficina de Talento Humano, se explica de manera muy clara que el Hospital está realizando las acciones pertinentes para el cumplimiento que determina la normatividad para este caso, la conclusión es que la formalización tiene un costo que triplica la



nómina mensual del Hospital, y hay que iniciar por conseguir los recursos para ello, y como apenas estamos saliendo en la Ley 550, para la entidad es un proceso a aplicar para otras vigencias.

Cuando inicie mi labor como jefe de la oficina de control interno, y me dieron a conocer el presupuesto para el 2018, pregunte porque no se habían presupuestado los recursos para el concurso de méritos, teniendo en cuenta que según información de la oficina de Talento Humano, quien envió a finales del 2016 la oferta laboral a la CNSC, solo se necesitaban los recursos para iniciar el proceso, para lo cual fueron asignados para el 2018, \$177.000.000, y para el 2019 se dispusieron de \$380.000.000, los cuales se transfirieron en el mes de septiembre de 2019, por parte del Jefe de Presupuesto, aun sabiendo que son de destinación específica. Para la vigencia del 2020 se destinaron \$325.500.000, esperando iniciar el proceso para esta vigencia.

Pasando al punto 3. De esta reunión, se informa que se convocó a una reunión para determinar los avances de las políticas del MIPG, en la cual la mayoría de los responsables en la implementación de este nuevo modelo enviaron delegados, así como también sin la tarea hecha, es por ello que una vez las jefes de las oficinas de Planeación y de Control Interno asistimos en el mes de febrero a la capacitación en la ciudad de Bogotá, sobre implementación del MIPG, realizamos la capacitación con cada uno de los responsables de las 7 dimensiones del MIPG, para iniciar la implementación del MIPG, iniciando por el proceso de Talento Humano, como primera y más importante dimensión del MIPG, para ello se determinaron listas de chequeo de los insumos que vamos a necesitar para la implementación y puesta en marcha de este nuevo modelo.

A continuación, se presenta el informe emitido por la oficina de Planeación sobre los avances en la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

EL MIPG EN LA INSTITUCIÓN

Actualmente el MIPG de la versión 2 (2017) se basa en los principios de: "Orientación a resultados"; "Articulación Interinstitucional"; "Excelencia y Calidad"; "Aprendizaje e innovación"; "Integridad, transparencia y confianza"; y "Toma de decisiones basadas en la evidencia".

Con los principios anteriores, el MIPG se desglosa en siete dimensiones las cuales según el número de actividades presentan los siguientes pesos porcentuales:

DIMENSIONES		ACTIVIDADES DE GESTIÓN	
No.	DESCRIPCIÓN	No.	%
1	TALENTO HUMANO	155	16,6
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	115	12,3
3	GESTION POR VALORES PARA RESULTADOS	318	34,0
4	EVALUACION DE RESULTADOS	30	3,2
5	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	198	21,2
6	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	1	0,1
7	CONTROL INTERNO	119	12,7
TOTAL		936	100

COMPARATIVO PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE MIPG SEGÚN DIMENSIONES

DESCRIPCIÓN	Línea Base	Avance
	2018	30/04/2019
	%	%
TALENTO HUMANO	25,2	65,1
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	87,8	89,4
GESTION POR VALORES PARA RESULTADOS	43,8	60,2
EVALUACION DE RESULTADOS	26,7	83,3
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	76,8	60,6
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	0,0	100,0
CONTROL INTERNO	17,6	56,3

La tabla anterior demuestra el grado de avance en el cumplimiento de las actividades definidas para cada dimensión según MIPG.



COMPARATIVO DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE MIPG

Seguimiento	Línea Base	Avance	%
Fecha	2018	30/04/2019	De variación
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	48,8%	64,6%	32,4%

El comparativo muestra el porcentaje de cumplimiento en la medición del total de las actividades que deben cumplirse según cada dimensión para la implementación del MIPG.

Estas dimensiones incluyen 15 autodiagnósticos cuyo avance se muestra en la siguiente tabla:

AUTODIAGNOSTICOS		PORCENTAJE		Porcentaje de variación
		INICIAL	AVANCE	
		2018	abr-19	
1	TALENTO HUMANO	66,6	84	26%
2	CODIGO DE INTEGRIDAD	66,8	47,4	-29%
3	DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACION	91,8	83	-10%
4	PLAN ANTICORRUPCION	98	98	0%
5	GESTION PRESUPUESTAL	95,9	99,1	3%
6	GOBIERNO DIGITAL	55,8	60,84	9%
7	DEFENSA JURIDICA	80,4	88,85	11%
8	SERVICIO AL CIUDADANO	94,4	76,9	-19%
9	GESTION DE TRAMITES	8,8	7,78	-12%
10	PARTICIPACION CIUDADANA	49,3	95	93%
11	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	73,4	81,86	12%
12	GESTION DOCUMENTAL	93,1	94	1%
13	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	70,7	46,56	-34%
14	GESTION RENDICION DE CUENTAS	88,9	69	-22%
15	CONTROL INTERNO	65,2	75,73	16%
TOTAL		73,27	74	1%

La tabla muestra el comparativo de la medición efectuada al cumplimiento de las actividades definidas en los autodiagnósticos, según la herramienta, en la cual se aprecia una variación positiva en general entre 2018-2019. A pesar de éste incremento general, particularmente los autodiagnósticos: código de integridad, direccionamiento-planeación, servicio al ciudadano, gestión de trámites, transparencia - acceso a la información y gestión rendición de cuentas presentan una variación negativa, lo cual está determinado principalmente porque muchos no estaban soportados y se había calificado de una forma no objetiva, por lo tanto en su nueva calificación bajo el porcentaje de medición.

4. Informe avance del Plan de Auditorias 2017, 2018 Y 2019:

PGA 2017, según información entregada por la contratista participe Adriana Reyes, se hicieron las siguientes auditorias, las cuales no se obtuvo un plan de mejoramiento, por lo que esta oficina ha determinado iniciar de ceros en el nuevo plan de auditorías para la vigencia 2018 y separar las auditorias de los informes de ley y seguimientos.

Las auditorías realizadas son:

- Otorgamiento y Legalización de avances (9).
- Arqueos de Caja general y Caja menor (58)
- Atención Quirúrgica ambulatoria
- Auditoria al procedimiento Distribución interna de Medicamento.
- inventario aleatorio de Bodegas de almacén
- inventario aleatorio de Farmacias central y satélite.
- Contratación
- Talento Humano.

PGA 2018: El Plan de auditorías está inmerso en el manual de auditorías, en donde se establece paso a paso como se realizara la auditoria, aplicando para ello las operaciones del MIPG, como son Planear, Hacer, Verificar y Actuar.

Se presentó, se socializo y se aprobó el manual de auditorías, igualmente el Código de ética del auditor, los cuales están publicados en la página web del Hospital y son socializados al inicio de cada auditoria ya sea de tipo administrativo o Asistencial, para lo cual, antes de aceptar el cargo de jefe de control interno, se solicitó al Sr Alcalde y a la Gerente, que me proveyeran del personal calificado para las auditorias asistenciales (medico, o enfermera), para que fueran el apoyo de las auditorias, teniendo en cuenta que mi perfil es administrativo, por lo cual me aceptaron la condición, pero solo fue cumplida en

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN "Juntos mejoramos tu salud" NIT 891.580.002-5</p>	<p>GESTION DE CONTROL INTERNO</p>	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 1

el 2018, puesto que para el 2019, solo se contó con un apoyo asistencial por todo el año y 45 días con dos personas que tuvieron licencias de maternidad prolongadas.

Según comité Institucional de Control Interno del 20 de febrero de 2018, se socializo el Plan de Auditorias para 2018, administrativo y Asistencial, en donde se separaron las auditorias de tipo administrativo y asistencial de los informes de ley y seguimiento de los mismos, con 13 auditorías asistenciales, 16 auditorías administrativas y 16 informes de ley.

Se realizaron tres (3) auditorias asistenciales como son, del proceso de Farmacia, Comité de Infecciones, y de Urgencias, con cumplimiento en un 100% a las auditorias determinadas en el PGA asistencial, donde se suscribieron los planes de mejoramiento correspondientes, para el seguimiento en el 2019, en donde cumplieron con las acciones correctivas los procesos de Farmacia y de Comité de Infecciones, quedando pendientes algunas acciones correctivas para cumplimiento del proceso de Urgencias, para cumplimiento en el 2020.

En cuanto a las auditorias determinadas en el PGA Administrativo, se realizaron la auditoria del proceso de Gestión del Talento Humano, integrado por el área de seguridad y salud en el trabajo y el área de Coordinación de enfermería, y la de Gestión Documental, con este último proceso se suscribió plan de mejoramiento, quedando pendientes algunas acciones correctivas, para cumplimiento en el 2020, con el proceso de Talento Humano se entregó informe final de auditoria y no se suscribió plan de mejoramiento.

Una de las auditorias programadas es la del área de contratación, pero como la Contraloría Municipal de Popayán, realiza cada año la auditoria regular, la oficina de control interno le hace el seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría Municipal.

La Gerente solicito que se incluyera en el PGA del 2018 la auditoria al área de Presupuesto, el cual se incluyó pero no se realizó, teniendo en cuenta que no se contó con el personal suficiente para realizarla y porque la oficina de Control Interno, realiza auditorías a los procesos, y este proceso de Gestión Financiera, está integrado por Tesorería, Contabilidad, Presupuesto, Cartera, Costos y Gestión de Almacén, igualmente la Contraloría Municipal, realiza todos los años la Auditoria Especial a la Gestión financiera y presupuestal.

La Gerencia, por recomendación de la oficina de control interno, solicito a la Contraloría Municipal de Popayán, consolidar cinco (5) planes de mejoramiento



suscritos con ellos, de las auditorias regulares y financieras de los años 2015 a 2017, solo con las acciones correctivas no cumplidas, el cual fue aceptado y cumplido en un 100% en septiembre de 2019. Así mismo, se cumplió en un 100% con los planes de mejoramiento financiero del 2016 y el de la auditoria regular del 2017, así como de la auditoría financiera del 2018. A la fecha se está en espera de la suscripción del plan de mejoramiento de la auditoria regular del 2018, para su seguimiento en el 2020.

Por lo anterior, la oficina de Control Interno, dio cumplimiento al PGA del 2018, Administrativo, en un 90%, y lo que queda para el próximo es la presentación de los avances de cumplimiento de cada uno de ellos.

En cuanto a los informes de Ley, se entregaron en los plazos determinados por la norma y en el PGA, debido a la demora en la entrega de la información por los responsables a Planeación y Calidad, la oficina de Control Interno, solicito a Sistemas, con el permiso de estas oficinas, crear la carpeta compartida, para que la oficina de Control Interno realizara la verificación de las evidencias y confrontar con los informes de las Oficinas de Planeación y Calidad.

PGA 2019:

El 12 de marzo de 2019, al correo de cada uno de los integrantes e invitada, al Comité Institucional de Control Interno, a petición de la Gerencia, se envió la propuesta que hace la oficina de Control Interno del Plan General de Auditorias para el 2019, el cual fue aprobado en el Comité del 15 de marzo de 2019, en donde se tuvo en cuenta el Acta de Reunión de las oficina de Planeación, Calidad y Control Interno del 11 de enero de 2019, donde se determinaron cada uno de los informes, responsables, tiempo de entrega, y se estableció que una vez la oficina de control interno, tenga el informe de los seguimientos, se realizara una mesa de trabajo para conciliar la información, y socializarla, teniendo en cuenta que la oficina de control interno realiza sus informes de seguimiento con evidencias.

En el PGA del 2019, la oficina de Control Interno, incluyo dos auditorías para cada uno de los procesos asistenciales (internación y consulta externa), y Administrativos (Facturación y Auditoría de Cuentas), para lo cual solicito a la Gerencia, quien en reunión realizada el 12 de marzo de 2019, informa que para este año solo apoyaría con las dos personas que tiene contratos hasta junio de 2019, ya que no se tiene más disponibilidad de recursos, lo cual es aceptado por esta oficina, siempre y cuando sean contratadas por todo el año 2019, haciendo énfasis a la Gerente que la responsable del Control Interno, es de ella, por ello



se le solicito personal que cumpla con el perfil de auditoria, lo cual no se cumplió, y hasta la fecha he asumido el 90% las actividades del PGA administrativo terminando a principios del 2020, con la suscripción de los planes de mejoramiento de Facturación y Auditoría de Cuentas, y en las auditorias asistenciales no se realizó la auditoria con internación, ya que solo se contó con un apoyo en las auditorias asistenciales, quien tuvo a cargo todos los informes asistenciales, más el seguimiento de los tres (3) planes de mejoramiento de la vigencia 2018, como son Farmacia, Comité de Infecciones y urgencias, por lo cual se ha visto un mejoramiento importante en los procesos auditados.

Todos los informes que emitió la oficina de Control Interno, fueron remitidos a la Gerencia y a los responsables de los mismos, por medio del aplicativo DOCUNET, teniendo en cuenta que en el 2018, se tuvieron contratiempos con la entrega de estos informes.

Por lo anterior a la fecha, el PGA del 2019, tiene un cumplimiento del 91%, esperando los informes de la oficina de Calidad.

Por su atención, gracias.

Atentamente;

EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno