



ESE

HOSPITAL DEL SUR

I T A G Ü Í

**Informe Pormenorizado de Control Interno de marzo a junio
de 2019**

Ley 1474 de 2011 - artículo 9

Oficina de Control Interno

INTRODUCCIÓN:

El presente informe consolida resultados y conclusiones del seguimiento a la gestión institucional de marzo de 2019 a junio de la misma anualidad y busca, especialmente con observaciones y recomendaciones aportar a la permanente mejora de la gestión institucional.

Según el Decreto 1499 de 2017, la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno.

Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo, con fundamento en los siguientes componentes:



1.1 TALENTO HUMANO

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

En el período de la rendición del presente informe, se realizó la revisión de los Manuales de Funciones de los Funcionarios adscritos a la planta de cargos. Dicho proceso inició con los líderes de los procesos, quienes realizaron el primer ajuste; continuó el área de talento humano con el ajuste de los manuales en atención al Decreto 815 de 2018 por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos

Se realizó la concertación de objetivos con el personal provisional adjuntando a éste seguimiento el cumplimiento de los planes, proyectos y programas institucionales, para garantizar así su cumplimiento y gestión gerencial medida con los indicadores.

Se implementó el nuevo sistema de calificación al personal de carrera administrativa Sistema de Evaluación y Desempeño Laboral (SEDEL) acorde a los parámetros establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil (Acuerdo 617 del 10 de octubre de 2018).

Desarrollo del Talento Humano

Para éste componente el Área de Talento Humano, implementó con su correspondiente aprobación el Plan Institucional de Entrenamiento y Formación, por medio del cual se pretende transmitir conocimientos a través el entrenamiento específicos relativos al trabajo que cada uno desempeña, con aspectos de la organización, de las tareas y del ambiente desarrollando habilidades para el logro de mejorar el rendimiento y el desempeño de los Funcionarios.

La novedad para éste período es que la Entidad se encuentra implementando el proceso de inducción virtual con el Personal de la Entidad y que ingresa con los Convenios Docencia Servicio.

Las actividades observadas en el presente seguimiento, son la programación de los proyectos de aprendizaje en equipo, las cuales se soportan en una plataforma virtual con la dirección de acceso <http://192.168.0.206/moodle/>.

1. Seguridad del Paciente
2. Humanización
3. Crecimiento Personal

Se reactivaron las actividades de Bienestar Social en pro del mejoramiento del clima organización, el cual fue medido en un 90% lo cual representa una medición positiva con relación al año inmediatamente anterior.

Por su parte, se continuaron las actividades desarrolladas en ejecución de los Programas de Bienestar, Seguridad y Salud en el Trabajo, Entrenamiento , son:



- Conmemoración de días especiales (día de madre, día de la mujer, día del padre, día de los enfermeros) dicha celebración se pudo realizar en el Restaurante Palo Grande de Envigado.
- Se encuentra pendiente la Celebración anual del día del Funcionario
- Reconocimiento de cumpleaños de los servidores del mes – se comparte por correo electrónico una tarjeta de cumpleaños
- Inducciones de Docencia Servicio.
- Negociación con la Caja de Compensación Familiar para lograr ampliar el portafolio de servicios a favor de los funcionarios de la institución cuyo plan de trabajo se está ejecutando
- Se realizó jornada de autocuidado de la piel y curso de automaquillaje para los funcionarios.
- Se realizó en un 95% los exámenes periódicos de salud ocupacional con el personal idóneo.
- Se realizó capacitación en el mes de febrero sobre el nuevo Sistema de Evaluación de Personal en carrera administrativa tanto a los evaluados como a los evaluadores.
- Ser realizó con el personal asistencial, curso de preparación para maternidad y paternidad el 09 de mayo



1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Como logro para el período evaluado se encuentra la categorización en RIESGO BAJO FINANCIERO realizada el 30 de mayo, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 00001342 de 2019, de las Empresas Sociales del Estado del nivel Territorial para la misma vigencia. Para el caso de la ESE Hospital del sur GJP., la Entidad presentó oportunamente la formulación del PGIR Plan de Gestión Integral del Riesgo Financiero, con la finalidad de generar estrategias de reducción del gasto, saneamiento de pasivos e intensificar las medidas de austeridad del gasto. Dicho PGIR aún no ha sido aprobado por la autoridad competente mediante acto administrativo; sin embargo, con beneplácito se recibe la gratificante noticia, toda vez que la Entidad al contener y reducir el gasto y al tener el apoyo de la Administración Municipal para el pago de pasivos de vigencias anteriores, obtuvo un excelente desempeño reflejado en los Estados Financieros, situación que se refleja en la medición realizada por dicha cartera ministerial.

AÑO	RESOLUCIÓN	CATEGORIZACIÓN RIESGO FINANCIERO
2014	2090	RIESGO MEDIO
2015	1893	RIESGO ALTO
2016	2184	RIESGO ALTO
2017	1755	RIESGO MEDIO
2018	2249	RIESGO ALTO
2019	1342	RIESGO BAJO

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social.

Elaboración. Propia.

De conformidad con lo anterior se ha gestionado las siguientes acciones:

- En virtud del Convenio Marco para el fortalecimiento de los recursos y la gestión y el apoyo con recursos suscrito el 13 de septiembre de 2018, entre el señor Alcalde Municipal y la Gerente de la ESE Hospital del Sur GJP, se han adelantado las siguientes gestiones
 1. Apoyar la construcción de estrategias para la Defensa Judicial: Desde mediados del año 2018, la Entidad ha sido notificada de trece (13) fallos favorables, sus pretensiones se encontraban estimadas en \$1.724.661.191

2. Apoyar el fortalecimiento de las comunicaciones externas. Con fundamento en lo convenido, disponemos de un practicante quien contribuye con la difusión de la información institucional y con la ejecución del Plan de Comunicaciones.
3. Apoyar con recursos físicos, humanos y financieros, los diferentes aspectos misionales y administrativos que requiera la ESE. En virtud a éste compromiso, la Alcaldía de Itagüí transfirió el 25 de febrero \$59.857.773 (cincuenta y nueve millones ochocientos cincuenta y siete mil setecientos setenta y tres pesos) y transfirió además el 26 de febrero \$1.275.955.762 (mil doscientos setenta y cinco millones novecientos cincuenta y cinco mil setecientos sesenta y dos pesos) para el pago a proveedores por concepto de vigencias anteriores. A la fecha del presente informe la Administración Municipal ha realizado un cubrimiento del Pasivo de \$ 2,252,230,141.
4. Concertación de estrategias con las diferentes secretarías de la Administración Municipal. Se han celebrado diferentes contratos con la Administración Municipal que han contribuido con la capacidad presupuestal y ganancia de utilidad en la ejecución de actividades inherentes al objeto de la Entidad.

Acuerdos de Gestión

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993 y demás normas concordantes debe efectuar cada año la verificación de la suscripción y evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos de la Entidad; para lo cual, tendrá en cuenta el artículo 50 de la Ley 909 de 2004 “Acuerdos de gestión”, su Decreto reglamentario 1227 de 2005 (art. 112) y el Decreto 2539 del mismo año, así como la “Guía Metodológica para la Elaboración de un Acuerdo de Gestión”.

Como parte del avance en su implementación, se celebró Acuerdo de Gestión con el único gestor público que tiene la Entidad, Doctor Alexander Cardona, quien funge como Subgerente Administrativo y Financiero. Dicho acuerdo se celebró el día 04 de octubre de 2018.

Planes Y Programas. Para la fecha de presentación del presente informe pormenorizado de control interno, se presenta la medición de los planes comprendidos entre los meses julio, agosto y septiembre. Por lo anterior, a continuación se relaciona la última medición realizada en la vigencia 2018, así:

EVALUACIÓN PLANES - 2019 TRIM I


N°	PLAN DE TRABAJO COMITÉS	I TRIM
1	Comité de Archivo	91%
2	COVE y Estadísticas Vitales	95.5%
3	Comité de Ética Hospitalaria	89%
4	Comité Gobierno en Línea y Datos Abiertos	83%
5	Comité Compras	95%
6	Seguridad en el Trabajo	94%
7	Comité IAMI Integral	100%
8	Comité de Historias Clínicas	NA
9	Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE	96%
10	Comité de Glosas	79%
11	Cartera	96%
12	Comisión de Personal	100%
13	COPASST	98%
14	Comité GAGAS	92%
15	Plan anual de Adquisiciones	100%
16	Emergencias	100%
17	Comité Docencia Servicio	100%
18	Comité de Convivencia	100%
19	Comité de Bienestar Social	90%
20	PT Tecnovigilancia	94%
21	PT Seguridad-	100%
	PROMEDIO MEDICIÓN PLANES DE TRABAJO	
N°	PLAN DE ACCIÓN	I TRIM

1	Gerencia de la información	98%
2	Laboratorio	98%
3	Gestión Financiera	92%
4	Protección Específica y Detección Temprana	80%
5	Talento Humano	91%
6	Odontología	100%
7	Gestión Integral de la Tecnología	92%
8	Gestión del ambiente y recursos físicos	NA
9	Ambulatorios	83%
10	Vigilancia Epidemiológica	91%
11	PT Contingencia - Dengue	100%
12	Servicio Farmaceutico	96%
13	Seguridad y Gestión del Riesgo	90%
14	Calidad	100%

La interpretación de la calificación es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90% y que se resalta con color verde.
- Aceptable: calificación entre 80% y 89% y que se resalta con color amarillo.
- Regular: calificación por debajo del 79% y se destaca con color rojo.

Rendición De Cuentas

La ESE Hospital del Sur G.J.P., realizó la rendición de cuentas ante el Concejo Municipal, el día viernes 05 de abril, a las 7:00 A.M. En dicha rendición pudo asistir sin restricciones la Ciudadanía en general. En cabeza de la Gerente, se realizó la exposición, explicación y difusión de los Planes de Acción y de Trabajo, las metas y retos de la nueva gerencia para sacar a la Entidad del riesgo financiero y mejorar la prestación del servicio.



Desde el mes de julio, se está convocando al cliente interno y externo para la realización de la AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS, evento que será llevado a cabo en la Sede Santa María y donde se indicará a la comunidad, la Gestión tanto desde el componente asistencial como administrativo.

La ESE Hospital del Sur “Gabriel Jaramillo Piedrahita”, tiene el gusto de invitarle a la

AUDIENCIA PÚBLICA DE
RENDICIÓN
DE CUENTAS

Martes 30 de julio de 2019

9:00 a.m

Auditorio Sede Santa María
Calle 73 A N° 52 B-25

Sistema De Información:

Con corte al 21 de junio se presenta el siguiente estado de casos sin resolver como errores en el desarrollo del Sistema de Información:

- Pendiente por solucionar : 9 Bug
- Solucionados con el cambio de versión 38 bug los cuales están en proceso de revisión desde la institución

Dicho esto significa, que la estabilización del sistema implica que el lanzamiento de las versiones nuevas, genere dificultades con módulos o funcionalidades estabilizadas por lo que cada vez que las versiones nuevas son puestas en funcionamiento, los bugs (defectos del sistema) se reparen a costa del daño de otros ya estabilizados.

Tal y como consta en acta N 4 de 2019, realizada el 14 de marzo, la Junta Directiva de la ESE ha sido ampliamente informada de las dificultades que el sistema de información presenta y pese a los años, PANACEA no supera. Al punto que la información financiera, según conceptos reiteradamente dados por la Contadora y por la Subgerencia Financiera, no son totalmente seguros. Ésta situación generó que como resultado el Señor Alcalde Municipal, autorizara y requiriera la presentación de propuestas de casas de software hospitalario diferentes como XENCO ó DINÁMICA para hacer la migración de portal.

1.3 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

SEGUIMIENTO ENERO	
EVENTOS ADVERSO	0
INCIDENTES	0
FALLAS ADMINISTRATIVOS	30
TRANSPARENCIA	2
TOTAL	30

En el análisis de los dos riesgos de enero por corrupción o que afectan la transparencia de los procesos se encuentra la que corresponde a: *“la administración, cobro y dispensación de medicamentos e insumos en el sistema no corresponde a lo ordenado por el médico y despachado en el sistema, se quedan medicamentos e insumos sin ser cobrados, lo que puede generar desfalcos en farmacia”*, toda vez que el Sistema de Información PANACEA debido a sus múltiples inconvenientes, afecta la facturación de los servicios que se prestan. En ambos casos se evidenció el mismo inconveniente en el mes de enero analizado. De ésta manera, se enviaron los correspondientes requerimientos al desarrollador del Sistema de Información, a efectos de realizar el respectivo desarrollo.

SEGUIMIENTO MARZO	
EVENTOS ADVERSO	3
INCIDENTES	9
FALLAS ADMINISTRATIVOS	76
TRANSPARENCIA	0
TOTAL	88

En el mes de marzo fueron gestionados los eventos adversos en su totalidad y los incidentes y las fallas administrativas fueron gestionadas en un 85%. No se presentaron presuntos actos de corrupción o que afecten la transparencia de los procesos.

SEGUIMIENTO ABRIL	
EVENTOS ADVERSO	2
INCIDENTES	26
FALLAS ADMINISTRATIVAS	20
TRANSPARENCIA	0
TOTAL	48

En el mes de abril fueron gestionados los eventos adversos en su totalidad y los incidentes y las fallas administrativas fueron gestionadas en un 90%. No se presentaron presuntos actos de corrupción o que afecten la transparencia de los procesos.

SEGUIMIENTO MAYO	
EVENTOS ADVERSO	1
INCIDENTES	29
FALLAS ADMINISTRATIVAS	40
TRANSPARENCIA	0
TOTAL	70

En el mes de mayo fueron gestionados los eventos adversos en su totalidad y los incidentes y las fallas administrativas fueron gestionadas en un 95%. No se presentaron presuntos actos de corrupción o que afecten la transparencia de los procesos.

Los riesgos reportados del 01 al 30 de junio aún se encuentran dentro de los tiempos de gestión, sin embargo, al hacer revisión de los mismos, se encontró lo siguiente:

SEGUIMIENTO JUNIO	
EVENTOS ADVERSO	2
INCIDENTES	13
FALLAS ADMINISTRATIVAS	35
TRANSPARENCIA	0
TOTAL	50

Pese a que no se evidenciaron riesgos por presunta corrupción, si se evidenció que existen falencias en el proceso de facturación de servicios, por lo que se requiere el día 03 de julio de 2019 a la Líder de Facturación, adopte acciones de mejoramiento con relación a los riesgos reportados, especialmente actividades preventivas para evitar pérdidas económicas por parte de la Entidad.

2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 Auditoria Interna

Este rol de evaluación independiente es desempeñado por la Oficina de Control Interno junto con el Proceso de Calidad, siguiendo el programa de auditoria diseñado por la misma y aprobado por el Comité de Calidad y Control Interno desde comienzos de la vigencia y direccionado en los procesos asistenciales por el Líder de Auditorías.

En el presente cuatrimestre se realizaron los seguimientos y presentación de informes conforme a lo legalmente establecido. Entre otros se mencionan: Seguimiento Estrategia de Anticorrupción y Servicio al Ciudadano con un 91% de cumplimiento en la vigencia 2019 para el mes de abril, según el Cronograma de Auditorías de Control Interno y Calidad, se llevaron a cabo las siguientes auditorías:

PROCESO	AUDITORÍA	OBSERVACIONES
Urgencias	Inició en marzo	En ejecución Plan Mejoramiento
Servicios ambulatorios	Inició en abril	Pendiente entrega Plan mejoramiento
Laboratorio	Inició en abril	Pendiente plan de mejoramiento para el 05/07/2019
Serv. Farmacéutico	Inició en febrero	En ejecución Plan Mejoramiento

Ambiente Físico	Inició en abril	Pendiente entrega informe de auditoría por el Líder de Auditorías
Gerencia Información	Inició en marzo	En ejecución Plan Mejoramiento
Gestión Financiera	Inició en febrero	Con cierre de Plan de Mejoramiento con un 88.50% de cumplimiento
Terceros no misionales	Inició en marzo	En ejecución Plan Mejoramiento

A la fecha de realización del presente informe, fuimos auditados por parte de la Contraloría Municipal de Itagüí en auditoría regular de la vigencia 2018 realizada en el 2019, y en la Estrategia de Gobierno Digital para la medición de avances por cada componente con relación a las evidencias, auditoría ésta última que fue eminentemente cualitativa.

A la fecha, no hemos sido notificados de los informes definitivos de las mencionadas auditorías externas; sin embargo, es importante anotar que el último Plan de Mejoramiento de la auditoría regular vigencia 2017 realizada en el año 2018, presentó un cumplimiento del 82% de cumplimiento y se realizó auditoría a la Contratación de la Entidad de aquellos contratos celebrados en el año 2018, se presentó informe de Austeridad en el Gasto y Arqueo a Caja Menor.

De la misma manera, se realizó seguimiento al cumplimiento de la Rendición de Informes ante diferentes Entidades de Control. Al respecto, la Entidad superó el incumplimiento del único informe que históricamente no era reportado, por tanto la Entidad se encontraba en un 98% en la oportunidad de presentación. Para alcanzar un 100% de cumplimiento, la Entidad en Comité de Gestión y Desempeño requirió reunión con la Registraduría de Itagüí para la asignación de impresora que permitiera el registro de nacidos dentro de la Institución, compromiso que se cumplió por parte de las dos Entidades. La Registraduría entregó en calidad de préstamo una impresora especial de su propiedad, para hacer la impresión de los registros de nacidos vivos. Sin embargo, la impresora no cumple las condiciones técnicas ya que no realiza los registros con nitidez situación que fue comunicada a la Registraduría. Se procedió a requerir a la Subgerencia Administrativa y Financiera la devolución de dicha impresora a la Registraduría, para evitar asumir la responsabilidad de éste.

Con la ejecución del plan de mejoramiento para la oportunidad en la rendición en la cuenta en el Portal Gestión Transparente y SECOP de la contratación y las órdenes de compra, en los meses analizados de la vigencia 2019 de 72 contratos celebrados, ninguno reporta extemporaneidad. No sucede igual con las órdenes de compra, mismos que aún se encuentran en plan de mejoramiento, una de las acciones contundentes que se implementaron, fue el cambio en la designación de la Rendición en la Cuenta, toda vez que no continuará siendo la Regente responsable del Almacén,

sino la Técnica Operativa adscrita al área de contratación, quien recibirá con oportunidad y completitud la información por parte de la anterior responsable, para proceder con la rendición de la información en el portal SECOP y GESTIÓN TRANSPARENTE. Dicha delegación y designación de funciones se realizó mediante Resolución interna 248 de 2019 y se encuentra en proceso de notificación.

2.2 Planes de Mejoramiento

En el período evaluado los siguientes procesos han iniciado la ejecución de los últimos Planes de Mejoramiento, así:

N°	PLAN DE MEJORAMIENTO	%
1	TERCEROS: SEGURIDAD Y VIGILANCIA	68%
2	ODONTOLOGÍA:	68%
3	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:	89%
4	AMBULATORIO:	82%
5	URGENCIAS:	82.50%
6	LABORATORIO:	86%
7	TERCEROS: ALIMENTACIÓN	89%
8	SERVICIO FARMACÉUTICO	94%
9	TALENTO HUMANO	94%
10	AMBIENTE FÍSICO:	96%
11	HOSPITALIZACIÓN:	96%
12	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA:	97%
13	MEDICO EN CASA	100%
14	GESTIÓN FINANCIERA	88.50%

4. EJE TRANSVERSAL – INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

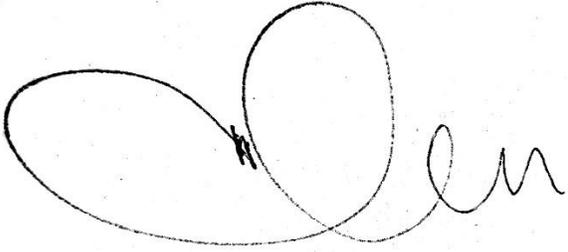
Se construyó un Plan de Trabajo de comunicaciones internas y externas para la vigencia 2019. Las redes sociales se encuentran activas para informar a la comunidad de los principales eventos que lleva a cabo la Entidad, sin embargo la página web pese a su nueva formulación, aún cuenta con problemas de seguridad.

Otro de los avances en éste componente es la adopción del PETI mediante acto administrativo para la vigencia de la actual Gerencia.

Conclusiones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno

- ✓ Nuevamente se estima pertinente fortalecer la Gerencia de la Información y la gestión documental para garantizar la seguridad, la trazabilidad de los documentos y la información Institucional, en especial prevenir la materialización de los riesgos por pérdida de información y sus consecuencias institucionales, además, se requiere de espacios adecuados para el cumplimiento de la Ley de archivo, teniendo en cuenta que existe documentación física como las historias clínicas con un tiempo de retención de 20 años y que no cumple con lo dispuesto en la normatividad para su custodia.
- ✓ Se recomienda impulsar los procesos disciplinarios que corresponden a las presuntas faltas disciplinarias por vencimiento, destrucción por avería de medicamentos, toda vez que se trata de recursos públicos en los cuales se observa desde la Oficina de Control Interno de Gestión, falta al deber de autocontrol y cuidado de dichos recursos por parte de quienes hacen parte del proceso y lo lideran. Es importante señalar, que en el manual de funciones de los responsables, se encuentra taxativamente la obligación de evitar vencimientos de medicamentos. Además, las evidencias de la gestión para la rotación y el buen uso del cliente interno de los medicamentos fueron escasas e impertinentes. Esta situación, ha sido presunto hallazgo fiscal por parte de la Contraloría Municipal.
- ✓ Es importante resaltar, que de contar con un Profesional médico que contribuya con la auditoría de cuentas médicas y de adherencia a guías y protocolos, se podría realizar un análisis de la pertinencia de los servicios tanto en la consulta como en los medicamentos prescritos a cada paciente.
- ✓ Continuar la labor realizada por quienes integran el proceso de Gestión del Ambiente Físico, ya que con personal tercerizado, se han generado avances significativos en el mantenimiento de la infraestructura física de las sedes del Hospital.
- ✓ Se recomienda conservar las medidas de austeridad en el gasto público y las demás medidas en cumplimiento del PGIR, pese a la nueva categorización de la Entidad riesgo bajo financiero
- ✓ Continuar con la realización del Comité de Conciliación para el análisis de casos y toma de decisiones, documentar y pactar compromisos claros con la correspondiente asesoría jurídica de la Abogada Externa.

- ✓ Nuevamente se sugiere analizar los casos identificados por el Área Jurídica para la interposición de Acciones de Repetición en contra de los Funcionarios y en los términos de Ley.
- ✓ Se debe intensificar la circularización y recuperación de cartera de particulares para el saneamiento de las finanzas y el déficit de la Entidad ya que se evidencia que pueden realizarse mayores gestiones al respecto.
- ✓ La Oficina de Control Interno realiza confirmación de los saldos en bancos y concilia con los registros respectivos de los documentos soporte como acción de mejora implementada en consideración a los hallazgos de la Contraloría
- ✓ Adicionalmente, la Oficina de Control Interno en la vigencia 2019, realizará seguimiento a las Políticas Contables de la Entidad tal y como se viene presentando con el seguimiento a la Política Financiera.
- ✓ Se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal por parte de la oficina de control interno de manera trimestral, como herramienta se tiene el seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones y los informes de austeridad del gasto comparando compromisos presupuestales en los períodos analizados.
- ✓ Se encuentra pendiente la actualización de los procedimientos que corresponden al proceso de facturación y la implementación de las RIAS.
- ✓ Se debe continuar implementando acciones de mejoramiento en el proceso de aprobación de garantías y pólizas para los contratos.



CLAUDIA JIMENA ECHAVARRIA BARRIENTOS
Jefe Oficina de Control Interno