
	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
LUGAR DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:		Sede Administrativa	
AUDITORIA No.	06 de 2024	FECHA DEL INFORME	15 DE MAYO DE 2024
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO		GESTION DE LA CALIDAD	
LIDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE		SUBGERENTE SALUD E INVESTIGACIÓN - PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA CALIDAD	
PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA		VIGENCIA 2023	
OBJETIVO			
Realizar auditoria interna a la gestión del PAMEC, a la auditoria ISO 9001 -2015 e informe revisión por la dirección			
JUSTIFICACION			
La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las Auditorias programadas para la vigencia 2024, requiere efectuar una auditoría interna a la gestión administrativa, a las actuaciones administrativas y de gestión del Proceso de Gestión de la Calidad Humano, durante lo corrido de la vigencia 2023, bajo los principios de eficacia, eficiencia, atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.			
PRODUCTO			
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados PAMEC vigencia 2023 • Guía de Indicadores • Planes de mejoramiento y seguimiento • Informe Final auditoria Calidad ISO 9001 – 2015 • Informe Revisión por la Dirección • Procesos y procedimientos con enfoque a riesgos, riesgos materializados y tratamiento 			
ALCANCE			
La presente auditoria se llevó a cabo en las instalaciones de la Oficina de Auditoria y Calidad de la Sede Administrativa, revisando la información relacionada con los productos a auditar y que son correspondientes a la vigencia 2023.			
HECHOS			

Mediante comunicación Oficial 202405200024213 del 4 de abril de 2024 la Oficina de Control Interno informo a la Subgerencia de Salud e Investigación sobre la apertura de la Auditoria de Gestión No. 06 de 2024, la cual se llevó a cabo en la Oficina de auditoria y calidad.

El alcance de esta auditoria es el periodo 2023.

En reunión efectuada con la Subgerencia, se estableció que profesional o funcionario del área podría suministrar la información y con esta información se procedió a verificar cada uno de los productos:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

RESULTADOS PAMEC VIGENCIA 2023

MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA VIGENCIA 2023

Se evidencia la Matriz de Seguimiento a Planes de Mejora correspondientes a la vigencia 2023 con un total de 101 planes de mejora de los cuales se registra el estado:

- Abiertos: 27
 - Cerrados: 70
 - En blanco: 4 (fecha de suscripción 1er trimestre de 2024)
1. En cuanto a criterios de suscripción del plan de Mejora:
 - 45 corresponden a Eventos Adversos/Seguridad del paciente
 - 41 No aplica
 - 8 Inoportunos
 - 7 Oportunos
 2. En cuanto al Proceso:

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

Se evidencian 2 planes de mejora, el primero con avance del 11% de cumplimiento, suscrito en el mes de octubre de 2023 y pendiente el segundo seguimiento programado para el mes de mayo de 2024. El segundo suscrito en abril de 2024 que aún no tiene seguimientos.

GESTION AMBULATORIA:

Se evidencian 12 planes de mejora, de los cuales 10 se encuentran Cerrados, 1 abierto y 1 aún sin seguimiento ya que se suscribió en febrero de 2024.

De los 10 planes de mejora que se encuentran cerrados, solo 5 cumplieron con un porcentaje de cumplimiento mayor o igual a 80%, y 5, se cerraron con un promedio de 66.2% de porcentaje de cumplimiento.

GESTION DE AMBIENTE FISICO:

Se evidencia 1 plan de mejora que hasta el momento tiene un porcentaje de cumplimiento del 100%, pero continúa abierto y con fecha para segundo seguimiento en el mes de mayo de 2024.


GESTION DE CALIDAD:

Se evidencian 52 planes de mejora, de los cuales 35 se encuentran cerrados, 16 abiertos y 1 aún sin seguimiento ya que se suscribió en marzo de 2024.

De los 35 planes de mejora que se encuentran Cerrados, 28 de ellos se cerraron con un porcentaje de cumplimiento mayor al 85% y 6 de ellos se cerraron con un promedio de 47% de porcentaje de cumplimiento.

De los 16 que aún se encuentran abiertos, todos corresponden a Eventos Adversos, las fechas de suscripción se encuentran entre el mes de abril y agosto de 2023, pero no han podido cumplirse los segundos seguimientos por demora en el envío de los planes desde Seguridad del paciente.

Llaman la atención 2 planes de mejora con porcentaje de cumplimiento de 0%. El primero: PMSSP 36 (Evento Adverso 13979, caída de paciente con dx de TCE. HLC urgencias) suscrito el 18 de julio de 2023, que registra 2 seguimientos y se encuentra ABIERTO; y el segundo: PMSSP 48 (14658-Evento Adverso leve por cuerpo extraño en sutura-HLR URG Emssanar) suscrito el 5 de noviembre de 2023 y se encuentra CERRADO. Sin seguimientos registrados hasta la fecha.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

GESTION DE HOSPITALIZACION:

Se evidencia 1 plan de mejora cerrado con un porcentaje de cumplimiento del 70%.

GESTION DE LABORATORIO:

Se evidencian 4 planes de mejora que continúan abiertos con fecha de suscripción vigentes, excepto 1 (PMSG-03) que tiene fecha de suscripción a diciembre de 2022 y ya debería estar cerrado, sin embargo se encuentra abierto y con fecha pendiente para segundo seguimiento en 2024. Cabe aclarar que los 4 planes de mejora tienen primer seguimiento en el mes de octubre de 2023; el segundo seguimiento debería realizarse en enero de 2024 y ninguno, hasta la fecha registra segundo seguimiento.

GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION:

Se evidencia 1 plan de mejora Cerrado con un porcentaje de cumplimiento del 100%.

GESTION DE TALENTO HUMANO:

Se evidencian 3 planes de mejora Cerrados con un promedio de porcentaje de cumplimiento del 86.6%.

GESTION DE URGENCIAS:

Se evidencia 1 plan de mejora Cerrado con un porcentaje de cumplimiento del 78%.

GESTION DE SERVICIO FARMACEUTICO:

Se evidencian 4 planes de mejora Cerrados con promedio de porcentaje de cumplimiento del 91%.

GESTION FINANCIERA:

Se evidencia 1 plan de mejora que continua Abierto con un porcentaje de cumplimiento del 100%.

GESTION JURIDICA:

Se evidencia 1 plan de mejora Cerrado con un porcentaje de cumplimiento del 87%.

GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO:

Se evidencia 9 planes de mejora, de los cuales 5 se encuentran cerrados, 3 abiertos y 1 aún sin seguimiento ya que se suscribió en febrero de 2024.


De los 5 planes de mejora que se encuentran cerrados, solo 2 cumplieron con un porcentaje de cumplimiento mayor al 90%, y 3 se cerraron con un promedio de 57% de porcentaje de cumplimiento.

TODOS LOS PROCESOS:

Se evidencian 9 planes de mejora. Todos cerrados, con fecha de suscripción en 2022. Cerrados con un promedio de 74% de porcentaje de aprobación.

ACTA DE REVISION POR LA DIRECCION

De acuerdo al informe de revisión por la dirección, en el comité se presentó el nivel de cumplimiento, concluyendo que el Sistema de Gestión de Calidad es adecuado, conveniente, eficaz y está alineado al direccionamiento estratégico de la organización

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

								TOTALES	
ADECUACIÓN (El sistema de gestión cumple o es conforme a los requisitos, políticas y objetivos)	REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS		REQUISITOS DE LA NORMA		REQUISITOS ORGANIZACIONALES		90,50%
	86%		90,64%		98%		87,35%		
CONVENIENCIA (El sistema de gestión es una herramienta estratégica configurada con las necesidades de la organización)	PAMEC		AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD		AUDITORIA REGISTROS CLINICOS		AUDITORIA PACIENTE TRAZADOR		83,49%
	87%		87,96%		79%		80%		
EFICACIA (El sistema logra los resultados u objetivos pretendidos)	Nivel de cumplimiento de los objetivos estrategicos del plan de desarrollo I semestre 2023								86,2%
	OBJETIVO DE CALIDAD - FINANCIERO	100%	OBJETIVO DE CALIDAD 2 - USUARIOS	100%	OBJETIVO DE CALIDAD 3 - PROCESOS	85,4%	OBJETIVO DE CALIDAD 4 - TALENTO HUMANO	100%	
ALINEACIÓN (El sistema de gestión es coherente con directrices, objetivos o estrategias pretendidas)								88,3%	

ISO 9001
CO19.00728

Pasto Salud ESE <http://www.pastosaludese.gov.co> ESE Pasto Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PASTO SALUD E.S.E.
Siempre con Amor

el sistema de gestión de calidad es **ADECUADO** porque cumple y es conforme a los requisitos, políticas y objetivos con un cumplimiento de 90.5%, **CONVENIENTE** con una calificación de 83.49% para el I semestre teniendo cuenta que como herramienta estratégica configurada con las necesidades y expectativas de la organización, es **EFICAZ** toda vez que se logra cumplir con los resultados y objetivos de un 86.2% pretendidos así Objetivo de calidad 1 con una calificación de 100%, objetivo de calidad 2 con una calificación de 100%, el objetivo de calidad 3 con una calificación de 85.4% y el objetivo de calidad 4 con una calificación de 100%. Por lo anterior, el sistema de gestión de calidad está **ALINEADO** toda vez que es coherente con las estrategias y políticas institucionales partiendo que se logró para el I semestre un cumplimiento del 88.3%

Se evidencia el Acta No. 007 de 2023: Revisión por la Dirección con fecha de 20 de Noviembre de 2023. Con 19 asistentes que incluyen Gerente, Subgerentes, Jefes de Oficina, Directores Operativos, Profesionales universitarios y contratistas.

Se evidencian en cuanto a los resultados obtenidos por el seguimiento y medición la mayoría de datos coinciden de acuerdo a la fuente de la cual se toman los datos.

Pero los datos que corresponden a Indicadores en los procesos asistenciales verificados en la plataforma INFOMEDIC, son diferentes (reportados con corte a Junio de 2023):

Es así como en el Acta se reportan los siguientes datos:

B. 5. RESULTADOS OBTENIDOS POR SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

RESULTADO DE CUMPLIMIENTO INDICADORES INFOMEDIC CORTE A JUNIO 2023

5
ión

PROCESOS	ENERO A JUNIO		
	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Gestión Ambiente Físico	29	27	2
Gestión De Atención A Urgencias	14	12	2
Gestión de Atención Ambulatoria	13	9	4
Gestión de Calidad	4	1	3
Gestión del Servicios Farmacéutico	25	24	1
Gestión del Talento Humano	3	3	0
Gestión Financiera	16	13	3
Gestión Hospitalización	1	1	0
Gestión Jurídica	1		1
Gestión Laboratorio Clínico	3	3	0
Gestión Sistemas de Información	15	14	1
Gestión Tecnología	15	12	3
Gestión Y Orientación al Usuario	27	25	2
TOTAL	166	145	21


Corroborando los datos desde la plataforma INFOMEDIC se tiene los siguientes datos:

PROCESOS	CANTIDA D	CUMPLE	NO CUMPLE	INACTIV OS
Gestión de Ambiente Físico	33	29	4	0
Gestión de Atención a Urgencias	20	14	5	1
Gestión de Atención Ambulatoria	19	11	7	1
Gestión de Calidad	14	7	3	4
Gestión del Servicio Farmacéutico	25	23	2	10
Gestión de Hospitalización	9	8	1	4
Gestión de Laboratorio Clínico	4	4	0	0
TOTAL	124	96	22	20

Debido a los datos tan diferentes corroborados por la Oficina de Control Interno, se solicita el soporte de los cambios a través de Actas de reunión y se recibe las siguientes:

GESTION DE AMBIENTE FISICO:

Acta del 6 de diciembre de 2023: Reunión de equipo. Revisión, depuración de indicadores y sensibilización de información documentada.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Se evidencia en el acta que se realiza revisión de la información documentada identificando 5 procedimientos con un total de 7 indicadores de los cuales 6 están cargados en la plataforma de INFOMEDIC y se indica además, que falta la medición de 6 indicadores.

GESTION DE ATENCION A URGENCIAS:

Acta del 13 de diciembre de 2023: Reunión de equipo. Revisión, depuración de indicadores y sensibilización de información documentada.

Se evidencia en el acta que se realiza revisión de la información documentada identificando 4 procedimientos, pero no se evidencia el total de indicadores debido a que dice “ver matriz de gestión”.

Al realizar la verificación de indicadores en la plataforma de INFOMEDIC aparecen 74 en total de los cuales 37 se encuentran activos y 37 inactivos. Se realiza revisión de los activos y se decide depurar algunos y cambiar de proceso a otros.

GESTION DE ATENCION AMBULATORIA:

Acta del 20 de diciembre de 2023: Reunión de equipo. Revisión, depuración de indicadores y sensibilización de información documentada.

Se evidencia en el acta que se realiza revisión de la información documentada identificando 7 procedimientos, pero no se evidencia el total de indicadores debido a que dice “ver matriz de gestión”.

Al realizar la verificación de indicadores en la plataforma de INFOMEDIC aparecen 82 activos en total, de los cuales después de realizar el ejercicio de depuración, quedan Activos solo 48.

GESTION DE CALIDAD:

Acta del 4 de diciembre de 2023: Reunión de equipo. Revisión, depuración de indicadores y sensibilización de información documentada.

Se evidencia en el acta que se realiza revisión de la información documentada identificando 11 procedimientos, con un total de 12 indicadores: direccionamiento estratégico 5 procedimientos con un solo indicador que no se encuentra cargado en INFOMEDIC, para Gestión de calidad 4 procedimientos con 9 indicadores cargados en INFOMEDIC, y para Gestión de control 2 indicadores cargados en INFOMEDIC.

GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO:

No se evidencia Acta de reunión.

GESTION DE HOSPITALIZACION:

Acta del 13 de diciembre de 2023: Reunión de equipo. Revisión, depuración de indicadores y sensibilización de información documentada.

Se evidencia en el acta que se realiza revisión de la información documentada identificando 3 procedimientos, pero no se evidencia el total de indicadores debido a que dice “ver matriz de gestión”.


Al realizar la verificación de indicadores en la plataforma de INFOMEDIC aparecen 29 en total, todos se encuentran activos.

GESTION DE LABORATORIO CLINICO:

No se evidencia Acta de reunión.

En todas las Actas los compromisos en general son los mismos:

- Diseñar e implementar indicadores de acuerdo a los procedimientos de cada proceso
- Revisar la pertinencia de los 6 indicadores de los cuales falta la medición y realizar el cargue del indicador que falta. (Ambiente físico)

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- Solicitar a sistemas el traslado de los indicadores (total 32 indicadores). Pendiente reunión con Líder de seguridad del paciente para revisión de los indicadores correspondientes y Realizar el cargue de los indicadores que faltan. (Atención a Urgencias)
- Actualizar los procedimientos cargados en servidor documental.
- Creación y cargue de indicadores de población vulnerable, psicología, nutrición, y estudio de enfermedad renal. (Atención Ambulatoria)
- Actualizar indicadores. Diseñar e implementar indicadores de proceso de direccionamiento estratégico. Realizar el cargue de los indicadores que faltan. (Calidad)

GESTIÓN DEL RIESGO

La Oficina de Control Interno dentro de su rol de evaluación y seguimiento y en cumplimiento del plan anual de auditoria vigencia 2023, realizo la evaluación de manera independiente a la gestión de los riesgos de la Empresa, así como la pertinencia y la efectividad de los controles establecidos, en cada uno de los procesos, resultados que fueron socializados y presentados en el comité coordinador de control interno.

Los productos resultados de esa auditoria son:

- Materialización de riesgos tipología misional
- Materialización del riesgo tipología administrativa
- Cumplimiento de controles y acciones tipología misional.
- Cumplimiento de controles y acciones tipología administrativa

El número de riesgos que se encuentran identificados se describen a continuación:

Riesgos identificados: 6

Riesgos con severidad bajo: 0

Riesgos con severidad moderada: 3

Riesgos con severidad alto: 3

Riesgos con severidad extremos: 0


A continuación se presenta los controles que no se cumplen o que evidencian falla en su ejecución

Controles aplicables a cada uno de los riesgos: 18

Controles incumplidos: 2

Descripción del incumplimiento de controles

Control	Riesgo
1. El profesional especializado área de la salud- auditoria y el auditado, realizan la evaluación de la ejecución de la auditoria a través del formato de evaluación de auditores	<i>Informes de auditoría errados o sesgados, debido a que el auditor no cuenta con la competencia necesaria, redacción no clara de hallazgos de auditoria, no objetividad por parte del auditor</i>
2. Los equipos de autoevaluación mensualmente, realizan el monitoreo al cumplimiento de las acciones propuestas en el PAMEC, registrando actas.	<i>Incumplimiento de objetivos institucionales, debido a Inadecuado seguimiento de acciones de mejoramiento derivados del PAMEC</i>

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

CONCLUSIONES:

1. Con lo anterior podemos concluir que existen 101 Planes de Mejora para vigencia 2023 de los cuales la gran mayoría se encuentran cerrados y solamente continúan Abiertos 27 Planes de Mejora.
2. De los 101 Planes de Mejora registrados en la base de datos, se evidencian seguimientos de manera **OPORTUNA** solo a 16 de ellos para el primer seguimiento y a 8 en el segundo seguimiento.
3. De los 101 Planes de Mejora registrados en la base de datos, se evidencian seguimientos de manera **INOPORTUNA** al 39%.
4. Los procesos con Planes de Mejora **CERRADOS** son: Gestión de Hospitalización, Gestión de Sistemas de Información, Gestión de Talento Humano, Gestión de Urgencias, Gestión de Servicio Farmacéutico, Gestión Jurídica, Todos los procesos.
5. Los procesos que continúan con Planes de Mejora **ABIERTOS** son: Direccionamiento Estratégico, Gestión Ambulatoria, Gestión de Ambiente Físico, Gestión de Calidad, Gestión de laboratorio, Gestión financiera, Gestión y Orientación al usuario.
6. El proceso que registra el mayor número de Planes de Mejora que continúan Abiertos es Gestión de la Calidad, debido a que el 90% de ellos corresponde a Eventos Adversos y sus seguimientos no han podido realizarse de forma oportuna debido a la demora en el envío de los mismos por parte de Seguridad del Paciente. Se evidencian Planes de mejora suscritos en el año 2022 que aún no se les ha realizado segundo seguimiento y Planes de mejora que están suscritos en 2023 pero que se encuentran próximos a vencerse y solamente tienen un primer seguimiento.
7. Se evidencian 2 planes de mejora dentro del Proceso de Gestión de la Calidad, con porcentaje de cumplimiento de **0%**. Uno, continúa **ABIERTO** con fecha de suscripción del 18 de julio de 2023 y registra 2 seguimientos. y el otro, ya se encuentra **CERRADO** y tiene fecha de suscripción del 5 de noviembre de 2023 Sin seguimientos registrados hasta la fecha.
8. Por otra parte, la Oficina de Control Interno, el 22 de Abril de 2024 envió correo electrónico tanto a Seguridad del Paciente como a Calidad solicitando todos los planes de mejora correspondientes a Eventos Adversos del segundo semestre de 2023. De los 67 Planes de Mejora solicitados, a la fecha se han recepcionado 50 en total, quedan pendientes 17 planes de mejora, que, al hacer la revisión, no se encuentran incluidos dentro de los 101 Planes registrados dentro de la Matriz de seguimiento presentada como soporte para la presente Auditoria. Así las cosas, los 101 planes de mejora totalizados en la Matriz serian 118 planes en total, incluyendo estos faltantes.
9. Se debe tener en cuenta que la Matriz para realizar seguimiento a los Planes de Mejora se empezó a implementar a partir de la vigencia 2023, es por eso que la recopilación de los Planes correspondientes al año 2022 se tuvo que incluir. Se espera que con esta Matriz ya estandarizada, haya mayor control en cuanto a seguimientos oportunos para para vigencia 2024.
10. Como conclusión podemos decir que, si bien es cierto, los datos que se registran en el Acta de Revisión por la Dirección se obtuvieron en el mes de noviembre de 2023 y son diferentes a los encontrados por Control Interno a través de la verificación de datos en la plataforma INFOMEDIC; la presentación de las Actas por proceso en donde se justifican los cambios debido a la depuración y traslados de algunos indicadores no es suficiente para corroborar que la información que se encuentra en INFOMEDIC esta soportada por dichas Actas.

HALLAZGOS

Se evidencia los siguientes hallazgos en la presente auditoria (de acuerdo a los hechos mencionados en este informe):

1. Se evidencian de los 101 planes, hay seguimientos inoportunos al 39% de los planes.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

2. Se evidencian 2 planes de mejora del Proceso de Gestión de la Calidad, con porcentaje de cumplimiento de **0%**. Uno, continúa ABIERTO con fecha de suscripción del 18 de julio de 2023 y registra 2 seguimientos. y el otro, ya se encuentra CERRADO y tiene fecha de suscripción del 5 de noviembre de 2023. Sin seguimientos registrados hasta la fecha. Lo que se puede evidenciar un inadecuado seguimiento.

RECOMENDACIONES

Una vez efectuada la auditoria, se pueden establecer las siguientes recomendaciones

1. Se recomienda que con esta Matriz ya estandarizada, haya mayor control en cuanto a seguimientos oportunos para para vigencia 2024.
2. Se recomienda reorganizar todos los planes de mejora para mayor control y seguimientos en las fechas establecidas en los planes y verificar su cumplimiento.
3. Se recomienda hacer seguimiento a la gestión de riesgo, por incumplimiento de los controles
4. Se recomienda solicitar a seguridad del paciente (eventos adversos) que envíen con suficiente tiempo los planes de mejora porque se evidencia que el 90% de los planes corresponde a Eventos Adversos y sus seguimientos no han podido realizarse de forma oportuna debido a la demora en el envío de los mismos.
5. Se recomienda verificar la información total de los planes suscritos, ya que a la fecha de la Auditoria se tenían recepcionados 101 Planes de Mejora; pero se sugiere solicitar los 17 pendientes a Seguridad del Paciente para que sean incluidos dentro de la Matriz ya que estos corresponden al Eventos Adversos del segundo semestre de 2023.
6. Se recomienda realizar el seguimiento para corroborar que los líderes de los procesos realicen los respectivos cambios y ajustes de los indicadores del informe revisión por la dirección, correspondientes en la plataforma INFOMEDIC, debido a que concuerda la información suministrada con la cargada en la plataforma.

FORTALEZAS

ELABORO:	ANDREA MORAN MAYA	FECHA	14 de mayo de 2024
REVISADO PÓR:	JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.	FECHA	14 de mayo de 2024