

130-19.11

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

HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
Dagua Valle

HUGO FERNANDO COLLAZOS TOVAR
Gerente

CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali, diciembre de 2021
CDVC-DOCF - 14

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

HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 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
HUGO FERNANDO COLLAZOS TOVAR
Gerente
Señores
JUNTA DIRECTIVA
CONCEJO MUNICIPAL
Dagua 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 José Rufino Vivas 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 veintisiete (27) 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 veintisiete (27) 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 88,9% 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 José Rufino Vivas 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: regular y especiales a contratación y glosas.

3.2. CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento reportado a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, comprende veintisiete (27) 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 88,9%, 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 **17,8%** sobre una ponderación del **20%**
- **Efectividad:** calificación del **71,1%** 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	88.9	0.20	17.8
Efectividad de las acciones	88.9	0.80	71.1
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1.00	88.9

Calificación	
Cumple	2
Cumple Parcialmente	1
No Cumple	0

Cumple

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	Debilidades Costos Contractuales El Hospital maneja el sistema de costos por medio de un programa en Excel debido a que no se ha implementado ni adoptado por acto administrativo un manual de costos tarifario de acuerdo a los estándares legales y comerciales que rigen para la Empresa Social del Estado ESE. como lo indica el artículo 179 de la ley 100 de 1993 norma que le otorgó facultades para adoptar modalidades de contratos y para racionalizar la demanda por servicios en salud por el derecho privado. Lo anterior porque no se definen con precisión las condiciones de costo y calidad para la contratación de servicios de salud y no se cuenta con políticas de mercadeo ni criterios económicos de negociación de tarifas y precios pudiendo afectar la toma de decisiones financieras de la entidad.	Lograr avance significativo en la implementación del sistema de costos en la Institución.	La entidad no presentó derecho de contradicción por lo cual el hallazgo continúa en firme para seguimiento a través de plan de mejoramiento.
2	Se evidenció que la oficina del control interno del hospital José Rufino Vivas no contó con los instrumentos requeridos para realizar el seguimiento y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2015 como lo establece El Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012 que reglamentó los artículos 73 de la ley 1474 de 2011. En el Artículo quinto establece que las oficinas de Control Interno realizaran el seguimiento y la publicación en la página web de la entidad los resultados de la evaluación al plan anticorrupción" por lo anterior la oficina no realizó actividades de control de los eventos de corrupción que se puedan presentar en los procesos de contratación al no poder realizar el seguimiento contraviniendo el Literal F Artículo 2 de la ley 87 de 1993 de los cuatro componentes que determina el plan como son primero componente metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo segundo componente estrategia anti tramites tercer componente mecanismo para mejorar la atención al ciudadano y cuarto componente rendición de cuentas situación ocasionada por la no elaboración del plan por parte de la alta dirección lo cual conlleva a que la oficina de control interno no evalué las acciones que permitan mitigar los riesgos de corrupción y de atención al ciudadano de igual forma conlleva a que la comunidad que es atendida por el Hospital José Rufino Vivas E.S.E desconozca las acciones para mitigar los riesgos anteriormente mencionados.	Realizar la publicación en la página web y el debido seguimiento al Estatuto Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la entidad en las fechas establecidas.	La entidad no presentó derecho de contradicción por lo cual el hallazgo continúa en firme para seguimiento a través de plan de mejoramiento.
3	Se evidenció que el Hospital José Rufino Vivas E.S.E no elaboró el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2015 como lo establece el artículo 73 de la ley 1474 de 2011 que determina "...cada entidad del orden nacional departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplara entre otras cosas el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad las medidas concretas para mitigar esos riesgos las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano...." por lo anterior la entidad no realizó	Elaboración y adopción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la Institución.	La entidad no presentó derecho de contradicción por lo cual el hallazgo continúa en firme para 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
	actividades de prevención de los eventos de corrupción que se puedan presentar en los procesos de contratación al no contar con los cuatro componentes que determina el plan como son primer componente: metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo segundo componente estrategia anti tramites tercer componente mecanismo para mejorar la atención al ciudadano y cuarto componente rendición de cuentas situación ocasionada por un deficiente seguimiento y autocontrol lo cual conlleva a que la entidad no cuente con estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de igual forma conlleva a que la comunidad que es atendida por el Hospital Rufino Vivas de Dagua E.S.E desconozca las estrategias anteriormente mencionada constituyéndose en una presunta falta disciplinaria al tenor del numeral 1 y del artículo 34 y numeral 1 del artículo 35 de la ley 734 de 2002.		
4	Se evidencia que el mapa de riesgos no se encuentra actualizado y que el proceso de contratación que es uno de los más importantes de la entidad no define con precisión que etapa de este están más susceptibles de riesgo dejando un vacío de control por parte de la oficina de control interno la que tienen el deber de realizarlo generando un riesgo a este procedimiento.	Actualizar el mapa de riesgos del área jurídica de acuerdo a las recomendaciones dadas por el ente de control	La entidad no presentó derecho de contradicción por lo cual el hallazgo continúa en firme para seguimiento a través de plan de mejoramiento.
5	Se observa que la entidad como socia de la Cooperativa de Hospitales del Valle ha entregado aportes por valor de \$83 millones de pesos los cuales están registrados en la cuenta contable Aportes Cooperativos supuestamente esta entidad entro en liquidación y a la fecha se desconoce cuál es la participación del Hospital dentro de dicha liquidación esta situación genera incertidumbre sobre lo que el hospital pueda rescatar con respecto al dinero aportado.	Realizar las gestiones pertinentes ate la Cooperativa COOHOSVAL con el fin de obtener la documentación requerida por el ente de control.	La entidad no presentó derecho de contradicción por lo cual el hallazgo continúa en firme para seguimiento a través de plan de mejoramiento.
6	A partir de vigencia 2017 con la aplicación(NIIF) y Res 414/2014 (NICSP) cada entidad establece propias políticas contables entre ellas prescribir tratamiento de cartera difícil cobro no obstante en el periodo evaluado cartera evidencia crecimiento; a 31 diciembre/2017 revela que un 85.85% corresponde cartera superior 90 días \$3.0204 millones la cartera superior 360 días \$2.590 millones representa el 73.63% así mismo evidencia facturación pendiente x radicar en las vigencias 2013-2017 para la vigencia 2013 revela \$127.6 millones 2014 \$156.3 millones 2015 \$85.9 2016 \$168.3 y 2017 \$130.9 millones; glosa objeciones inicial para el periodo evaluado \$387.4 millones y registró deterioro para el 2017 \$764.6 millones al considerar según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen cierto nivel de riesgo de impago y por tanto se reconocen en contabilidad (Ver tabla 9). La administración o gestión de cartera un proceso sistemático de evaluación seguimiento control de las cuentas x cobrar a fin de lograr que los pagos realicen de manera oportuna y efectiva que incluye entre aspectos el registro y clasificación de las cuentas x antigüedad y categorías como son: cte. vencida y cuentas difícil cobro que regularmente se maneja plazos de 1-30 días 30-60 60-90 y más	Revisar y actualizar las políticas de cartera facturación y glosas. Realizar el debido seguimiento en el proceso de radicación. Implementar el método de cobro coactivo bajo la normatividad vigente. Aplicar estrategias de comunicación con las diferentes aseguradoras y fortalecer el procedimiento interno en la acción conjunta entre el departamento de contabilidad y cartera. Capacitación al personal del área de cartera para asumir nuevos retos frente al cobro de cartera y al seguimiento de la misma	La entidad no presentó derecho de contradicción por lo cual el hallazgo continúa en firme para 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
	de 90 días; siendo difícil cobro las clasificadas de acuerdo a marcos normativos competentes para el sector que se atemperan a sus respectivas políticas contables adoptadas. La situación presentada ocasionada deficiencias estructurales evidentes el sistema de salud que hacen inoperantes controles establecidos en gestión de cobro y mecanismos correctivos los diferentes actores(Hospital Superintendencia Ministerio DLS) conllevando a clasificarla cartera vencida y difícil cobro debiéndose deteriorarla de acuerdo con las NIF;recursos que no podrán utilizar en prestación servicio y afectan la sostenibilidad financiera y finanzas del hospital generando a futuro pérdida de los mismos afectando prestación servicio con oportunidad calidad		
6	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 José Rufino Vivas ESE				
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				