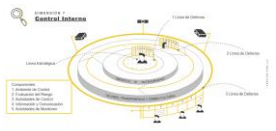


Nombre de la Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRANCABERMEJA
Periodo Evaluado:	II SEMESTRE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

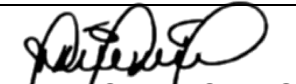
91%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Los componentes se encuentran en proceso de articulación y fortalecimiento, ya que se están implementando articuladamente, mejorando y fortaleciendo las debilidades presentadas en cada componente, especialmente en lo relacionado con documentación de procedimientos, políticas, controles y la identificación y gestión del riesgo; así también en lo relacionado con la información y comunicación, y en el seguimiento de la gestión para el logro de los resultados con la operatividad de los Comités.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La evaluación evidencia que la E.S.E Barrancabermeja alcanza un buen nivel de efectividad, buscando el mejoramiento en todos los componentes con el propósito de optimizar su condición bajo los lineamientos técnicos del Sistema de Control Interno, que permitan mejorar la efectividad del Sistema de Control Interno.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad presenta en su estructura orgánica con las líneas de defensa establecidas, lo cual opera a nivel de procesos y en los Comités Institucionales establecidos, así mismo, se tiene documentada la operatividad de los roles de las líneas de defensa.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	88%	<p>Fortalezas: En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, en marco del Modelo Integrado de Planeación - MIPG, se formuló para la vigencia 2024 el Plan Estratégico de Gestión de Talento Humano, que comprende actividades de capacitación, bienestar, estímulo e incentivos, información, implementación del SICPEP, y los demás lineamientos establecidos en materia de Talento Humano; de la misma manera se realizó Difusión, socialización del Código de Ética, Valores, Principios y Reiniciación del Personal.</p> <p>Respecto al Direcciónamiento Estratégico, planeación institucional; La Alta Dirección tiene implementados el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud y otros sistemas aplicables (SGSST - PGRH - SGD - SOGCS - SICOP - SARLAFAT) que se consolidaron en el Plan de Gestión de la Gerente y está en desarrollo con el cumplimiento de las respectivas metas del plan de acción de la vigencia 2024, el cual de sus 32 actividades programadas, 30 obtuvieron cumplimiento del 100%, una acción obtuvo el 90% de cumplimiento, una acción obtuvo el 20% de cumplimiento; alcanzando una calificación promedio general de gestión del 97%.</p> <p>Igualmente se formularon los planes para la Gestión del Talento Humano, como lo son el Programa de Bienestar, Estímulo e Incentivos, Plan Institucional de Capacitaciones, Plan de Vacaciones y Previsión del recurso Humano; por otra parte se formuló y ejecutó el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, Programa de Seguridad del Paciente, el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, el cual terminó la vigencia con un 97.4% de ejecución, así mismo se formuló y ejecutó el Programa de Mantenimiento Hospitalario.</p> <p>Así mismo, la E.S.E. Barrancabermeja, cuenta con un Modelo de Operación por procesos que evidencia la operatividad organizacional de la entidad, alineados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS y la designación de líderes de procesos para realizar una gestión eficaz en procesos, ya que estos complementan y apoyan la integración entre responsabilidades y gestión de los procesos armonizada con la dependencia; se avanzó en la documentación de procedimientos en los Procesos Asistenciales: Servicio Ambulatorio, Farmacia y Promoción y Mantenimiento de la Salud, así mismo en la actualización de los Procedimientos del Proceso Control Interno y Sistemas de la Información y Comunicaciones. En relación a elementos de medición, se formularon indicadores de gestión definidos para evaluar periódicamente la gestión institucional de la E.S.E en la ejecución del Plan de Acción y el Plan de Gestión de la Gerencia, en lo relacionado con los indicadores de calidad y producción establecidos por la normatividad del Decreto 2193, y los indicadores del Sistema de Información de Calidad en Salud, establecidos en la Resolución Ministerial 256 de 2016, referente a oportunidad, calidad y productividad de los servicios.</p> <p>Debilidades: Caracterizan los procesos que hacen parte del Modelo de Operación Documentar los Procedimientos de los demás Procesos.</p>	85%	<p>Fortalezas: En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, en marco del Modelo Integrado de Planeación - MIPG, se formuló para la vigencia 2024 el Plan Estratégico de Gestión de Talento Humano, que comprende actividades de capacitación, bienestar, estímulo e incentivos, información, implementación del SICPEP, y los demás lineamientos establecidos en materia de Talento Humano; de la misma manera se realizó Difusión, socialización del Código de Ética, Valores, Principios y Reiniciación del Personal.</p> <p>Respecto al Direcciónamiento Estratégico, planeación institucional; La Alta Dirección tiene implementados el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud y otros sistemas aplicables (SGSST - PGRH - SGD - SOGCS) que se consolidaron en el Plan de Gestión de la Gerente y está en desarrollo con el cumplimiento de las respectivas metas del plan de acción de la vigencia 2024.</p> <p>Igualmente se formularon los planes para la Gestión del Talento Humano, como lo son el Programa de Bienestar, Estímulo e Incentivos, Plan Institucional de Capacitaciones, Plan de Vacaciones y Previsión del recurso Humano; por otra parte el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, Programa de Seguridad del Paciente, el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, Programa de Mantenimiento Hospitalario.</p> <p>Así mismo, la E.S.E. Barrancabermeja, cuenta con un Modelo de Operación por procesos que evidencia la operatividad organizacional de la entidad, alineados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS y la designación de líderes de procesos para realizar una gestión eficaz en procesos, ya que estos complementan y apoyan la integración entre responsabilidades y gestión de los procesos armonizada con la dependencia; se avanzó en la documentación de procedimientos en el área financiera, cartera, contable, gólas y facturación, así mismo en la actualización del Manual de Contratación y Documentación de los Manuales de Cartera y Consultas.</p> <p>En relación a elementos de medición, se formularon indicadores de gestión definidos para evaluar periódicamente la gestión institucional de la E.S.E en la ejecución del Plan de Acción y el Plan de Gestión de la Gerencia, en lo relacionado con los indicadores de calidad y producción establecidos por la normatividad del Decreto 2193, y los indicadores del Sistema de Información de Calidad en Salud, establecidos en la Resolución Ministerial 256 de 2016, referente a oportunidad, calidad y productividad de los servicios.</p> <p>Debilidades: Caracterizar los procesos que conforman el Modelo de Operación</p>	2%
Evaluación de riesgos	Si	91%	<p>Fortalezas: La E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2024 definió y mantuvo la implementación de la Gestión del Riesgo, por lo cual formuló el mapa de riesgos institucional, identificando los riesgos de gestión y posibles de corrupción, al cual se le realizó gestión de las acciones de mitigación o plan de manejo determinados para los riesgos, por parte de los responsables designados; al tratamiento y manejo de los riesgos, se le realizaron los respectivos seguimientos de evaluación de acuerdo a los lineamientos técnicos y normativos establecidos, de lo cual en los resultados de calificación su estado ha sido OPTIMIZADO, evidenciando que la administración del riesgo está completamente inmersa en las operaciones y procesos de la organización; así mismo se actualizó la Política de Riesgos, enmarcada en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SARLAFAT, SICOP y PTEI), en la cual se han enmendado y enlaza a las Líneas de Defensa en pro de la mitigación de los riesgos institucionales de la E.S.E.B. y su respectiva aprobación mediante acuerdo de Junta Directiva de la misma manera se formularon los riesgos enmarcados en el Sistema Integrado de Gestión, haciendo énfasis a los riesgos para la generación del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFAT) y riesgos de Opacidad y Fraude (SICOP), los cuales fueron evaluados en los términos de Ley por parte de la Oficina Asesora de Control Interno.</p> <p>Debilidades: La falta de puntos de control por procedimientos para fortalecer la mitigación de los riesgos.</p>	85%	<p>Fortalezas: La E.S.E. Barrancabermeja, para la vigencia 2024 definió y mantuvo la implementación de la Gestión del Riesgo, por lo cual formuló el mapa de riesgos institucional, identificando los riesgos de gestión y posibles de corrupción, al cual se le realizó gestión de las acciones de mitigación o plan de manejo determinados para los riesgos, por parte de los responsables designados; al tratamiento y manejo de los riesgos, se le realizaron los respectivos seguimientos de acuerdo a los lineamientos técnicos y normativos establecidos, de lo cual en los resultados de calificación su estado ha sido OPTIMIZADO, evidenciando que la administración del riesgo está completamente inmersa en las operaciones y procesos de la organización; así mismo se actualizó la Política de Riesgos, enmarcada en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SARLAFAT, SICOP y PTEI), y su respectiva aprobación mediante acuerdo de Junta Directiva, de la misma manera se formularon mapas de riesgos por procesos para la vigencia de evaluación y fueron evaluados por control interno.</p> <p>Debilidades: La falta de puntos de control por procedimientos para fortalecer la mitigación de los riesgos. La falta de formulación de riesgos enmarcados en el SICOP y SARLAFAT dentro del mapa de riesgos institucional.</p>	6%
Actividades de control	Si	92%	<p>Fortalezas En el marco de las actividades de control, se actualizó la documentación de los procedimientos referentes al Proceso Control Interno.</p> <p>Como medida de control para la medición y cumplimiento de la gestión, se aplicaron periódicamente los indicadores del Plan de Gestión, indicadores de calidad estos se aplicaron con periodicidad indicada. Para la vigencia 2024, se adelantó la medición de los indicadores del Plan de Gestión, así como las metas del plan de acción y los respectivos indicadores del SOGCS y como elementos de control indicadores de gestión en los procesos para el Modelo de Operación.</p> <p>Se mantiene la operatividad de los comités institucionales, como línea de defensa para el Sistema de Control Interno Institucional, establecidos para las respectivas áreas operativas y administrativas, entre esos: el Comité Institucional de Gestión y Desarrollo, Comité Institucional Coordinador de Control Interno, Conciliaciones y Defensa Judicial, Sostenibilidad Contable, Facturación, Cartera, Gólas y los Comités misionales de Ley.</p> <p>Debilidades Falta de actualización de Procedimientos en algunos procesos</p>	92%	<p>Fortalezas Como medida de control para la medición y cumplimiento de la gestión, se aplicaron periódicamente los indicadores del Plan de Gestión, indicadores de calidad estos se aplicaron con la periodicidad indicada. Para la vigencia 2024, se vienen midiendo los indicadores del Plan de Gestión, así como las metas del plan de acción y los respectivos indicadores del SOGCS y como elementos de control indicadores de gestión en los procesos para el Modelo de Operación.</p> <p>Se mantiene la operatividad de los comités institucionales, como línea de defensa para el Sistema de Control Interno Institucional, establecidos para las respectivas áreas operativas y administrativas, entre esos: el Comité Institucional de Gestión y Desarrollo, Comité Institucional Coordinador de Control Interno, Conciliaciones, Sostenibilidad Contable, Facturación, Cartera, Gólas y los Comités misionales de Ley. Se viene ejecutando el programa anual de seguimientos y auditorías, el cual genera informes de evaluación para conocimiento y toma de decisiones de la Alta Dirección, se han adelantado auditorías internas a los procesos Farmacia, Sistemas de la Información y Comunicaciones, Gestión Jurídica y Contratación y Gestión Financiera</p> <p>Debilidades Falta de actualización de Procedimientos en algunos procesos</p>	0%

<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>89%</p>	<p>Fortalezas: En lo relacionado con la Gestión Documental, las Tablas de Retención Documental están definidas, aplicadas en las diferentes dependencias (Áreas) productoras; así mismo se adelantó el proceso de altamiento de series y subseries documentales, las cuales fueron presentadas al Comité Institucional de Gestión y Desarrollo, para su aprobación de la misma manera en lo relacionado a la Gestión Documental, así mismo se dio inicio a implementación de la ventanilla única institucional, como mecanismo de comunicación interna institucional y externa con demás grupos de valor e interés, enmarcados en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIGC. Por otra parte se presentó, socializó y publicó en página web institucional la Política de Información y Comunicación y la Política de Seguridad de la Información Institucional.</p> <p>Se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional bajo los lineamientos establecidos de la Ley 1712 de 2014 y su evaluación frente al instrumento ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública); Se utilizan las plataformas gubernamentales para la publicación de la contratación, como lo son el SECOOP y SIA observo, el cual es objeto de seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno. Se dispone de un punto de información de atención a la ciudadanía, atención telefónica a través de CALL CENTER, para la prestación del servicio, al igual la disposición de amplios y adecuados espacios y horarios de visita de pacientes mediante la operación del SIAU, que aplica al sector salud, en el cual se implementó y mantiene la operatividad de un área funcional de participación social, a fin de promover la atención e información efectiva y asertiva entre la E.S.E. Barrancabermeja y los usuarios; la entidad cuenta con el sistema de información panacea el cual consta de los siguientes módulos: autorización, referencia y contrareferencia, auditoría, calidad, comités, eventos, satisfacción de usuarios (acciones legales), laboratorio clínico, nutrición, esterilización, activos fijos, tesorería (cuentas por pagar, caja y bancos), glosas, compras, costos hospitalarios, nómina, presupuesto público, general, parametrización, pacientes, farmacia, prestadores/doctorios, hospitalización, enfermería, odontología, vacunación, citas y citas web; se evidencia cumplimiento de los módulos asistenciales y de apoyo partiendo desde un proceso desde la creación del usuario, su verificación de derechos, asignación de convenios parametrizados de acuerdo con lo pactado con las EPS y entidades contratantes, su correspondiente prestación del servicio tales como citas de medicina general, odontología, PMP, urgencias y hospitalización, apoyo diagnóstico como laboratorio clínico, apoyo terapéutico como farmacia, los cuales son cobrados al responsable del pago, esta prestación del servicio alimenta la información presupuestal y financiera que se reflejan en los módulos y administrativos que se implementaron con los saldos iniciales del periodo 2024, y con la puesta en marcha de todos los módulos del sistema incluyendo estratégicos y facturación electrónica. Se avanzó en pro de la implementación de la Ley 1581 de 2012, por medio del cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, a través de instrumentos como (manuales, Políticas, formatos, avisos, procedimientos), el cual coadyuvó a identificar los encargados de las bases de datos que se administran institucionalmente. De la misma manera, se avanzó en la actualización del Registro de los Activos de Información Clasificada y Reservada, dando cumplimiento a los lineamientos normativos de la Ley 1712 de 2014, por medio del cual se crea la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional; así mismo se realizó actualización a las Tablas de Retención Documental de los Procesos Control Interno, Gestión Administrativa (Gestión Documental), Gestión Financiera (Cuentas) y Gerencia en la respectiva vigencia 2024.</p> <p>Debilidades: La implementación de los demás módulos administrativos para el cargue de información en el Sistema PANACEA.</p>	<p>84%</p>	<p>Fortalezas: En relación al Mejoramiento Continuo, se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional bajo los lineamientos establecidos de la Ley 1712 y su evaluación frente al instrumento ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública). Se utilizan las plataformas gubernamentales para la publicación de la contratación, como lo son el SECOOP y SIA observo.</p> <p>Se viene adelantando la implementación de la Ventanilla única, como sistema de información de gestión documental, se dispone de un punto de información de atención a la ciudadanía, atención telefónica a través de CALL CENTER, para la prestación del servicio, al igual la disposición de amplios y adecuados espacios y horarios de visita de pacientes, mediante la operación del SIAU, que aplica al sector salud, en el cual se implementó y mantiene la operatividad de un área funcional de participación social, a fin de promover la atención e información efectiva y asertiva entre la E.S.E. Barrancabermeja y los usuarios. La entidad cuenta con el sistema de información panacea el cual consta de los siguientes módulos: autorización, referencia y contrareferencia, auditoría, calidad, comités, eventos, satisfacción de usuarios (acciones legales), laboratorio clínico, nutrición, esterilización, activos fijos, tesorería (cuentas por cobrar, cuentas por pagar, caja y bancos), glosas, compras, costos hospitalarios, nómina, presupuesto público, general, parametrización, pacientes, farmacia, prestadores/doctorios, hospitalización, enfermería, odontología, vacunación, citas y citas web; se evidencia cumplimiento de los módulos asistenciales y de apoyo partiendo desde un proceso desde la creación del usuario, su verificación de derechos, asignación de convenios parametrizados de acuerdo con lo pactado con las EPS y entidades contratantes, su correspondiente prestación del servicio tales como citas de medicina general, odontología, PMP, urgencias y hospitalización, apoyo diagnóstico como laboratorio clínico, apoyo terapéutico como farmacia. Así mismo se viene adelantando el cargue de la información en el Sistema de Información Institucional PANACEA, en los módulos asistenciales y administrativos.</p> <p>Debilidades: La puesta en marcha del Sistema de Información Institucional PANACEA y la actualización del inventario de información clasificada y reservada y el registro de activos de información</p>	<p>5%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>96%</p>	<p>Fortalezas: Para la vigencia 2024, se realizó seguimiento a la gestión del Plan de Gestión y el respectivo plan de acción institucional. Se ha aplicado periódicamente el mecanismo para la evaluación de la percepción de la Satisfacción del servicio y se ha realizado el respectivo reporte trimestral a la Secretaría de Salud Distrital, Departamental, y semestral a la plataforma SIRD (Sistema Información Hospitalaria), que aplica a los prestadores de servicios de salud. En lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS, se aplicó la autoevaluación del Sistema Único de Hospitalización, bajo los estándares de la Resolución 3100 de 2019 y la autoevaluación del Sistema Único Acreditación, bajo el manual de estándares versión 3.1, como se establece por normatividad y bajo los lineamientos metodológicos indicados por la Resolución 123 de 2012. Se realizó el seguimiento al plan de mejoramiento institucional, por procesos, la gestión de las PQRSDI, se realizó evaluación al plan de acción de la implementación del Sistema Integrado de Riesgos de Gestión Institucional (SIRLIFT - SICOP) y se evaluó el estado del Sistema de Control Interno; así mismo se reportó las mediciones de los indicadores de Ley establecidos para el Sistema de Información de Calidad, la Resolución 256 de 2016 y el Decreto Nacional 2193 de 2004 de la vigencia.</p> <p>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICI, ha realizado diversos comités en la vigencia, en los cuales se han socializado los informes, temáticas, capacitaciones, planes de mejoramiento, seguimientos, reportes de Ley, las diferentes actividades programadas, ejecutadas en el Plan de Auditorías y Seguimientos de la vigencia en mención y el estado del Sistema de Control Interno.</p> <p>En lo relacionado con el sector del objeto social, se formuló el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC 2024, bajo la metodología de la ruta crítica, establecida por el Ministerio de la Protección Social, complementado con la aplicación de auditoría médica, requerida en la prestación de servicios de salud. Se adelantó el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2024, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno se desarrolló las auditorías internas al proceso de Farmacia, Sistema de la Información y Comunicaciones, Servicios Ambulatorios, Gestión Jurídica y Contratación, Gestión Financiera, Contable y Presupuestal y Seguridad y Salud en el Trabajo; El empoderamiento del mejoramiento continuo, que se evidencia en los Planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal de Barrancabermeja, los cuales presentaron avances significativos en el cumplimiento oportuno en el desarrollo de las acciones, según los tiempos y fechas definidas.</p> <p>Debilidades: Menor análisis de datos de los indicadores del SOGCS, obtenidos en las respectivas mediciones, en lo concerniente para la operatividad de los procesos muestrales.</p>	<p>96%</p>	<p>Fortalezas: Para la vigencia 2024, se realizó seguimiento a la gestión del Plan de Gestión y el respectivo plan de acción institucional. Se ha aplicado periódicamente el mecanismo para la evaluación de la percepción de la Satisfacción del servicio y se ha realizado el respectivo reporte trimestral a la Secretaría de Salud Distrital, Departamental, y semestral a la plataforma SIRD (Sistema Información Hospitalaria), que aplica a los prestadores de servicios de salud. En lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS, se aplicó la autoevaluación del Sistema Único de Hospitalización, bajo los estándares de la Resolución 3100 de 2019 y la autoevaluación del Sistema Único Acreditación, bajo el manual de estándares versión 3.1, como se establece por normatividad y bajo los lineamientos metodológicos indicados por la Resolución 123 de 2012. Se realizó el seguimiento al plan de mejoramiento institucional, por procesos, la gestión de las PQRs y se evaluó el estado del Sistema de Control Interno. Se reportaron las mediciones de los indicadores de Ley establecidos para el Sistema de Información de Calidad, la Resolución 256 de 2016 y el Decreto Nacional 2193 de 2004 de la vigencia.</p> <p>El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICI, ha realizado diversos comités en la vigencia, en los cuales se han socializado los informes, temáticas, capacitaciones, planes de mejoramiento, seguimientos, reportes de Ley, las diferentes actividades programadas, ejecutadas en el Plan de Auditorías y Seguimientos de la vigencia en mención y el estado del Sistema de Control Interno.</p> <p>En lo relacionado con el sector del objeto social, se formuló el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC 2024, bajo la metodología de la ruta crítica, establecida por el Ministerio de la Protección Social, complementado con la aplicación de auditoría médica, requerida en la prestación de servicios de salud. Se adelantó el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2024, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno se desarrolló las auditorías internas al proceso de Gestión Compras y Almacén, Gestión Recurso Humano, Dirección de Estrategia y Planeación, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Jurídica y Contratación y SIAU. El empoderamiento del mejoramiento continuo, que se evidencia en los Planes de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal de Barrancabermeja, los cuales presentaron avances significativos en el cumplimiento oportuno en el desarrollo de las acciones, según los tiempos y fechas definidas. Se formuló el Plan de Auditorías y seguimientos de la vigencia 2024, en las cuales, a la fecha de seguimiento, se han adelantado auditorías internas a los procesos Farmacia, Sistema de la Información y Comunicaciones, Gestión Jurídica y Contratación y Gestión Financiera, de la misma manera se ha dado cumplimiento a los avances del respectivo plan de mejoramiento suscrito, formulado y vigente con la Contraloría Municipal de Barrancabermeja.</p> <p>Debilidades: Mayor socialización y seguimiento de los planes de mejora suscritos desde el área de calidad con las diferentes EPS</p>	<p>0%</p>


WILSON OSWALDO PRECIADO GONZALEZ
 Jefe Oficina Asesora Control Interno
 E.S.E. Barrancabermeja