



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Resolución 367 del 25 de octubre de 2021

“Por medio de la cual se adopta la POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.”

La Suscrita Gerente del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. en uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO QUE,

Que la Ley 87 de 1993 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones, en el artículo segundo numeral f, establece que uno de los objetivos del Sistema de Control Interno es: “Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos”.

Que la ley 1474 de 2011, establece en el artículo 73 que “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 contemplará, 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”.

Que el decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.23.1, establece que el Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Que el manual técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI 2014 en el numeral 1.3.1 establece que La formulación de políticas está a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces y se basan en lo que la entidad espera de la administración de los riesgos; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento, basándose en los planes y los objetivos institucionales o por procesos.

Que la resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adopta el “Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1” establece en los Estándar 5,6 y 7 criterios de identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación,



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



monitorización de eventos adversos, estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos y la investigación, análisis, gestión, y toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.

Que la política 224 de 2018 del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. por la cual se actualiza la resolución 422 de 2013 y se establece la política de seguridad del paciente, se adoptan los paquetes institucionales de la guía de buenas prácticas del Ministerio de Salud y la protección Social de la entidad

Que la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5, diciembre de 2020, establece los elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ADOPCIÓN: Adoptar la política de administración del riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. y las Unidades Básicas de Atención (UBA).

ARTÍCULO SEGUNDO: OBJETIVO.

Identificar, analizar y gestionar anualmente los riesgos de todos los procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. a través del monitoreo y seguimiento continuo de los mismos, con el fin de prevenir su materialización y fortalecer las buenas prácticas y acciones que permitan potencializar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

ARTÍCULO TERCERO: ALCANCE.

La administración del Riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. aplica para todos los procesos de la entidad sin excepción alguna.

ARTÍCULO CUARTO: RESPONSABILIDADES.

Las responsabilidades frente a la política de Administración del Riesgo se encuentran definidas mediante la siguiente tabla.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



Tabla 1. Responsabilidades de la política administración del riesgo

Línea de Defensa	Responsables	Operatividad
Línea estratégica	Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> Define el marco general para la gestión del riesgo, el control y supervisa su cumplimiento. Establece y aprueba la Política para la Administración del Riesgo Revisar el cumplimiento de la Política para la Administración de Riesgos de manera periódica, evalúa su impacto y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento a las que pueda haber lugar.
1ª. Línea de Defensa	Líderes de proceso y sus equipos (En general servidores públicos en todos los niveles de la empresa social del estado).	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar e implementar procesos de control y gestión de riesgos a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora. Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera. Consolidar, aprobar y hacer seguimiento a las acciones relacionadas en los mapas de riesgos a fin de mitigar la materialización. Diseñar, implementar y monitorear los controles y gestionar de manera directa en el día a día los riesgos identificados en su proceso. Informar a la Oficina de Planeación y a la Alta Dirección sobre los riesgos materializados en los planes, programas y proyectos.
2ª. Línea de Defensa	Subgerentes, Líder de Planeación o quien haga sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, entre otros que generen información para el Aseguramiento de la operación.	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados y funcionen correctamente Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo. Consolidar y publicar el Mapa de riesgos institucional. Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo. Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de proceso. Supervisar en coordinación con la primera línea de defensa la identificación, evaluación y gestión de los riesgos y controles para que se generen acciones Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la pertinencia de los controles.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



3ª. Línea de Defensa	Jefe Oficina de Control Interno o quién haga sus veces	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a través de la auditoría independiente información sobre la efectividad del Sistema de Control interno, a través de un enfoque basado en riesgos, incluida la operación de la primera y segunda línea de defensa. • Verificar y analizar la eficacia de la gestión del riesgo y control haciendo énfasis en el diseño e idoneidad de los controles y las acciones de control establecidas los procesos • Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados a la Alta Dirección, Líderes de Proceso. • Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Planeación o quien haga sus veces, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales, de corrupción y de seguridad digital y el diseño de controles. • Recomendar mejoras a la Política para la Administración del Riesgo.
----------------------	--	--

Fuente: DAFP

ARTÍCULO QUINTO: DEFINICIONES.

El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, adopta la terminología para la política de Administración del Riesgo así:

Activo: En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

Causa: Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

Causa inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.

Causa raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Consecuencia: Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

Disponibilidad: Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

Factores de riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos.

Gestión del riesgo: proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

Impacto: Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.

Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos.

Mapa de riesgos: documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

Probabilidad: Se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales.

Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



Riesgo de Corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado

Riesgo de Seguridad Digital: combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

Riesgo inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad

Riesgo residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Tolerancia del riesgo: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.

Vulnerabilidad: Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

ARTÍCULO SEXTO: COMPROMISO CON LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. ratifica su compromiso con la administración del riesgo de la siguiente manera:

“El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., Se compromete a identificar, analizar y dar tratamiento de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la sostenibilidad de los procesos y la imagen reputacional; esto enmarcado en una cultura de administración del riesgo a través del reporte oportuno de cualquier hecho que pueda significar la materialización de un riesgo asociado a un proceso, proyecto, sistema de información, con posible configuración de corrupción y/o soborno, de conformidad con la normatividad vigente”.

ARTÍCULO SÉPTIMO: NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO.

- Si el nivel del riesgo inherente se encuentra en la zona de calificación de riesgo bajo no es necesario poner controles y este puede ser aceptado.
- Si el nivel del riesgo residual es bajo y no se ha materializado en 5 años no es necesario poner controles adicionales y el riesgo puede ser aceptado.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



Bajo este esquema se facilita el análisis para el líder del proceso, dado que se puede considerar información objetiva para su establecimiento, eliminando la subjetividad que usualmente puede darse en este tipo de análisis.

Tabla 3. Criterios para definir el nivel de impacto – Riesgos de Gestión

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 4 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 4 y 15 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 15 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 50 y 200 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 200 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)

ARTÍCULO NOVENO: LINEAMIENTOS SOBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN.

Es la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

“Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos” (Conpes N° 167 de 2013).

Es necesario que en la descripción del riesgo concurren los componentes de su definición, así:

ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO.

Determinar la probabilidad – Riesgos de corrupción



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



- Para el riesgo de corrupción es inaceptable.

ARTÍCULO OCTAVO: ANÁLISIS DE RIESGOS

En este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

Determinar la Probabilidad – Riesgos de Gestión

Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo.

La probabilidad de ocurrencia está asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el **número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.**

Tabla 2. Criterios para definir el nivel de probabilidad – Riesgos de Gestión

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximo 1 vez por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 2 a 15 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 16 a 100 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 100 veces al año y máximo 1000 veces por año	80%
	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 1001 veces por año	100%

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5
 Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)

Determinar el Impacto – Riesgos de Gestión

Para la construcción de la tabla de criterios se definen los impactos económicos y reputacionales como las variables principales.

Cuando se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional, con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto, así, por ejemplo: para un riesgo identificado se define un impacto económico en nivel insignificante e impacto reputacional en nivel moderado, se tomará el más alto, en este caso sería el nivel moderado.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



Se analiza qué tan posible es que ocurra el riesgo, se expresa en términos de frecuencia o factibilidad, donde frecuencia implica analizar el número de eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo; factibilidad implica analizar la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado, pero es posible que suceda.

Tabla 4. Criterios para calificar la probabilidad - riesgos de corrupción

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Mas de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el ultimo año
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años

Fuente: DAFP

Determinar el Impacto – Riesgos de Corrupción

El impacto se debe analizar y calificar a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo.

Debido a la connotación que tienen los riesgos de corrupción en Colombia la metodología de administración del riesgo para entidades públicas establece que para los riesgos de corrupción el análisis de impacto se debe realizar teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos; Adicionalmente se deben calificar conforme al Formato calificación impacto riesgos de corrupción.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



Tabla 5. Criterios para calificar el impacto - riesgos de corrupción

N.º	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRÍA...	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?	X	
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?	X	
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la entidad?	X	
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?		X
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?	X	
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?	X	
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?	X	
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?		X
9	¿Generar pérdida de información de la entidad?		X
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente?	X	
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?	X	
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?	X	
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?	X	
14	¿Dar lugar a procesos penales?		X
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		X
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		X
17	¿Afectar la imagen regional?		X
18	¿Afectar la imagen nacional?		X
19	¿Generar daño ambiental?		X
Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta(s) genera un impacto moderado. Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor. Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto catastrófico.			10
MODERADO	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR	Genera altas consecuencias sobre la entidad.		
CATASTRÓFICO	Genera consecuencias desastrosas para la entidad		

Nivel de impacto MAYOR

Fuente: DAFP

Parágrafo: Si la respuesta a la pregunta 16 es afirmativa, el riesgo se considera catastrófico.

Por cada riesgo de corrupción identificado, se debe diligenciar una tabla de estas.

ARTÍCULO DÉCIMO: LINEAMIENTOS RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Se asociarán las tablas de probabilidad e impacto definidas en la primera parte de la presente política. (Tabla 2. Criterios para definir el nivel de probabilidad) (Tabla 3. Criterios para definir el nivel de impacto).

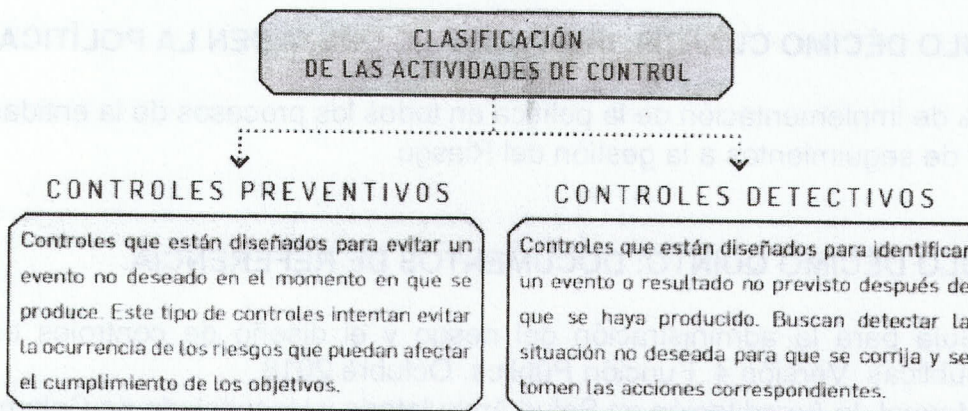
ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: TRATAMIENTO DE RIESGOS – Rol de la primera línea de defensa.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
NIT 891855039-9



Como medio para propiciar el logro de los objetivos, las actividades de control se orientan a prevenir y detectar la materialización de los riesgos. Por consiguiente, su efectividad depende, de qué tanto se están logrando los objetivos estratégicos y de proceso de la entidad. Le corresponde a la primera línea de defensa el establecimiento de actividades de control.



Fuente: DAFP

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: MONITOREO.

Los líderes de los procesos, en conjunto con sus equipos, deben monitorear y revisar periódicamente la gestión de riesgos y si es el caso ajustarlo (primera línea de defensa). Le corresponde, igualmente, a la oficina de planeación adelantar el monitoreo (segunda línea de defensa), este monitoreo se realizará semestralmente.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: SEGUIMIENTO.

El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar el seguimiento al Mapa de Riesgos. En este sentido es necesario que en sus procesos de auditoría interna analice las causas, los riesgos y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos.

Los seguimientos se realizarán en el siguiente orden:

Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril del año en curso. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.

Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto del año curso. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de septiembre.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre del año en curso. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de enero.

El seguimiento adelantado por la Oficina de Control Interno se deberá publicar en la página web de la entidad o en un lugar de fácil acceso para el ciudadano.

ARTICULO DÉCIMO CUARTO: INDICADORES QUE MIDEN LA POLÍTICA.

- % de implementación de la política en todos los procesos de la entidad.
- # de seguimientos a la gestión del Riesgo

ARTICULO DÉCIMO QUINTO: DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

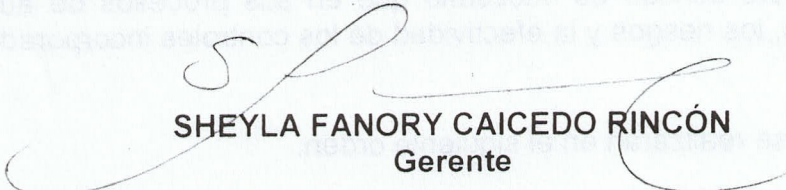
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 4. Función Pública. Octubre 2018
- Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Versión 3.1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

ARTICULO DÉCIMO SEXTO: VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición, deroga la Resolución 344 de 2018 y todas las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Sogamoso, a los Veinticinco (25) días del mes de octubre del año 2021.

En constancia firma,


SHEYLA FANORY CAICEDO RINCÓN
Gerente

Elaboró: Oscar Darío Soler Morales – Asesor de Planeación Institucional
Lina María Espinel Aguirre – Profesional especializado en mejoramiento continuo *LWA E*

Revisó: Iris Adriana Mojica Carvajal – Asesor de Programas Especiales y Gestión de Calidad
Sigifredo González Amezcuita – Asesor Externo Jurídico