
	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 1 DE: 11		

**REUNION:**

ACTA No.: 001	FECHA: 19/09/2023	HORA: 9:00 am	LUGAR: SALA DE JUNTAS DE GERENCIA	COORDINADOR: RUBEN CHAVES BRAVO ASESOR DE PLANEACION
------------------	----------------------	------------------	---	--

**ASISTENTES:**

1. DR. NILSEN ALVEAR ACOSTA – GERENTE.
2. DR. DIEGO MORALES - SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
3. DRA. MAGDA NURIS QUIROZ HERNÁNDEZ – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO
4. DR. BYRON RIASCOS- PROFESIONAL ESPECIALIZADO- AUDITOR MEDICO
5. OMAR ERNESTO CORDOBA- JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
6. ANDRES VILLOTA BENAVIDES- PROFESIONAL ESPECIALIZADO- OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO
7. AMANDA LUCIA LUCERO ERASO-OFCINA JURÍDICA
8. ING. RUBÉN CHAVES BRAVO – ASESOR DE PLANEACIÓN.
9. EC. ROBINSON BEJARANO – PROFESIONAL UNIVERSITARIO – PLANEACIÓN.
10. JAIME ACOSTA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO-OFCINA JURÍDICA
11. VALERIA GALVEZ BURGOS- CONTRATISTA, TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
12. MARIA FERNANDA AYALA CORDOBA- PRACTICANTE. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

**ORDEN DEL DÍA:**

1. Revisión compromisos Acta anterior
2. Saludo de bienvenida.
3. Estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.
4. Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión del SIG.
5. Necesidades y expectativas de las partes interesadas.
6. Requisitos legales y otros requisitos.
7. Riesgos y oportunidades.
8. Aspectos ambientales significativos.
9. Grado en el que se han cumplido la política y los objetivos del SIG.
10. Información sobre el desempeño del SIG, incluidas las tendencias relativas a:
11. Incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua.
12. Resultados de seguimiento y medición.
13. Resultados de la evaluación del cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos.
14. Resultados de la auditoría.
15. Consulta y la participación de los trabajadores.
16. Riesgos y oportunidades.
17. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;
18. Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.
19. Desempeño de los proveedores externos.
20. Adecuación de los recursos para mantener un sistema de gestión de la SST eficaz.



# ACTA

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
01	15 DE JUNIO DE 2016
	HOJA: 2 DE: 11



- 21. Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
- 22. Comunicaciones pertinentes con las partes interesadas, incluidas las quejas.
- 23. Oportunidades de mejora continua.



## DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA:

Siendo las 10:22 am del 12 de septiembre de 2023, se da inicio a la reunión de Revisión por la Dirección en la cual el Prof. Univ. Asesor de Planeación Robinson Bejarano inicia explicando el ejercicio el cual es dar cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión, donde se menciona la falencia que hubo en la Revisión por la Dirección 2021 la cual fue que la alta dirección no interiorizo todo el escenario del informe, de acuerdo a lo anterior se da una breve explicación de cómo se llevará a cabo la reunión, se hace un paneo general y se les da a entender que a partir de las diapositivas que se encuentran en la presentación, los asistentes generen las preguntas y así poder realizar el llamado a cada líder del proceso y hacer su respectiva orientación. El Prof. Univ. Asesor de Planeación destaca la importancia de hacer un análisis detallado de los logros y los aspectos a mejorar, con el fin de fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la organización.



### A. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

- 1. Revisión compromisos Acta anterior

TAREAS ANTERIOR REUNION	RESPONSABLES	ESTADO ACTUAL
Priorizar la validación del organigrama con la Asamblea Departamental	ALTA DIRECCIÓN	
Adelantar acciones para institucionalizar sistémica y sistemáticamente el SIG.	ALTA DIRECCIÓN	
Gestionar la actualización de la metodología de valoración de proveedores.	ALTA DIRECCIÓN	Se realiza una valoración de proveedores, pero no se deja trazabilidad, cabe aclarar que hace año y medio se intentó implementar un aplicativo donde los supervisores no estuvieron de acuerdo con ello, el aplicativo consistía en subir las hojas de vida para poder ahorrarse el SECOP donde también se

	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 3 DE: 11		

		<p>incluía la trazabilidad para contratación, el cual los supervisores pensaron que era un compromiso muy difícil de asumir.</p>
<p>Construir documento técnico de caracterización del usuario e implementar acciones para mejorar la atención.</p>	<p><b>ALTA DIRECCIÓN</b></p>	<p>Se aclara que se tiene un adelanto en el manejo del archivo, pero cabe resaltar que no se han aprobado las TRD porque todavía se tiene el déficit entre la asamblea y el hospital en el organigrama. Este compromiso obliga a presentar una caracterización de la población donde se describe el número total de mujeres, hombres, niños, el total de edades, también se incluyen las pirámides poblacionales y la morbimortalidad atendida. Se resalta importante realizar una encuesta línea de base donde se especifique el estrato, la cantidad de hijos, se necesita la definición de descripción de la población que el HUDN atiende para poder lograr una caracterización muy puntual que le de herramientas a la organización para ejecutar enfoques de mercadeo.</p>
<p>Ampliar la metodología de análisis del POA a otros escenarios de la organización.</p>	<p><b>ALTA DIRECCIÓN</b></p>	<p>Se resalta que la organización paso de trabajar de 15 procesos</p>

	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 4 DE: 11		

		en el 2013 a 20 procesos en el 2023, de 36 subprocesos a 51 actualmente. En los últimos años se ha alineado control interno disciplinario y control interno de gestión.
Establecer gráficas con cifras comparativas de años anteriores para evaluar con eficiencia el ejercicio.	ALTA DIRECCIÓN	
Reactivar rendición de cuenta interna.	ALTA DIRECCIÓN	

La reunión se convocó para el día martes 12 de septiembre de 2023 de 8:00 AM – 12:00 M, por parte de gerencia se reagendo para el presente día de 10:00 AM a 12:00 M, posterior a ello habrá una continuación de la reunión que se realizará el día martes 19 de septiembre del presente año de 9:00 AM- 12:00 M.

Dando continuidad a la reunión de Revisión por la Dirección el día martes 19 de septiembre de 2023 siendo las 9:00 AM se tocaron los siguientes puntos:



**B. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS QUE SEAN PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SST**

**1. Necesidades y expectativas de las partes interesadas**

En este punto se habla sobre las partes interesadas y que existe un efecto colateral que tiene que ver con la Responsabilidad Social Empresarial, se afirma que se realizo una encuesta donde se recolecto la percepción de las necesidades del hospital en relación a las acciones que realiza el HUDN, dentro del programa de RSE se identifico cada una de las partes interesadas.

**2. Requisitos legales y otros requisitos**

El organigrama no se encuentra aprobado por la asamblea, en cuanto al mapa de procesos se realizo un ajuste, se aclara que dentro del mapa de procesos debe haber un reconocimiento de riesgos, reconocimiento de gestión donde debe haber unos procesos de apoyo que tiene que ver con la gestión clínica, se incorpora el mapa de procesos institucional al modelo de atención de la prestación de servicios, alineado a unas estrategias que el HUDN ha venido desarrollando

	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 5 DE: 11		

durante el tiempo.

### 3. Riesgos y oportunidades

Por proceso se identifica y se determina una alta variabilidad del riesgo a nivel institucional en la gestión clínica, se ha identificado un cambio donde se incluya el riesgo y sus controles en la matriz de riesgos por proceso, se realiza una capacitación a cada proceso y al líder correspondiente donde los líderes deben integrar todo el modelo de gestión del riesgo a su matriz de proceso bajo la metodología.

### 4. Aspectos ambientales significativos

El HUDN hace participe en un proyecto con la Universidad de Nariño, con la Gobernación, se deben realizar unos convenios para poder hacer un análisis con gerencia y oficina jurídica con base a lo anterior se han realizado visitas al hospital, se hizo los cálculos donde van a reposar los monitores y la secuencia de los paneles solares donde ya se tiene identificado el espacio donde se va realizar el cambio.

## C. GRADO EN EL QUE SE HAN CUMPLIDO LA POLÍTICA Y LOS OBJETIVOS DEL SIG

El HUDN actualmente se encuentra acreditado, certificados en sistema integrado de gestión ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018, también tiene certificación en buenas prácticas de manufactura y buenas prácticas de elaboración.

## D. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO DEL SIG



### 1. Incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua

Se mejora la vigilancia y esto produce un efecto que es la notificación de un evento, donde también se realizan acciones de mitigación de riesgo fortaleciendo las capacidades del talento humano con capacitaciones en medidas de bioseguridad, uso correcto de elementos de protección personal e higiene de manos; impactando de manera positiva en la presencia de IAAS con una disminución en la Tasa de IAAS para la vigencia 2022, cabe resaltar en este punto que el gráfico tiene que ser de barras para mayor claridad y sea más entendible.

### 2. Resultados de seguimiento y medición

En la parte de humanización donde se evidencia un porcentaje bajo, se debe realizar capacitaciones en principios y valores para que haya una buena atención en salud, también un aspecto a resaltar es que el Plan Operativo Anual se debe comparar desde los tres últimos años, donde también se debe verificar el cumplimiento de control interno y por último transformar el POA.

### 3. Resultados de la evaluación del cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos

	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 6 DE: 11		

En SST se tiene cumplimiento en los estándares mínimos, se cumple a cabalidad con un 100% para el año 2022 respecto a las especificaciones previstas en el capítulo 6 del decreto 1072 SGSTT, para el primer semestre del año 2023 se tiene un cumplimiento del 95%. Para Gestión Ambiental se realizará un diagnóstico para ver las acciones que se están realizando dentro del permiso de vertimientos por consiguiente se va hacer una caracterización que será entregada a COPASTT.

#### 4. Resultados de la auditoría

En cuanto a los resultados de auditoría se tiene en cuenta en informe de referenciaciones donde se solicitaron 19 de las cuales 10 se encuentran ejecutadas, se plantea la posibilidad de realizar referenciaciones virtuales, en cuanto a los seguimientos de los planes de acción se realizó un cambio en la metodología donde se debe evidenciar el avance del plan de acción en tiempo y en acciones donde se evidencien los resultados de la auditoría interna y externa de los 54 planes de acción 38 cumplieron con el avance mínimo del 33%.

#### 5. Consulta y la participación de los trabajadores



La participación de los trabajadores está basada en bienestar social en aspectos de talento humano, se realizó una encuesta virtual sobre la percepción del plan anual de capacitación y formación, como resultado se obtuvo 68 temáticas solicitadas las cuales se dividen de la siguiente manera: Administrativas, asistenciales y transversales.

#### 6. Riesgos y oportunidades

En cuanto a riesgos se destaca que existen riesgos clínicos el cual se cuenta con el método AMFE (Método Análisis Modal de Fallos y Efectos), para riesgos de SST esta la matriz IPEVR donde se lograron identificar 251 riesgos los cuales se les realiza su respectivo seguimiento, producto de ello se obtiene la necesidad de que el dato de ausentismo sea más oficial y poder mejorar aspectos en cuanto a mantenimiento, en cuanto a riesgos de gestión ambiental esta la matriz FRAMB-066 en la cual se realiza un seguimiento trimestral en 10 aspectos, también esta SARLAFT (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo) en el cual se hace un seguimiento diario e incluye el reporte mensual a la Unidad de Información y Análisis Financiero, para riesgos de anticorrupción se encuentra la matriz FRGES-014, en riesgos de seguridad de la información se encuentra en construcción la matriz MAGERIT y por últimos están los riesgos por proceso se cuenta con la matriz V6-DAFP donde se identificaron 120 riesgos, 21 procesos institucionales, 50 subprocesos institucionales y se realiza un seguimiento cuatrimestral.

#### 7. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes

El estado de las PQRSF se mantiene, la tasa de quejas es del 4,1 por cada 1000 atendidos a

	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 7 DE: 11		

diferencia de la tasa de felicitaciones que es del 14.8 por cada 1000 pacientes atendidos; para el año 2022 la satisfacción global se encuentra en un 94,69%.

#### **8. Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios**

El HUDN cuenta con dos servicios nuevos los cuales son neumología y cirugía de tórax, adquirió equipos médicos para otorrinolaringología y neumología, en cuanto a capacitaciones se mira un aumento de asistencia por parte de los especialistas. El HUDN se encuentra certificada como institución amiga de ACV.

#### **9. Desempeño de los proveedores externos**

Para el desempeño de proveedores externos se debe cambiar el formato de la evaluación de proveedor.

#### **E. Adecuación de los recursos para mantener un sistema de gestión de la gestión SST eficaz**

Se tiene las herramientas necesarias para brindar la seguridad a cada trabajador, se cumple con cada uno de los contratos de medicina laboral, contrato de dosimetría y contrato de EPP, en general si se cumple con los requisitos para mantener un sistema de gestión eficaz.

#### **F. Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades**

Hasta el momento se ha realizado dos seguimientos de Gestión Integral del Riesgo, en el cual en el primer seguimiento se evidenciaron 4 riesgos materializados que pertenecen al proceso de gestión de la información, donde se tomaron acciones las cuales fueron actualizar la matriz de GIR del proceso de Gestión de la información, mejorando principalmente causas y controles existentes y el levantamiento de la matriz propiamente de GI (MAGERIT).



#### **G. Comunicaciones pertinentes con las partes interesadas, incluidas las quejas**

El HUDN cuenta con los canales de comunicación pertinentes para que los usuarios puedan expresar sus manifestaciones a través de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de acuerdo al servicio recibido el nivel de respuestas de quejas se encuentra en un 100% se cumplió con la meta establecida teniendo como resultado 7.4 días en promedio para la respuesta al quejoso, también se realiza seguimiento mensual a la totalidad de quejas presentadas, consultando vía telefónica a los usuarios acerca de la percepción en la respuesta proporcionada por el HUDN.

#### **H. Oportunidades de mejora continua**

El HUDN cuenta con la realización de actividades, planes y proyectos para dar cumplimiento a la mejora continua dentro de la institución.

#### **Recomendaciones**



	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 8 DE: 11		

- Se recomienda implementar una nueva metodología con ponderación y el formato para la evaluación de proveedores externos con el fin de evidenciar el cumplimiento de los requisitos y las expectativas que tiene el HUDN. Amanda
- Se recomienda realizar referenciaciones virtuales e implementar para el año 2024 referenciaciones con inteligencia artificial (IA), para ello también se requiere realizar capacitaciones de esta nueva herramienta.
- Se recomienda integrar guías de práctica clínica para el plan de manejo clínico.
- Se recomienda realizar seguimiento post a pacientes desde la perspectiva de la calidad de vida.
- Se recomienda hacer validación de carnet institucional con el fin de verificar la identidad del funcionario y proporcionar mayor seguridad dentro de la institución.
- Se recomienda implementar sonido en los diferentes dispositivos de comunicación para mejorar la accesibilidad, también realizar el registro de datos al ingreso de cada usuario para disminuir los tiempos de triage.

### Conclusiones



- **Adecuación:** el SIG es adecuado al cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas ISO: 9001 de 2015, ISO 14001 de 2015, 45001 de 2018, se resalta la inclusión de los requisitos legales vigentes en las matrices correspondientes, así mismo, es necesario continuar con la ejecución de los planes de acción propuestos para el cierre de los hallazgos de la última evaluación al sistema único de acreditación.
- **Conveniencia:** el SIG es conveniente a los objetivos estratégicos y de los sistemas ambiental y de SST, es importante adelantar el proceso para la construcción del nuevo plan estratégico 2020-2024 y alinear los nuevos objetivos a los requisitos del sistema integrado de gestión.
- **Eficacia:** el SIG evidencia un cumplimiento en sus indicadores del 90.68%, lo que significa que su eficacia tiene un comportamiento aceptable; sin embargo, se requiere implementar acciones correctivas y preventivas para los indicadores que no alcanzaron la meta durante la vigencia.



	<b>ACTA</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		<b>FRARD-019</b>	<b>22 DE DICIEMBRE DE 2005</b>	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		<b>01</b>	<b>15 DE JUNIO DE 2016</b>	
		<b>HOJA: 9 DE: 11</b>		

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2022			
OPORTUNIDADES		SALIDAS	
Priorizar la validación del organigrama	Centrarse en obtener la aprobación y validación del organigrama como una tarea principal y crucial en el proceso.	Organigrama	Presentar el organigrama a la Asamblea Departamental priorizando su aprobación.
Institucionalizar sistémica y sistemáticamente el SIG.	De que manera la organización asume el reto de la integralidad en los sistemas de HSEQ	SIG	Mejorar la calidad y la eficiencia en los procesos internos de la institución. Actualización de procedimientos del SIG Seguimiento periódico a planes de acción SUA, SIG, GIR que permite visibilizar avances.
Actualización de la metodología de valoración de proveedores.	Implementar una nueva metodología con ponderación.	Actualización de formato	Se solicita mejorar la evaluación de proveedores externos con el fin de evidenciar el cumplimiento de los requisitos y las expectativas que tiene el HUDN.
Ampliar la metodología de análisis del POA	Establecer indicadores precisos para medir el progreso de los objetivos y así permitir una evaluación del rendimiento.	Análisis del POA	Mejora en la toma de decisiones para la asignación de recursos, la ejecución de proyectos y la alineación con los objetivos estratégicos de la organización.
Integrar guías de práctica clínica	Mejorar la calidad de la atención del paciente, reducir la variabilidad en la práctica clínica y optimizar el uso de los recursos sanitarios.	Guías de práctica clínica	Aprobación de la integración de las guías de práctica clínica para el mejoramiento en la atención médica.
Realizar seguimiento post a pacientes desde la perspectiva de la calidad de vida.	Establecer un sistema de atención que evalúe continuamente la calidad de vida del paciente, tomar en cuenta sus necesidades físicas y emocionales.	Seguimiento Post a pacientes	Determinar si las intervenciones han mejorado durante el seguimiento realizado.



TAREA	RESPONSABLE	PLAZO
<p>El organigrama no se encuentra aprobado por la asamblea, en cuanto al mapa de procesos se realizó un ajuste, se aclara que dentro del mapa de procesos debe haber un reconocimiento de riesgos, reconocimiento de gestión donde debe haber unos procesos de apoyo que tiene que ver con la gestión clínica, se incorpora el mapa de procesos institucional al modelo de atención de la prestación de servicios, alineado a unas estrategias que el HUDN ha venido desarrollando durante el tiempo.</p>		

	<b>ACTA</b>	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRARD-019	22 DE DICIEMBRE DE 2005	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	15 DE JUNIO DE 2016	
		HOJA: 10 DE: 11		

<p><b>Incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua</b></p> <p>Se mejora la vigilancia y esto produce un efecto que es la notificación de un evento, donde también se realizan acciones de mitigación de riesgo fortaleciendo las capacidades del talento humano con capacitaciones en medidas de bioseguridad, uso correcto de elementos de protección personal e higiene de manos; impactando de manera positiva en la presencia de IAAS con una disminución en la Tasa de IAAS para la vigencia 2022, cabe resaltar en este punto que el grafico tiene que ser de barras para mayor claridad y sea más entendible.</p>		
<p>En la parte de humanización donde se evidencia un porcentaje bajo, se debe realizar capacitaciones en principios y valores para que haya una buena atención en salud, también un aspecto a resaltar es que el Plan Operativo Anual se debe comparar desde los tres últimos años, donde también se debe verificar el cumplimiento de control interno y por último transformar el POA.</p>		

<b>FIRMA DE LOS ASISTENTES</b>
--------------------------------

ASISTENTE	FIRMA
DR. NILSEN ALVEAR ACOSTA - GERENTE.	
DR. DIEGO MORALES - SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	
DRA. MAGDA NURIS QUIROZ HERNÁNDEZ - SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	
BYRON RIASCOS- PROFESIONAL ESPECIALIZADO- AUDITOR MEDICO	
OMAR ERNESTO CORDOBA- JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	
ANDRES VILLOTA BENAVIDES- PROFESIONAL ESPECIALIZADO- OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO	

	<b>ACTA</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		<b>FRARD-019</b>	<b>22 DE DICIEMBRE DE 2005</b>	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		<b>01</b>	<b>15 DE JUNIO DE 2016</b>	
		<b>HOJA: 11 DE: 11</b>		

ASISTENTE	FIRMA
ING. RUBÉN CHAVES BRAVO – ASESOR DE PLANEACIÓN.	
AMANDA LUCIA LUCERO ERASO-OFICINA JURÍDICA	
EC. ROBINSON BEJARANO – PROFESIONAL UNIVERSITARIO – PLANEACIÓN.	
JAIME ACOSTA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO-OFICINA JURÍDICA	
VALERIA GALVEZ BURGOS- CONTRATISTA, TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
MARIA FERNANDA AYALA CORDOBA- PRACTICANTE. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	