
	<b>FICHA TÉCNICA DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE LA GESTIÓN DEL RIESGO</b>	Versión: <b>6</b>	
		Fecha de aprobación: <b>29/12/2022</b>	
		Código: <b>01-01-00-0008</b>	

<b>NOMBRE DE LA POLÍTICA:</b> GESTIÓN DEL RIESGO	
<b>3. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA</b>	
<b>Enunciado de la Política</b>	
<p>La Subred Sur Occidente se compromete a fortalecer su Sistema de Gestión de Riesgo mediante la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos operacionales, de corrupción y de seguridad digital, asociados a los objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, determinando en el ciclo de gestión las acciones de control oportunas para evitar la materialización del riesgo y mitigar su probabilidad e impacto, establecido en los niveles de autoridad y responsabilidad definidos en las líneas de defensa institucionales, asegurando la correcta actuación ante las eventualidades, a fin de disminuir y evitar los posibles efectos y/o consecuencias que se puedan llegar a presentar dentro de la entidad.</p>	
<b>Objetivo General de la política</b>	
<p>Generar una cultura institucional de autocontrol, gestión y evaluación de los riesgos operacionales, de corrupción, de seguridad digital, propiciando un ambiente de ejecución permanente y el desarrollo de acciones de mejoramiento continuo por procesos, que contribuya con la transparencia, confiabilidad, oportunidad, e integridad en la información generada, mediante la evaluación de la gestión de los procesos, enfocada en riesgos y el debido control en las operaciones de la Subred para el logro de los objetivos estratégicos.</p>	
<b>Palabras clave de recordación de la política:</b>	Gestionar los riesgos operacionales, de corrupción y de seguridad digital Ciclos de gestión Niveles de autoridad y responsabilidad

Aplicación de la política					
N°	Objetivos específicos de la Política	Meta del objetivo específico	Indicador		
			Nombre:	Comprende de la cultura de gestión del riesgo.	
1	Generar una cultura de gestión institucional del riesgo, mediante la designación de los Gestores por proceso que fortalezcan permanentemente la administración, y el desarrollo de acciones de adherencia a la política y despliegue a la gestión del riesgo.	Avanzar en la medición de percepción y apropiación de la cultura de riesgo, para que sirva como línea base en el avance gradual de su apropiación.	Nombre:	Comprende de la cultura de gestión del riesgo.	
			Código de Indicador Almera:	POL 01 01 00	
			Formula:	N° Total de evaluaciones post text con resultado aprobatorio (60%)	
			Variable 2:	Total de evaluaciones aplicadas	
2	Identificar los riesgos, desde cada uno de los procesos para gestionarlos al 100% de acuerdo a la guía de administración de riesgos de la Subred	Identificar los riesgos, desde cada uno de los procesos para gestionarlos al 100% de acuerdo a la guía de administración de riesgos de la Subred	Nombre:	Adherencia a metodología de riesgos	
			Código de Indicador Almera:	POL 01 01 03	
			Formula:	Numero Criterios establecidos en la lista de chequeo que cumplen con la guía de administración del Riesgo	
				Variable 2:	Numero de criterios evaluados en la lista de chequeo de adherencia
	Diseñar y evaluar que el 75% de los controles institucionales sean de categoría Fuerte	Diseñar y evaluar que el 75% de los controles institucionales sean de categoría Fuerte	Nombre:	Efectividad del Control	
			Código de Indicador Almera:	POL 01 01 04	
Formula:			Cantidad de controles fuertes		
			Variable 2:	Total de controles institucionales	
Lograr el 100% de seguimiento a los riesgos de Corrupción	Lograr el 100% de seguimiento a los riesgos de Corrupción	Nombre:	Seguimiento y monitoreo de 2 línea de defensa, a los riesgos de corrupción institucionales		
		Código de Indicador Almera:	POL 01 01 05		
		Formula:	Número de riesgos de corrupción con seguimiento		
			Variable 2:	Número de riesgos de corrupción definidos	
3	Involucrar a los líderes de proceso, gestores y equipos de trabajo en la revisión y evaluación periódica de la identificación, análisis y valoración de los diferentes riesgos por proceso, definiendo las acciones que permitan el desarrollo de las oportunidades de mejora identificadas.	Lograr el 100 % del seguimiento a los controles efectuados a los riesgos institucionales (segunda línea)	Nombre:	Implementación de los controles a los riesgos institucionales Sub Red Sur Occidente ESE (Autorregulación de la Gestión)	
			Código de Indicador Almera:	EJE RI 03	
			Formula:	Número de controles efectuados a riesgos institucionales	
			Variable 2:	Número de controles del mapa de riesgos institucionales	

1. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES PARA LA CREACIÓN DE LA POLÍTICA	
MOTIVACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA	
Aspecto de motivación	Descripción del aspecto de motivación de la creación de la política
Normativo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativamente desde la Constitución Política y a través de la protección de los bienes del Estado: la Ley 87 de 1993 (Ley de Control Interno) y el Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG requiriendo la adopción de la política de control interno, adicionalmente la Norma Técnica Distrital NTD-001 de 2011 en lo relativo al Sistema Integrado de Gestión requiere de la existencia de una Política de gestión del Riesgo.</li> <li>• Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.</li> <li>• Ley 1523 DE 2012 Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones</li> <li>• Ley 1955 de 2019, "Por El Cual se Expide El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto Por Colombia, Pacto Por La Equidad".</li> <li>• Decreto 1083 de 2015, Sector Función Pública por el cual se incorporan las modificaciones introducidas al Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública a partir de su fecha de expedición.</li> <li>• Guía de Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V5 2020</li> <li>• Guía de Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 2018</li> <li>• Directiva presidencial 09 de 1999 Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción</li> <li>• Política de Operación Riesgos, Oficina Asesora de Planeación septiembre de 2018 – FUNCIÓN PÚBLICA</li> <li>• Norma ISO 31000 2018, Norma internacional que proporciona principios y directivas eficaces para el tratamiento y la gestión de riesgos.</li> <li>• ISO/IEC 27001:2013, Norma internacional emitida por la Organización Internacional de Normalización (ISO) y describe cómo gestionar la seguridad de la información en una empresa.</li> <li>• Circular Externa 045 de 2021: Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y Buen Gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración de Riesgos.</li> <li>• Circular externa 05-5 de 2021: Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018</li> </ul>
Impacto en las partes interesadas:	<p>El impacto en las partes interesadas de la política de gestión del riesgo, se realiza de manera preventiva mediante la implementación de controles en los procesos de la entidad, mitigando la materialización de los riesgos identificados, la ocurrencia de fraudes y actividades deshonestas de origen interno y externo, orientando la toma de decisiones por parte del nivel directivo de la entidad fortaleciendo la transparencia, contribuyendo con el logro de los objetivos institucionales propuestos para la implementación y mejora de los procesos los cuales se ven reflejados en la prestación de los servicios en la subred.</p>
Oportunidades de Mejora relevantes o situaciones que requieran el compromiso explícito de la alta dirección :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la cultura del autocontrol en los líderes de los procesos de la Subred.</li> <li>• Avanzar en la implementación del eje de gestión del riesgo como eje trazador de acreditación.</li> <li>• Fortalecer el conocimiento de los gestores y colaboradores frente a los riesgos de cada uno de los procesos a los cuales pertenecen</li> <li>• Fortalecer el desempeño de los niveles de autoridad y responsabilidad (líneas de defensa) dentro de la entidad.</li> </ul>
Aporte de la política al logro de la misión y visión de la Subred:	<p>La política de gestión del riesgo contribuye a la misión de la subred en brindar servicios de salud con altos estándares de calidad, gestión asistencial excelente, segura y eficiente, para contribuir al bienestar y calidad de vida de la población. Al igual que en su visión el logro de estándares superiores de calidad, auto sostenibilidad, fomentando el bienestar de los colaboradores de tal manera que impactó positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía.</p>

Necesidad o requisito que origina la política:	Mixto: SUA Y MIPG	Número de la norma seleccionada:	Decreto 1499 de 2017
--	-------------------	----------------------------------	----------------------

2. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	
FINALIDAD DE LA POLÍTICA	
Questionamiento	Respuesta al Questionamiento
¿Para qué es la política?	La política de gestión del riesgo busca fomentar una cultura del autocontrol, de la prevención y gestión del riesgo, mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de la Entidad, prevenir y mitigar la ocurrencia de fraudes, hechos de corrupción, opacidad y cualquier tipo de actividad deshonestas, originados tanto al interior como al exterior de la Entidad y los colaboradores, y así mismo contribuyendo al mejoramiento del desempeño institucional.
¿A qué se quiere contribuir?	contribuirá al incremento en el desempeño institucional, transparencia, confiabilidad, oportunidad e integridad en la información generada por la Entidad, mediante la evaluación, control y acompañamiento a los procesos, con un enfoque en riesgos que permita alcanzar las metas y objetivos institucionales.
A qué objetivo estratégico de la Subred le aporta esta política	<b>PERSPECTIVA</b>
	<b>Sector Salud</b>
	<b>Sector Salud</b>
	<b>Financiera</b>
	<b>Clientes</b>
<b>Procesos Internos</b>	
Objetivo Estratégico Institucional	Consolidar el Modelo de Atención en Salud de la Ciudad de Bogotá en la Subred
	Mejorar los indicadores del estado de salud de la población de la zona de influencia de la Subred
	Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred
	Aumentar los niveles de satisfacción y/o fidelización de los usuarios y/o clientes de la Subred
	Alcanzar estándares superiores de calidad en salud
Cuál es la población objeto	Los líderes de procesos, subprocesos, actividades, programas y proyectos, a la vez, todos los grupos de interés.

SUBSISTEMAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO (Circular Externa 045 y 05-5 de 2021)	<p><b>1. Riesgo en Salud:</b> Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.</p> <p><b>2. Riesgo Operacional:</b> El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.</p> <p><b>3. Riesgo Actuarial:</b> Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir.</p> <p><b>4. Riesgo de Crédito:</b> El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.</p> <p><b>5. Riesgo de Liquidez:</b> El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).</p> <p>Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez.</p> <p><b>6. Riesgo de Mercado de Capitales:</b> El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.</p> <p><b>7. Riesgo de Grupo:</b> El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos y/o; iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.</p> <p><b>8. Gestión del Riesgo de Fallas de Mercado:</b> El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopolístico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).</p> <p><b>9. Gestión Del Riesgo Reputacional:</b> El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación</p> <p><b>10. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo:</b> El SARLAFT debe permitir a los Agentes del SGSSS reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LAV/TF/PADM en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta identificadas en la presente Circular, más las que logre identificar la entidad mediante el desarrollo normal del negocio. Asimismo, debe identificarse el riesgo derivado de un nuevo producto o por la modificación de los existentes, así como situaciones que generen algún grado de incertidumbre por su magnitud o expectativas en el mercado o que supongan la intervención de terceros inversionistas, variación de coberturas, contratos o cualquier otra operación de los Agentes</p> <p><b>11. Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva:</b> Prevenir y controlar el financiamiento para proliferación de armas de destrucción masiva (FPDAM) como riesgo adicional, a parte del lavado de activos y la financiación del terrorismo</p>
--	---

3. NIVEL DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y MEDIDAS DE TRATAMIENTO	<p><b>Marco conceptual para el apetito del riesgo:</b></p> <p><b>1. Riesgos Operacionales – Seguridad Digital</b> (Proceso, Producto y Proyecto) si es valorado:</p> <p>• <b>Bajo y Moderado:</b> ACEPTAR: Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo se determina asumir el mismo conociendo los efectos de su posible materialización.</p> <p><b>Alto y Extremo:</b> REDUCIR: Después de realizar un análisis y considerar que el nivel de riesgo es alto, se determina tratarlo mediante transferencia o mitigación del mismo. - Mitigar: Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo se implementan acciones que mitiguen el nivel de riesgo, No necesariamente es un control adicional. - Transferir: Después de realizar un análisis, se considera que la mejor estrategia es tercerizar el proceso o trasladar el riesgo a través de seguros o pólizas. la responsabilidad económica recae sobre el tercero, pero no se transfiere la responsabilidad sobre el tema reputacional. EVITAR: Después de realizar un análisis y considerar que el nivel del riesgo es demasiado alto, se determina NO asumir la actividad que genera este riesgo.</p> <p><b>Periodicidad:</b> TRIMESTRALMENTE se realiza el debido seguimiento para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos y se registra en el Módulo de Riesgos – Almera</p>
	<p><b>2. Riesgos de Corrupción</b> (corrupción, opacidad y fraude) si es valorado:</p> <p>• <b>Moderado:</b> REDUCIR: Se Adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo o ambos, esto conlleva a la implementación de controles.</p> <p>• <b>Alto y Extremo:</b> REDUCIR: la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles. EVITAR: Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar o no continuar con la actividad que causa el riesgo. TRANSFERIR O COMPARTIR: una parte del riesgo para reducir la probabilidad o el impacto del mismo.</p> <p><b>Periodicidad:</b> MENSUALMENTE se realiza el debido seguimiento para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos y se registra en el Módulo de Riesgos – Almera</p>

4. RESPONSABILIDADES Y COMPROMISOS FRENTE AL RIESGO	<p>El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno tiene el compromiso de analizar y verificar el seguimiento al mapa de riesgos institucional y someter a aprobación del representante legal la Política de Gestión del Riesgo.</p> <p>La Alta Dirección tiene el compromiso de analizar los resultados del seguimiento al mapa de riesgos institucional y aprobar la Política de Gestión del Riesgo.</p> <p>La oficina Asesora de Desarrollo Institucional acompañará y asesorará en la identificación de los riesgos a los procesos y orientará la metodología a utilizar para la identificación, análisis, calificación y valoración de los mismos; adicionalmente consolidará el Mapa de Riesgos Institucional.</p> <p>Los líderes de proceso y grupos de mejoramiento realizarán el seguimiento a los controles de los riesgos de acuerdo con la periodicidad establecida y actualizarán el mapa de riesgos cuando en la realización de los seguimientos encuentren situaciones que requieran ser ajustadas y lo remitirán para revisión y aprobación a la oficina Asesora de Desarrollo Institucional.</p> <p>La Oficina de Control Interno, en su rol de evaluador independiente presentará al Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno los resultados de la evaluación a los mapas de riesgos con la recomendaciones para la mejora continua.</p>
---	--

<b>5. EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA</b>	Responsable de realizar evaluación a la política:	La política de gestión del riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. deberá ser evaluada por el proceso Dirección estratégica y Desarrollo Institucional y tiene su debido seguimiento por la Alta Dirección en los comités a que haya lugar.	Periodicidad de evaluación de la política:	Anual
	Metodología para realizar la evaluación:	Se realizará evaluación de la política a través de los indicadores establecidos, esto se hará de manera semestral con el fin de conocer los resultados de la implementación de la política, generar recomendaciones y ser fuente de información para la toma de decisiones. Para facilitar y fortalecer el desempeño de los indicadores propuestos se definirán actividades dentro de los planes de acción anuales de Planeación Estratégica y el eje de gestión del riesgo, que propenderán y aportarán al desarrollo de las estrategias para avanzar en el reconocimiento y posicionamiento del eje de Gestión del Riesgo en la Subred Sur Occidente.		
	Periodicidad de evaluación de la política:	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Durante el primer cuatrimestre de cada año se debe actualizar la información de los diferentes mapas de riesgos de los procesos de estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.</li> <li>•La Oficina Asesora de Dirección Estratégico y Desarrollo Institucional coordinará con los responsables por proceso, para que la caracterización de los procesos se mantenga actualizada.</li> <li>•Los responsables de cada proceso en forma trimestral, deberán adelantar acciones de seguimiento de autocontrol al mapa en el módulo de riesgos de ALMERA, realizando los ajustes y correctivos que permitan la óptima gestión de los riesgos a su cargo y los riesgos de corrupción de manera mensual.</li> <li>•Las acciones de seguimiento trimestral, deberán permitir la revisión de la identificación, análisis y valoración de los riesgos del proceso a cargo.</li> <li>•Los (as) Líderes de las diferentes Sedes Asistenciales, deberán realizar monitoreo permanente sobre los riesgos clínicos que les aplique, generando las alertas que prevengan su materialización y contribuyendo en la definición de acciones de mejora.</li> <li>•La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, de manera semestral realizará las acciones de seguimiento que permitan la aplicación de la metodología de evaluación de la gestión integral del riesgo y/o la evaluación que defina el proceso de direccionamiento estratégico.</li> <li>• La Oficina de Control Interno, debe hacer seguimiento anual a la evolución de los riesgos operacionales y cuatrimestralmente a los riesgos de corrupción y al cumplimiento de las acciones propuestas, con el fin de verificar su ejecución, y proponer mejoras. Igualmente, deberá asesorar a los colaboradores de la Subred en la gestión integral del riesgo.</li> <li>• La administración junto con la Oficina de Control Interno, evaluarán anualmente la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), a través de la herramienta FURAG II.</li> </ul>		

**6. TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

N°	FECHA	CAMBIO
1	16/01/2017	Elaboración
2	22/05/2018	Se armoniza de acuerdo a los lineamientos de MIPG, articulando componente del Control Interno
3	18/12/2020	Actualización del enunciado de la política, de los objetivos estratégicos de la Subred, inclusión de niveles de aceptación, inclusión de las responsabilidades y compromisos y la inclusión de la metodología para realizar la evaluación de la Política y ajustes en la periodicidad de la evaluación
4	14/03/2022	Actualización de la política a la plataforma estratégica 2020 - 2023 Actualización del enunciado, normatividad, aceptación de riesgo, indicadores y redacción en general. Se cambia política gestión del riesgo y control Interno por política gestión del riesgo
5	2/09/2022	Actualización de códigos de indicadores
6	29/12/2022	Actualización de parámetros normativos, códigos indicadores, "¿para qué?" de la política y subsistemas de riesgos inmersos en la política y enunciado.

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y Apellidos:	Equipo de Planeación Estratégica	Diana Milena Mendivelso Díaz	Claudia Patricia Rosero	Diana Milena Mendivelso Díaz
Cargo y/o actividad:	Equipo de Planeación Estratégica	Jefe de Desarrollo Institucional	Jefe Oficina de Calidad	Gerente ( E )