 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 1 de 7

Tipo de auditoría	Fecha del informe
Auditoría basada en riesgos	30/04/2025

Unidad auditable:	Direccionamiento Estratégico
Líder del proceso o responsable de la unidad auditable:	María Paula Estupiñan Tiuso/Asesora de Planeación

Objetivo de la auditoría
<ol style="list-style-type: none"> Se revisó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Sistema de Control Interno, bajo los criterios de la Séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, Política de Control Interno a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI. Se verificaron los controles aplicados por el proceso, en el marco del cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable. Se verificó el cumplimiento de las actividades relacionadas en la caracterización del proceso, manuales, procedimientos y demás información documentada del proceso de Direccionamiento Estratégico.

Alcance de la auditoría
La auditoría abarcó las actividades contempladas en la caracterización, manuales, procedimientos y demás información documentada del proceso, normatividad interna y externa aplicable al proceso de Direccionamiento Estratégico. La auditoría contempló las agencias 2024 y lo avanzado de 2025.

Metodología de auditoría
<p>El cumplimiento del objetivo de la auditoría, se aseguró mediante la solicitud de información, revisión y análisis de los registros que permitan evidenciar el desarrollo del proceso, mediante la aplicación de técnicas contempladas en el PD-ECS-01 PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS, como inspección, procedimientos analíticos, rastreo, visita en sitio, entre otras aplicables.</p> <p>Los documentos verificados corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caracterización de proceso, código: CP-DIE-01, versión 06, fecha de aprobación el 08/02/2023, MN-DIE-01 Manual de gestión del riesgo. Procedimiento para la gestión de los riesgos institucionales, código PD-DIE-03, versión 09, fecha de aprobación el 30/08/2024. PD-DIE-01 Procedimiento para la formulación y seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión, código PD-DIE-01, versión 03, fecha de aprobación el 30/04/2021. PD-DIE-02 Procedimiento de formulación, seguimiento y evaluación de los planes estratégicos, versión 3 el 12/08/20219 Procedimiento para la actualización de los proyectos de inversión, código PD-DIE-04, versión 01, fecha de aprobación el 30/04/2021 Plan de mantenimiento de la infraestructura física, código PL-DIE-02, versión 06, fecha de aprobación el 07/010/2021 Procedimiento para recibo y trámite de PQRSD y atención al ciudadano, código: PD-GDO-10, versión 08, fecha de aprobación el 28/10/2024

Criterios de auditoría
Séptima dimensión del MIPG que actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI, información documentada del proceso.

Requisitos legales	Otros requisitos
<p>*Ley 30 de 1992. "Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior".</p> <p>*Acuerdo Superior N°059 de 1997, Consejo Superior Universitario, Por el cual se expide el Estatuto Presupuestal de la Universidad.</p>	<p>*Modelo Estándar de Control Interno MECI:</p> <p>Componente 1. Ambiente de control</p> <p>Componente 2. Evaluación del riesgo</p> <p>Componente 3. Actividades de control</p>

*Decreto 414 de 2013, por el cual se reglamenta el Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Control y Evaluación (SMSCE) del Sistema General de Regalías (SGR) y se dictan otras disposiciones.

*Acuerdo 07 de 2022, Por el cual se adiciona el Acuerdo Único del Sistema General de Regalías definiendo los lineamientos para la priorización y aprobación y el trámite de los ajustes y liberaciones de los proyectos de inversión y se dictan otras disposiciones.

*Acuerdo Superior 019 de 2020, Consejo Superior Universitario, Por el cual se adopta el Sistema de Planeación de la Universidad de los Llanos.

*Acuerdo Superior N°003 de 2021, Consejo Superior Universitario, Por medio del cual se expide el Estatuto General de la Universidad de los Llanos.

*Acuerdo Superior N°008 de 2022, Consejo Superior Universitario, Por el cual se modifica el Numeral 4 del Artículo 43; el Parágrafo 1 del Artículo 44 y, se adiciona un Parágrafo Transitorio al Artículo 44 del Acuerdo Superior No.003 de 2021.

*Acuerdo Superior N°006 de 2021, Consejo Superior Universitario, "Por el cual se adopta el Proyecto Educativo Institucional –PEI- de la Universidad de los Llanos"

*Acuerdo Superior N°015 de 2021, Consejo Superior Universitario, Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo Institucional de la Universidad de los Llanos PDI 2022 - 2030 Hacia una universidad dialógica, pluralista y con enfoque diferencial.

*Demás normativa interna y externa aplicable al proceso.

Componente 4. Información y comunicación

Componente 5. Actividades de monitoreo

*Políticas de Gestión y Desempeño Institucional aplicables a la Universidad de los Llanos.

Fechas de la auditoría


Reunión de apertura	Ejecución en sitio		Reunión de cierre
22/04/2025	Desde:22/04/2025	Hasta: 29/4/2025	30/04/2025

Roles en la auditoría

Asesor de Control Interno de Gestión	Auditor Líder	Auditor de Apoyo	Experto Técnico
Diana Zulay Reza Mondragón	Keila Milena García Duarte	<ul style="list-style-type: none"> – Derly Poveda Ladino/Auditor de Apoyo – Sonia Clavijo Baquero/Auditor de Apoyo – Oscar Ernesto Londoño Parrado/Auditor de Apoyo – Maria Cristina Guzman Rodriguez/Auditor Observador 	N/A


Aspectos positivos

- La receptividad del personal para atender la auditoría.
- Las acciones adelantadas por parte del proceso en el marco de la Estrategia de Rendición de Cuentas.
- La oportunidad en el reporte de los informes de ley.

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024

Hallazgo de incumplimiento Código: DIE-2025-01
Criterio
<ul style="list-style-type: none"> ● Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 2. Evaluación del Riesgo. ● MN-DIE-01 MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO, Código: MN-DIE-01 Versión: 01 Fecha de aprobación: 27/09/2023. ● Resolución Rectoral N°2181 de 2022, por medio del cual se crea y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Universidad de los Llanos. ● Acuerdo Superior N°012 de 2020 por el cual se adopta la Política para la Gestión Integral de Riesgos en la Universidad de los Llanos.
Descripción del hallazgo
<p>Verificado el MN-DIE-01 MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO, Código: MN-DIE-01 Versión: 01 Fecha de aprobación: 27/09/2023, no se evidenció operatividad del Equipo Técnico de Riesgos en las vigencias 2024 y 2025, conforme a lo contemplado en la Resolución Rectoral 2181 de 2022, Capítulo II, Artículos 20 y 21.</p> <p>Por otra parte, revisado el Acuerdo Superior N°012 de 2020 por el cual se adopta la Política para la Gestión Integral de Riesgos en la Universidad de los Llanos, a la fecha de la auditoría, no se evidencian acciones relacionadas con la actualización de los lineamientos de la política de riesgos, toda vez que, éstos no se están gestionando de manera integral, conforme a lo contemplado en los artículos 1 y 2 del mencionado Acuerdo Superior. Esta situación se ha comunicado a la Oficina de Planeación, mediante alertas generadas desde la oficina de Control Interno de Gestión. Así mismo, en la auditoría interna de tercera línea realizada al proceso de Gestión de la Calidad en la vigencia 2024, se identificó un hallazgo cuyas acciones de mejoramiento no resultaron eficaces, entre otros aspectos por no cumplirse la acción relacionada con la actualización del Manual de Gestión del Riesgo, el cual no se alinea con los lineamientos definidos en el Acuerdo Superior.</p>


Hallazgo de incumplimiento Código: DIE-2025-02
Criterio
<ul style="list-style-type: none"> ● Modelo Estándar de Control Interno MECI. Componente 4. Información y Comunicación. ● PROCEDIMIENTO PARA RECIBO Y TRÁMITE DE PQRSD Y ATENCIÓN AL CIUDADANO, Código: PD-GDO-10 Versión: 08 Fecha de aprobación: 28/10/2024. ● Ley 1755 de 2015 "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".
Descripción del hallazgo
<p>Verificado el registro denominado "Planilla Incidencias 2024", remitida por el proceso de Gestión Documental, se evidencia que la PQRSD, con radicado No. 001156, del 29 de agosto de 2024, con la descripción "Derecho de Petición SOLICITANDO INFORMACIÓN PARA INVESTIGACIÓN realizando la identificación de los establecimientos de educación superior que cuentan con infraestructuras como laboratorios y/o equipos de trabajo", asignado a la oficina de Planeación, se le dio respuesta el 5 de febrero de 2025.</p> <p>Lo anterior, incumpliendo lo establecido en el Procedimiento para recibo y trámite de PQRSD y Atención al Ciudadano PD-GDO-10, numeral 5, Términos para resolver las PQRSD, - Derecho de petición de documentos y de información. Diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de recibo en la Universidad y lo contemplado en la Ley 1755 de 2015.</p> <p>Esta situación puede generar acciones de tipo disciplinario o repercutir en acciones de tutela por la falta de atención oportuna a las PQRSD.</p>

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024
Página: 4 de 7			

Hallazgo de incumplimiento Código: DIE-2025-03
Criterio
<ul style="list-style-type: none"> ● Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 3. Actividades de Control. ● PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN, Código: PD-DIE-01 versión: 03 fecha de aprobación 30/04/2021.
Descripción del hallazgo
<p>El procedimiento Procedimiento para la Formulación y Seguimiento a la Ejecución de los Proyectos de Inversión, establece en el Ítem 21 que, una vez aprobados los proyectos, la Secretaría General debe notificar al Banco de Proyectos mediante el respectivo soporte de certificación y aprobación. Sin embargo, durante la revisión de una muestra aleatoria de proyectos N°12 (<i>Fortalecimiento del sistema de Gestión Ambiental en la Universidad de los Llanos</i>), se evidenció la ausencia de dicho soporte documental emitido por la Secretaría General. Esta situación, indica un incumplimiento del procedimiento establecido y genera debilidades en la trazabilidad y formalización del proceso de aprobación.</p>

Hallazgo de incumplimiento Código: DIE-2025-04
Criterio
<ul style="list-style-type: none"> ● Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 5. Actividades de Monitoreo. ● Indicador 1: Monitoreo a la ejecución del Plan de Acción Institucional - PAI.
Descripción del hallazgo
<p>Verificado el indicador 1. Monitoreo a la ejecución del Plan de Acción Institucional – PAI, se evidencian las siguientes inconsistencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El valor que se muestra en el reloj (21.62) no corresponde a la última medición de la vigencia 2024, diciembre de 2024 (91.43). ● En el encabezado se registra como última fecha de medición el 7/11/2024, no obstante, la última medición se registra con fecha del 18/12/2024. ● Si bien la frecuencia de medición del indicador se establece de manera mensual no se registra medición y análisis correspondiente al mes de diciembre de 2024. ● No se refleja diferencia en los datos reportados en el análisis del indicador correspondiente a las 2 últimas mediciones del año 2024, aspecto que no se ha tenido en cuenta según el resultado del monitoreo realizado con fecha 10 de diciembre de 2024. <p>Lo anterior, denota falta de claridad y consistencia en los datos generados a partir de la medición.</p>

Hallazgo de incumplimiento Código: DIE-2025-05
Criterio
<ul style="list-style-type: none"> ● Modelo Estándar de Control Interno MECI, Componente 5. Actividades de Monitoreo
Descripción del hallazgo
<p>Verificados los indicadores del proceso, con relación a la actividad de monitoreo se observaron las siguientes situaciones:</p> <p>Indicador 1. Monitoreo a la ejecución del Plan de Acción Institucional – PAI: Si bien, se registra monitoreo con fecha del 10 de diciembre de 2024, el proceso realizó nueva medición el 18 de diciembre de 2024, la cual, a la fecha de auditoría, no se registra monitoreo, considerando además que la frecuencia de medición para este indicador es mensual.</p>

 UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	PROCESO DE EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL			
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA			
	Código: FO-ECS-04	Versión: 09	Fecha de aprobación: 26/02/2024	Página: 5 de 7

Indicador 2. Verificación de la ejecución del Plan Operativo Anual de Inversiones – POAI: El proceso ha realizado 2 mediciones en la vigencia 2025, las cuales, a la fecha de auditoría, no se registran monitoreo, considerando que la frecuencia de medición para este indicador es trimestral.

Por otra parte, el Procedimiento para la formulación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos Código: PD-GCL-07 Versión: 04 Fecha de aprobación: 01/03/2024, establece la siguiente condición:

- *La oficina de Planeación realizará el monitoreo a los indicadores de gestión de los procesos de manera semestral.*

Lo indicado en el procedimiento, con relación a la frecuencia del monitoreo, no permite generar alertas oportunas, para la toma de acciones en caso de incumplimiento en las metas propuestas que, a su vez, coadyuven al cumplimiento de los objetivos institucionales, especialmente en los indicadores con frecuencia de medición mensual, trimestral y cuatrimestral.

Si bien es cierto que, las actividades de monitoreo corresponden a la oficina de Planeación, desde el enfoque del proceso Direccionamiento Estratégico, cuyo objetivo es *“Orientar la gestión institucional desde un enfoque coherente y prospectivo, que permita identificar, formular y evaluar los elementos de direccionamiento estratégico requeridos para el cumplimiento de los objetivos institucionales”*, en la práctica, las actividades de monitoreo se encuentran delegadas al proceso de Gestión de la Calidad, cuyo objetivo se define como *“Asegurar el sostenimiento y fortalecimiento de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Ambiental de la Universidad de los Llanos mediante el uso de mecanismos que contribuyan a la mejora continua de los procesos de la institución”*.

Lo anterior, contraviene lo establecido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI en su componente 5 Actividades de Monitoreo, cuyo propósito y enfoque corresponde a la Segunda Línea de Defensa: *Hacer un seguimiento o evaluación permanente de la gestión, de manera que pueda orientar y generar alertas a las personas que hacen parte de la 1ª línea de defensa, así como a la Alta Dirección (Línea Estratégica). Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos”*.

No. total hallazgos	05
----------------------------	-----------

Recomendaciones

Generales:

1. Apropiar, aplicar y dar cumplimiento al Código de Ética, Integridad y Buen Gobierno, trabajando en alineación con la misión, visión, principios y deberes institucionales. Para ello, es fundamental aprovechar los diferentes canales de comunicación interna de la universidad, así como los procesos de inducción y reinducción, asegurando que todo el personal esté informado y comprometido con estos lineamientos.
2. Validar la pertinencia de mantener en el proceso de Direccionamiento Estratégico el documento PL-DIE-02 PLAN DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA UNIVERSIDAD toda vez que, este se operativiza y se genera informe de resultados de la gestión, desde el proceso de Gestión Bienes y Servicios.
3. Ajustar la caracterización, asegurando que las entradas y salidas correspondan a la actualidad del proceso.
4. Actualizar el Acuerdo Superior N°012 de 2020, con relación al párrafo del Artículo 3, con el fin de establecer con mayor claridad las acciones de tratamiento aplicables a los riesgos de corrupción.
5. Asegurar el cumplimiento de la Política de Transparencia, en lo relacionado con la publicación oportuna del POAI 2025, a la fecha aún no se encuentra en la página, así mismo, asegurar la publicación en el portal web de la Resolución Superior N°012 de 2025, que corresponde al PAI 2025 y la correspondiente matriz de seguimiento.
6. El procedimiento PD-DIE-01 PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN, debe ser actualizado, ya que, en el Ítem 14, se establece que la presentación del proyecto y sus respectivos soportes debe realizarse en medio físico y digital, debidamente firmados por el responsable del proyecto, el proponente y el evaluador. Sin embargo, de acuerdo con lo evidenciado en la



práctica, actualmente dicha presentación se está realizando únicamente en formato digital. Esta diferencia entre lo establecido y lo ejecutado, requiere la revisión y actualización del procedimiento para que refleje con precisión la forma en que se lleva a cabo el proceso.

Igualmente, en el Ítem 23 del procedimiento PD-DIE-01 PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN, se establece que, los seguimientos físicos y financieros del proyecto deben realizarse de forma trimestral. No obstante, se evidenció que los informes se están elaborando con una periodicidad mensual, lo cual no se encuentra alineado con lo estipulado en el procedimiento. Por lo tanto, se recomienda actualizar el procedimiento para que refleje la práctica actual y garantizar la coherencia entre lo documentado y lo ejecutado.

7. El procedimiento PD-DIE-02 PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS, establece en el Ítem 13 que la presentación del proyecto y sus respectivos soportes debe realizarse en medio físico y digital, debidamente firmados por el responsable del proyecto. No obstante, se evidenció que actualmente dicha presentación se está realizando únicamente en formato digital, omitiendo la entrega en medio físico según lo establecido. Se recomienda actualizar el procedimiento para que refleje de manera coherente y precisa la práctica actual, aclarando el formato válido para la presentación de proyectos y sus soportes. Asimismo, verificar que dicha práctica esté alineada con las normas institucionales vigentes en materia de gestión documental y validez de firmas digitales.
8. Riesgo 1 "*Posibilidad de afectación económica y reputacional por el incumplimiento de los objetivos o productos de los proyectos*": Se recomienda registrar con mayor claridad y detalle el reporte de los controles y acciones asociadas al tratamiento.
9. Riesgo 2 "*Posibilidad de afectación reputacional y económica por incumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional, debido a debilidades en la aplicación de controles*": Se recomienda mejorar la redacción del control, especificando la frecuencia y producto o resultado generado, en los casos que se considere necesario, de manera que facilite el monitoreo y seguimiento.
10. Riesgo 3 "*Probabilidad de afectación económica y reputacional por inadecuado e inoportuno suministro de información al Ministerio de Educación Nacional (MEN) y organismos de control*": Se recomienda especificar en la matriz de riesgos en relación a las "Acciones asociadas al tratamiento", cuando éstas no se requieren o no aplican.
11. Riesgo 4 "*Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento en la ejecución física y financiera de los proyectos de inversión frente al monto aprobado, debido a debilidades en el seguimiento a los proyectos*" : Se recomienda ajustar la periodicidad de la acción asociada al tratamiento correspondiente a "*Realizar mesas de trabajo entre el profesional de apoyo de la Oficina de Planeación y el Responsable de los proyectos con el fin de verificar el avance del proyecto*", toda vez que se tiene planteada de manera semestral y se evidencia que en la realidad se realiza una vez al año.
12. Continuar con la socialización en los niveles pertinentes, de la Resolución Rectoral N°1211 de 2024 *por medio de la cual se establecen los lineamientos para la gestión de proyectos financiados con recursos del SGR de la Universidad de Llanos*, lo que contribuye a la adecuada ejecución de los recursos de inversión.
13. Garantizar la actualización del normograma del proceso, teniendo en cuenta la normativa interna y externa vigente.
14. Asegurar la actualización de la base normativa en los manuales y procedimientos del proceso, que aseguren la correcta aplicación de los requisitos legales y reglamentarios vigentes en la implementación de los mismos.
15. Garantizar el cumplimiento de la ley General de Archivo 594 de 2000, especialmente lo relacionado con el archivo de gestión del proceso.
16. Formular el plan de mejoramiento frente a los hallazgos de incumplimiento detectados en la presente auditoría, dentro de los 15 días calendarios siguientes al recibo del informe final de auditoría.

Con relación a las matrices de proyección financiera para los programas de pregrado y posgrado:

17. Se recomienda evaluar la pertinencia y conveniencia de establecer un proceso formal de seguimiento, análisis y evaluación de las matrices de proyección financiera correspondientes a los programas de pregrado y posgrado. Actualmente, y de acuerdo a lo expresado por el personal del área, no se realiza un proceso de evaluación sistemático, ya que el rol se limita al acompañamiento y asesoría, sin asumir responsabilidad con relación al seguimiento y monitoreo a los resultados en la implementación del programa académico.

Conclusiones

1. El objetivo y criterios de la auditoría se cumplieron de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría.
2. El proceso debe evaluar la pertinencia y conveniencia de identificar riesgos de corrupción, financieros, fiscales, fraude y de seguridad de la información, de acuerdo con los lineamientos de la política para administración de los riesgos establecida por la Universidad y la Metodología de Riesgos de la Función Pública.
3. El proceso debe fortalecer el Sistema de Control Interno con relación al componente 5 Actividades de Monitoreo componente el cual permite *"Hacer un seguimiento o evaluación permanente de la gestión, de manera que pueda orientar y generar alertas a las personas que hacen parte de la 1ª línea de defensa, así como a la Alta Dirección (Línea Estratégica). Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos"*.
4. En el marco de la auditoría se verificó la información relacionada con el proyecto *"Fortalecimiento de las capacidades institucionales de ciencia tecnología e innovación de la Facultad de Ciencias de la Salud"* y el contrato No. 029 de 2024, construcción del Edificio María Cristina Cobos, atendiendo solicitud allegada por la veeduría ciudadana VEDULLANOS CTP, mediante oficio, el día 21 de abril de 2025. La información relacionada con el proyecto fue suministrada por el proceso de Direccionamiento Estratégico y lo relacionado con la ejecución contractual correspondió a la suministrada por el proceso Gestión de Bienes y Servicios.

Anexos

No aplica

Elaborado por:



Keila Milena Garcia Duarte
Auditor Responsable de Auditoría

Aprobado por:



Diana Zulay Reza Mondragón
Asesora de Control Interno de Gestión