	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Secretaría:	**De Salud**	**Dirección:**	**Gobernación de Risaralda**
Número del Contrato:	***3268***	**Informe No.:**	***02***
Periodo al que corresponde el presente informe:	**Del 27 de noviembre al 31 de diciembre de 2024**	**Plazo de Ejecución:**	**47 días**
Contratista:	***E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda***	**Interventor:**	***Martha Eresbey Yepes Ballesteros***

2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:

OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

1) Realizar la contratación del equipo externo de expertos que realicen el diseño, implementación, y acompañamiento in House de los procesos de certificación y acreditación en alta calidad para la certificación y acreditación en alta calidad por etapas, para el año 2024 para la correcta ejecución del proyecto.	Se realizó el proceso de contratación de la firma DINAMICA CONSULTORÍA de la ciudad de Cali, para hacer la asesoría in House. Actualmente contamos con 2 profesionales dentro de la institución: - Ingeniera María Alejandra Marín Jiménez: Asesora para el proceso de Certificación con ISO9001: 2015. - Ingeniera Elizabeth Calvo Duque: Asesora par el proceso de Acreditación institucional en Alta Calidad. - Se contó con la visita de tres (3) profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario de la Firma consultora quienes realizaron actividades presenciales y virtuales con los líderes de los equipos de autoevaluación de HOMERIS. - Se cuenta con el trabajo remoto de siete (7) personas desde la ciudad de Cali.	1. Estudios previos 2. Propuesta de la firma consultora. 3. Contrato. 4. Póliza de cumplimiento. 5. Acta de inicio.	**https://drive.google.com/drive/folders/17ixz0Y0l9_07xxufTpVl3kRqwOO_ksED?usp=drive_link**

MEYEPES-024606721731 37-984730-001767694-A

2) Ejecutar el presente convenio, conforme al documento técnico y MGA en lo que hace referencia a la Etapa 1: Alistamiento y autoevaluación. **2.1.** Dos jornadas de sensibilización general a todo el personal.	Para alcanzar la cobertura en sensibilización del personal administrativo y asistencial, se realizaron tres jornadas de sensibilización en el Sistema Único Acreditación, los días 28 noviembre, 04 y 05 de diciembre del presente año, diseñadas para alcanzar a colaboradores asistenciales, administrativos y terceros vinculados a la institución. Estas sesiones tuvieron como objetivo fortalecer el conocimiento sobre los estándares de calidad, promover una cultura de mejora continua y alinear las prácticas laborales con los principios de acreditación. Durante las jornadas, se abordaron temas clave como la metodología de mejoramiento, beneficios de la acreditación, ejes de acreditación y el cumplimiento de los requisitos normativos, utilizando metodologías participativas que fortalecen el compromiso y la apropiación de los conceptos por parte de los asistentes. Este esfuerzo busca garantizar que todos los actores involucrados contribuyan activamente al logro de la acreditación de los servicios prestados.	1. Acta de reunión sensibilización. 2. Presentación sensibilización	https://drive.google.com/drive/folders/1y0SKeiPdA7zIji45pnyStg72tHaOEEir?usp=drive_link

MEYEPES-0246067217313 7-984730-001767694-A

2.2. Elaboración del Acta de compromiso de la dirección.	El proceso de elaboración del acta de compromiso de la dirección inició con identificación las metas clave relacionadas con la mejora continua, los estándares de calidad y las necesidades institucionales. Posteriormente, se definieron los compromisos específicos, alineados con los objetivos institucionales, asegurando la participación activa de los responsables en cada área. Se estructuró el contenido del acta con base en los principios de liderazgo, asignación de recursos, comunicación efectiva y evaluación de resultados. Finalmente, el documento fue firmado por los 18 líderes integrantes de los equipos de autoevaluación y equipo de mejoramiento en un acto formal para reafirmar el compromiso institucional.	1. Acta de reunión firma de compromisos 2. Compromisos firmados por lideres	https://drive.google.com/drive/folders/1kKi_8Fqo1H2ymW-9xi3Cwsq3Qchxox2l?usp=drive_link
2.3. Orientaciones a la oficina de comunicaciones para Iniciar la campaña de comunicación sobre el sistema único de acreditación.	Se realiza reunión el día 02 de diciembre de 2024 con los líderes de planeación y calidad, en la cual se definieron los objetivos principales del plan de comunicación sobre el Sistema Único de Acreditación (SUA). Durante la sesión, se brindaron orientaciones claras respecto al alcance, los mensajes clave y los públicos objetivo, asegurando que la información sea accesible y relevante para colaboradores, usuarios y terceros. Se establecieron los canales de comunicación a utilizar, como correos electrónicos, redes sociales, boletines internos y piezas audiovisuales.	1. Acta de reunión. 2. Presentación orientación en comunicaciones.	https://drive.google.com/drive/folders/1KHo3h9uAQ1fz4sRZ6cyxsPUID-zeCc6x?usp=drive_link

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

2.4. Conformación de los equipos primarios, de autoevaluación y mejoramiento institucional, definición de roles y formalización del compromiso individual.	La actividad inició con una convocatoria a los representantes de los diferentes servicios de la institución, quienes participaron en la conformación los equipos primarios, de autoevaluación y mejoramiento institucional, destacando su importancia para garantizar la mejora continua y el cumplimiento de los estándares de Acreditación en salud; Se realizó una selección de integrantes basada en sus competencias, experiencia y responsabilidades, definiendo roles específicos para cada miembro. Posteriormente, se discutieron las funciones de los equipos y se formalizó el compromiso de los participantes mediante la firma de ficha de conformación y el compromiso, en la que cada integrante asumió su responsabilidad de contribuir al logro de los objetivos establecidos	1. Ficha de conformación equipos de autoevaluación 2. Ficha de conformación equipo de mejoramiento 3. Ficha de conformación equipos primarios	https://drive.google.com/drive/folders/1avViCEP7nTaYRjmZXSiqdePVw8qWHk1Q?usp=drive_link

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

2.5.	Capacitación a los equipos de autoevaluación en intencionalidad de los estándares.	Se realizó una capacitación el día 11 diciembre de 2024 dirigida a los líderes de los equipos de autoevaluación con el objetivo de fortalecer su comprensión sobre la intencionalidad de los estándares, permitiéndoles identificar oportunidades de mejora y alinear los procesos evaluativos con los criterios establecidos. Durante la actividad, se combinaron exposiciones teóricas con talleres prácticos, resolviendo inquietudes y estableciendo compromisos para la implementación de acciones concretas. Como resultado, se logró una mejor preparación de los equipos para afrontar los retos de la autoevaluación, consolidando su capacidad para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad.	1. Acta de reunión Presentación intencionalidad del estándar.	https://drive.google.com/drive/folders/1_wVU86n2qQ4I-nu-SUTKEl-btq8uDmYk?usp=drive_link
2.6.	Entrenamiento a líderes de proceso y equipos de acreditación frente al Sistema Único de Acreditación, incluyendo manejo del manual de acreditación y métodos de autoevaluación cualitativa y cuantitativa.	Se llevó a cabo un entrenamiento dirigido a líderes de proceso y equipos de autoevaluación el día 11 de diciembre de 2024 sobre el Sistema Único de Acreditación (SUA). Durante la actividad, se abordaron temas como el manejo del manual de acreditación, métodos de autoevaluación cualitativa y cuantitativa, y la identificación de oportunidades de mejora, concluyendo con compromisos orientados al seguimiento y mejora continua de los procesos acreditados.	1. Acta de reunión. 2. Presentación entrenamiento SUA Manual de Acreditación.	https://drive.google.com/drive/folders/19cztCwy9JfRKtvlX8MaRNziVVwn2LsH-?usp=drive_link

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

2.7. Definición del esquema y validación del canal para evidenciar Capacitación a la junta directiva sobre el proceso de acreditación en salud.	Se estrategia mediante consulta por google Forms a los miembros de la junta directiva, con el objetivo de definir el esquema de capacitación para la junta directiva sobre el proceso de acreditación en salud y validar el canal más efectivo para su implementación. Durante la consulta, se acordó estructurar la capacitación en módulos temáticos que aborden los objetivos, beneficios, y el rol de la junta en la acreditación, utilizando metodologías participativas. Se evaluaron diversas opciones de entrega, seleccionándose el mecanismo virtual sincrónico como el más adecuado según la disponibilidad de los participantes. Además, se estableció un cronograma de ejecución, se asignaron responsables para el diseño y socialización del material, y se definieron estrategias de evaluación para garantizar la efectividad del proceso.	1. Link de encuesta https://forms.gle/hthnVppcEnWSkUdf9 2. Guía de acreditación. 3. Acta de la actividad.	https://drive.google.com/drive/folders/1CoJ_wKM9Dhu_VnrZCIhbS5REr9OEGxEF?usp=drive_link

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

2.8. Nombramiento de los líderes por eje de acreditación.	Durante reunión con la gerencia el día 4 diciembre de 2024, se llevó a cabo el nombramiento oficial de los líderes para cada eje del proceso de acreditación en salud, seleccionando a los profesionales más idóneos según su experiencia y competencias. Se explicó a la gerencia el rol estratégico en la planificación, implementación y seguimiento de las actividades relacionadas con su eje asignado, así como su responsabilidad en la articulación con los equipos interdisciplinarios. Así mismo, se acordó la realización de reuniones periódicas para reportar avances y garantizar el alineamiento con los estándares establecidos, formalizando los nombramientos mediante acta.	1. Acta de la reunión	https://drive.google.com/drive/folders/12OD3z8B74G2p85b5joY7RFGkDngeN1CC?usp=drive_link
2.9. Definición y formalización de los comités necesarios para la acreditación y establecimiento de objetivos para cada comité.	Se realizó la definición y formalización de los 14 comités aplicables a la institución para cumplir con los estándares de acreditación, estableciendo objetivos claros y específicos para cada uno de ellos. Esta actividad incluyó la asignación de roles y responsabilidades, asegurando una estructura organizativa que facilite el seguimiento, evaluación y mejora continua en los procesos relacionados con la acreditación.	1. Resoluciones de los 14 comités aplicables.	https://drive.google.com/drive/folders/16FApriRhwbhEAib-XmE9vLZ1o9oEU57X?usp=drive_link

MEYEPES-0246067217313 7-984730-001767694-A

2.10. Diagnóstico del estado de implementación de los ejes trazadores del modelo de acreditación.	Se realizó el día 2 de diciembre de 2024 un diagnóstico detallado sobre el estado de implementación de los ejes trazadores del modelo de acreditación. Este análisis incluyó la evaluación de los niveles de cumplimiento, la identificación de brechas frente a los estándares establecidos y el reconocimiento de oportunidades de mejora en áreas claves. Los resultados obtenidos sirven como base para formular estrategias que aseguren la alineación con el modelo de acreditación y fomenten la calidad y seguridad en los servicios de la organización.	1. Acta de reunión	https://drive.google.com/drive/folders/1Rz-f2pareqHHsL-cHaSwDZme08Tbzn-s?usp=drive_link
2.11. Acercamiento intervención y capacitación a la liga de usuarios	Se realiza reunión el día 05 diciembre de 2024, la actividad de acercamiento, intervención y capacitación a la liga de usuarios se centró en fortalecer la relación y comunicación con los usuarios a través de una intervención directa, proporcionando herramientas y conocimientos clave. Durante este proceso, se abordaron aspectos importantes de la atención al usuario, se presentaron estrategias para mejorar la experiencia del paciente y se promovió la comprensión de sus derechos y deberes. La capacitación incluyó temas relacionados con la calidad del servicio, la seguridad del paciente y la participación activa en su propio proceso de atención, buscando empoderar a los usuarios para que puedan tomar decisiones informadas y colaborar activamente en su salud.	1. Acta de reunión	https://drive.google.com/drive/folders/1ba-ZkRSTvgdltT094qrF03UNYVYIdbeT?usp=drive_link

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

2.12. Identificación de los indicadores de acreditación. Iniciar recolección de datos desde el ciclo 1 de autoevaluación que para este caso será el ciclo correspondiente al año 2023 Y 2024	La actividad de identificación de indicadores de acreditación y recolección de datos consistió en definir los indicadores clave para evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación, Incluye la identificación de los indicadores relevantes, el establecimiento de la metodología para la recolección de datos, la recolección precisa de la información y su análisis para evaluar el desempeño institucional, identificar áreas de mejora y las respectivas recomendaciones para el cierre de brechas.	1. Tablas de indicadores suministradas por ICONTEC. 2. Diagnóstico de indicadores.	**https://drive.google.com/drive/folders/1LS3b4eY85FCjvwUC56FVNW44OHv9NM1A?usp=drive_link**

MEYEPES-0246067217313 7-984730-001767694-A

2.13. Iniciación del segundo ciclo de autoevaluación con los equipos conformados	Se lleva a cabo la autoevaluación del Ciclo 2 de mejoramiento, con el objetivo de identificar cualitativamente las oportunidades de mejora y fortalezas en relación con cada uno de los estándares del manual de acreditación. Utilizando la herramienta hoja radar, se realiza una calificación cuantitativa basada en tres dimensiones clave: enfoque, implementación y resultado. Este proceso permite evaluar de manera integral el desempeño de la organización frente a los criterios de acreditación, identificando áreas críticas para la mejora y destacando los logros alcanzados, lo que facilita la toma de decisiones estratégicas para continuar con el proceso de acreditación y el mejoramiento continuo.	1. Herramienta PAMEC y actas de equipos de autoevaluación.	**https://drive.google.com/drive/folders/1IE8IITRgAZdrrOwc6kesP_HQhUEgzRxz?usp=drive_link**

MEYEPES-024606721731 37-984730-001767694-A

2.1.4. Priorización.	Se establece la priorización de las oportunidades de mejora identificadas en el Ciclo 2 de mejoramiento, aplicando la metodología Riesgo-Costo-Volumen. Esta metodología permite evaluar y clasificar las oportunidades en función de su impacto potencial, los costos asociados y el volumen de personas o procesos afectados. El registro de estas oportunidades se realiza de manera sistemática en la herramienta AUTOEVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN, lo que asegura un seguimiento adecuado y una gestión efectiva de las acciones de mejora, permitiendo tomar decisiones informadas para optimizar los recursos y maximizar los beneficios para la organización.	1. Herramienta PAMEC. 2. Actas de priorización.	**https://drive.google.com/drive/folders/1T0PqK6k0_ALQ4K0fmpMFH095v6p5pHm2?usp=drive_link.**
2.1.5. Planteamiento de los planes de mejoramiento.	En colaboración con los equipos de autoevaluación, se completó al 100% la fase de elaboración de los planes de mejora del Ciclo 2 de mejoramiento mediante la metodología PHVA. Este logro refleja el compromiso y la participación activa de todos los equipos involucrados, quienes trabajaron de manera conjunta para identificar las áreas de oportunidad y definir acciones concretas para su mejora. La culminación exitosa de esta fase sienta las bases para la implementación de las mejoras, asegurando un enfoque integral y alineado con los objetivos de calidad y eficiencia establecidos.	1. Herramienta PAMEC. 2. Actas de elaboración de planes.	**https://drive.google.com/drive/folders/1cnJPAmbHZRC4QNblh-AbNYfCVYr7Gg3w?usp=drive_link**

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

2.16. Iniciación de los seguimientos por proceso priorizando los estándares de menor puntuación con el fin de mejorar el desempeño y evidenciar el mejoramiento en la autoevaluación siguiente.	La actividad de iniciación de los seguimientos por proceso tuvo como objetivo priorizar los estándares con menor puntuación en la autoevaluación, con el fin de mejorar su desempeño en el ciclo siguiente. Este seguimiento se enfoca en aquellos procesos que presentaron mayores oportunidades de mejora, implementando acciones correctivas y estrategias de optimización. El seguimiento continuo permite monitorear el progreso y asegurar que las mejoras implementadas sean efectivas, lo que facilitará la evidencia de los avances en la siguiente autoevaluación, contribuyendo así al proceso de acreditación y a la mejora continua de la calidad en la organización.	1. Soportes para el cierre de los planes de mejora. 2. Actas de asesoría proceso.	**https://drive.google.com/drive/folders/1MEmzWoIx4ruH87motoKwBoiFgO0MmgWd?usp=drive_link**

MEYEPES-0246067217313 7-984730-001767694-A

2.17. Certificación.	Otras actividades del sistema de gestión: Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Se inició la implementación del sistema de gestión de la calidad en el cual se han desarrollado las siguientes actividades: Sensibilización Se realiza sensibilización de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad a todo el personal del Hospital Universitario Mental de Risaralda, con una asistencia de aproximadamente 90 personas en dos jornadas, los días 4 y 5 de diciembre de 7 a.m. a 9 a.m. en la cual se les explicó que es el Sistema de Gestión de Calidad, la importancia de su implementación, el propósito central del sistema de gestión, las etapas del proyecto, como es el involucramiento y participación de todo el personal y cuáles son las estratégicas para lograrlo. Auditoría de Diagnóstico SGC Se realiza visita a las instalaciones del Hospital Mental Universitario de Risaralda, con el fin de establecer el diagnóstico del ambiente físico y de los procesos, y se hacen recomendaciones de aspectos críticos a intervenir.	1. Presentación de la sensibilización 2. Listados firmados de la asistencia 3. Acta de la visita diagnóstico a HOMERIS 4. Informe de auditoría y diagnóstico 5. Acta de divulgación del diagnóstico. 6. Acta Análisis del Contexto 7. Acta y Asistencia a reunión de la identificación de riesgos 8. Acta de Entrega del Plan de Trabajo 9. Asistencia firmada, Plan de Trabajo Detallado 10. Evidencia de los entregables de implementación del SGC. 11. Acta de revisión e identificación de indicadores.	**https://drive.google.com/drive/folders/1Fyztkq5lMKc-4AHbnsBvS5nwlPsBVn8y?usp=drive_link**

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

3) Coordinar la correcta ejecución de las actividades pactadas, en el presente contrato, según la tabla de estudio costos y actividades establecidas para el proyecto viabilizado.	Se ejecutaron las acciones pactadas en el convenio interadministrativo 3268 entre Gobernación y HOMERIS. Adicionalmente las acciones pactadas entre DINÁMICA CONSULTORÍA y HOMERIS.	1. Convenio 3268 se presenta este informe y anexos como evidencia de cumplimiento. 2. Se entrega informe del contratista.	**https://drive.google.com/drive/folders/1kCwKko_xKd2q-hAxSOZ1ay2qHt7mQ9oq?usp=drive_link**
4) Elaborar cronograma de ejecución del convenio, el cual debe contar con el aval del supervisor designado.	Se elaboró un nuevo cronograma una vez firmada el acta de inicio del contrato con la firma consultora DINÁMICA CONSULTORÍA para avanzar en los compromisos de la Etapa 1. Objeto de este contrato.	1. Cronograma pactado con la firma dinámica. 2 archivos. 2. Reunión de seguimiento a plan de trabajo.	**https://drive.google.com/drive/folders/1o8q4q7jrVzxlwAsEtAEYo9iyObWBORyP?usp=drive_link**

MEYEPES-024606721731 37-984730-001767694-A

5)Poner a disposición del proyecto de interés público a ejecutar, toda la capacidad técnica, administrativa y operacional necesaria para que cumpla el fin del proyecto.	Para la completa ejecución de las actividades del proyecto se designó al Coordinador de calidad y a la Coordinadora de Planeación como apoyo para la ejecución, adicionalmente la Alta Gerencia de la institución se ha comprometido con el proyecto.	1. Firma de compromiso por la gerencial. 2. Firma de compromiso subgerencias (Asistencial y Administrativa) 3. Firma del compromiso por parte de la Coordinación de Calidad. 4. Firma del compromiso por parte de la Coordinación de Planeación. 5. Firma de compromiso de Supervisores del contrato.	**https://drive.google.com/drive/folders/1tXyZCBOoJj_pbcgEJSelcoZdg0FrCqEZ?usp=drive_link**
6) Designar un supervisor del convenio para verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas en el convenio.	Se designó como supervisores del convenio a la Subdirección Administrativa y financiera y al Enfermero de planta de la institución, con el fin de que el proyecto tuviese el respaldo y apoyo de las dos áreas (Administrativa y Asistencial).	1. Carta de designación como supervisor. 2. Acta de inicio firmada por los supervisores.	**https://drive.google.com/drive/folders/1liO1x0sBntlMQ7dtfMdlVeCzZGHrjsiX?usp=drive_link**

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

7) Reportar en los informes de actividades, la relación de los contratos que deban suscribirse para la ejecución del convenio relacionando plazos, y condiciones de los mismos. Así como los informes financieros final el cual debe incluir: extractos bancarios, consolidación de desembolsos, rendimientos financieros, si los hubiese firmados por la autoridad competente.	Solo fue necesario suscribir un (1) contrato para la ejecución del convenio con la firma mencionada anteriormente DINÁMICA CONSULTORÍA. En el cual se establecen las condiciones para el pago. Adicionalmente, a la fecha de presentación de este informe no ha sido desembolsado ningún dinero por parte de la Gobernación y a su vez no se ha realizado ningún pago a la firma consultora.	1. Contrato suscrito.	**https://drive.google.com/drive/folders/1ZlQ3Z4ceqSH8lTl2jvT8vVYCkiCP_tVg?usp=drive_link**
8) Rendir dos informes sobre la ejecución del convenio (uno al momento del cumplimiento de la obligación 7. y otro al finalizar el convenio) al supervisor designado por la Secretaría Departamental de Salud, acorde al cronograma aprobado.	Se realiza la presentación del segundo informe con la ejecución de las actividades al 100%.	1. Anexo soportes mismos de la obligación dos (2) de este informe. 2. Informe anterior.	**https://drive.google.com/drive/folders/1V-WLTBg56CkXXwwHbWjLXfZTv9KGUyUT?usp=drive_link**

MEYEPES-0246067217313 7-984730-001767694-A

9) Garantizar que posterior a la suscripción de los contratos para la ejecución del convenio se constituyan las pólizas que amparen el cumplimiento del objeto a desarrollar.	A la firma de contrato con la firma consultora DINÁMICA CONSULTORÍA se solicitó póliza de cumplimiento que ampara la ejecución del mismo.	1. Póliza de cumplimiento del contratista.	**https://drive.google.com/drive/folders/1OCqaFLNMFXaEP6z8k76H8iG0imntRHTo?usp=drive_link**
10) Presentar a la Secretaría de Salud Departamental los informes respectivos de la ejecución de los recursos de manera oportuna, y con todos los soportes necesarios.	No hay ejecución de recursos a la fecha puesto que no se ha recibido giro inicial.	1. Certificación de Tesorería.	**https://drive.google.com/drive/folders/1v063BuvOlg4hBQAMKYSOG9cMSJbvtfNE?usp=drive_link**
11) Realizar el aporte al convenio conforme a la propuesta presentada con el fin de dar cumplimiento al proyecto de acuerdo a las contrapartidas estipuladas.	Se cuenta con la disponibilidad presupuestal y dinero en reserva para realizar el Aporte pactado en el proyecto.	1. CDP 2. Certificación de tesorería.	**https://drive.google.com/drive/folders/1fC4GkhBNcZ-hQnSmXWHPlfaJhBJSGC8J?usp=drive_link**

MEYEPES-02460672173137-984730-001767694-A

BEATRIZ ELENA VILLEGAS MONTOYA
GERENTE E.S.E. HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
C.C. 30286269 Manizales

Proyectó: María Soledad Archila Triana
Cargo: Coordinadora Planeación, Docencia Servicio.

MEYEPES-024606721731 37-984730-001767694-A