

		ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: TRANSVERSALES		FORMATO: CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS CALIDAD	
PROCESO: CALIDAD Y GESTION INTEGRAL - PHVA		CODIGO: TRV-CAL-04-CR-001	
ACTIVIDAD: CALIDAD		VERSION: 01	
		FECHA: 10/08/2023	

1. NOMBRE DEL MACROPROCESO:	Estrategico	2. RESPONSABLE DEL MACROPROCESO:	Subgerencia de Servicios de Salud
3. NOMBRE DEL PROCESO	Calidad y Gestion Integral	4. RESPONSABLE DEL PROCESO:	Lider calidad
7. OBJETIVO DEL PROCESO : Aplicar mecanismos para la planificación, implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema Integral de Gestión de la Calidad de la ESE Julio Cesar Peñaloza, y sus sedes mejorando la eficacia, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades de las partes interesadas, alineados con los objetivos de desarrollo sostenible y organizacionales.			
8. ALCANCE DEL PROCESO: El proceso de Calidad aplica a todas las actividades, servicios y operaciones institucionales que puedan generar impactos sobre la calidad en la prestación de los servicios, abarcando la planificación, implementación, seguimiento y mejora de acciones orientadas al cumplimiento de la normatividad, en coordinación con funcionarios, contratistas, proveedores, Líderes Transversales, Entes de Control, EAPB, Usuarios y partes interesadas.			

10. ENTRADAS		11. ACTIVIDADES DE TRANSFORMACIÓN TENER EN CUENTA LAS INTERACCIONES	12. SALIDAS	
10.1. PROVEEDORES O PARTES INTERESADAS	10.2. NORMATIVIDAD RELACIONADA		12.1. DOCUMENTO	12.2. CLIENTES
Internos: Junta Directiva, Gerencia, Proceso Direccionamiento y planeacion estrategica, Proceso de Calidad y Gestion Integral, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Usuarios poner todo los proceso	* Resolucion 3100 de 2.019 "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripcion de los prestadores de servicios de salud y de habilitacion" * Resolucion 5095 de 2018 "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1" * Acuerdo N. 007 de 2025 Por el medio se aprueba un ajuste del plan operativo anual de la vigencia 2025 - plan decenal de salud publica - infraestructura - paquetes instruccionales - norma pamec - sist -talento humano normas mas relevantes	P - Actividades Planear: * Concertar el POA para el proceso de gestión de calidad * Generar Plan de acción para el área de calidad * Plan de gestion gerencial * Realizar autoevaluación y el plan de trabajo para el Sistema Único de Habilitación. * Realizar autoevaluación y el plan de trabajo para el PAMEC. * Diseñar los programas transversales con enfoque en acreditación propios del proceso de calidad (seguridad del paciente, Programa de Humanización, Programa de Prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la atención en Salud. * Formular el plan de auditoría para el mejoramiento de la Calidad. Pamec. * Formular Programa de Humanización y plan de accion * Formular del plan de accion y Programa de Seguridad al paciente * Realizar adopción de paquetes instruccionales para el programa seguridad del paciente segun aplique * Realizar Cronograma de revisión y actualización de documentos institucionales * Realizar adopcion e implementación de guías de practica. * Formular Matriz para reporte de indicadores Resolucion 256, Decreto 2193, Resolucion 1552, 123 - dispuesto en Drive del area de calidad. - identificación de riesgos y oportunidades * Caracterizaciones de procesos	* Documento POA proceso Direccionamiento * Plan de gestion gerencial * Documento plan de accion area de calidad * Planificación de la Gestión y estrategias a realizar con enfoque en el Sistema Único de Acreditación, en las áreas de: habilitación, Acreditación, Pamec e información para la Calidad, planificación de los ejes de acreditación * Manual Gestión de calidad y mejora continua bajo el enfoque del sistema único de acreditación * Programa de Seguridad del Paciente * Programa de Humanización. * Programa de Prevención vigilancia y control de IAAS * Procedimiento de normalización documental * Plan de auditoria institucional y metodología para el desarrollo del PAMEC (acreditación, paciente trazador, auditorias especificas, acciones inmediatas y planes de mejoramiento, PQRS). * Política, lineamientos y modelo de operación Planes de implementación de Guías de Práctica Clínica * Actas con hallazgos o incumplimientos evidenciados en habilitación y formulación del plan de intervención * Plan de mejoramiento formulado por grupo de estándares de Acreditación y plan de intervención. * Protocolos de Londres, con formulación de planes de mejora segun aplique * Adopción de paquetes instruccionales * Actas de comités de obligatorio cumplimiento * Actas de unidades de análisis * listas de verificación de prácticas seguras y verificación de barreras informes, actas, informe. * Base de sucesos de seguridad, bases epidemiológicas, informes de brotes, informes de visitas con hallazgos y oportunidades de mejora. * Documentos actualizados, normalizados .	Internos: Junta Directiva, Gerencia, Proceso Direccionamiento y planeacion estrategica. Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaria Departamental Cundinamarca, Eapb organismos de control.
Externos: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Gobernación de Cundinamarca, Secretaría Salud Departamental, Alcaldia Municipal, Secretaría de Salud Municipal, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Los Entes de Control y Organización Internacional de Estandarización (Normas ISO)	* Resolucion 3100 de 2.019 "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripcion de los prestadores de servicios de salud y de habilitacion" * Resolucion 256 de 2.016 "Por la cual se dictan disposiciones en relacion con el Sistema de informacion para la calidad y se establecen los indicadores para el Monitoreo de la calidad en salud" * Decreto 2193 de 2.004 "Por el cual se reglamentan parcialmente los articulos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003. * Resolucion 1552 de 2.013 " Por medio del cual se reglamenta parcialmente los articulos 123 y 124 del decreto - Ley 019 de 2.012 y se dictan otras disposiciones" * Resolucion 123 Reporte Pamec	* Sistema de informacion para la calidad: Reporte indicadores Resolucion 256, Decreto 2193, Resolucion 1552, 123 - ST0012 -		
Internos: Junta Directiva, Gerencia, Proceso Direccionamiento y planeacion estrategica, Proceso de Calidad y Gestion Integral, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Usuarios poner todo los proceso	* Acuerdo N. 007 de 2025 Por el medio se aprueba un ajuste del plan operativo anual de la vigencia 2025 * Resolucion XXXX por la cual se aprueba el comite de calidad	H - Actividades Hacer: * Ejecutar el plan de accion de calidad * Realizar autoevaluación de habilitación y establecimiento de plan de intervención por estandar (Talento Humano, Infraestructura, Dotacion, Medicamentos y dispositivos medicos, procesos prioritarios, historias clinicas, interdependencia) * Realizar autoevaluación de acreditación y generación de los planes de mejoramiento por grupo de estándares. (Cliente Asistencial, Ambiente fisico, Talento Humano, Tecnologia, Informacion, Direccionamiento, Gerencia, Calidad. * Implementar de forma conjunta con los referentes asistenciales el programa de seguridad del paciente y establecer las acciones inmediatas y los planes de mejora derivados del análisis de sucesos de seguridad, rondas de seguridad y auditorias de paciente trazador. * Implementar los paquetes instruccionales (Detectar analizar y gestionar eventos adversos, Garantizar la funcionalidad de consentimiento informado, Gestionar y desarrollar la adecuada comunicacion entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes , Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio, Detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud, Mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos, Garantizar la atencion segura de la persona y el medio ambiente. Mantener la seguridad en los procedimientos	* Matriz de Autoevaluacion Habilitacion * Matriz de Autoevaluacion de Acreditacion * Actas con hallazgos o incumplimientos evidenciados en habilitación y formulación del plan de intervención * Plan de mejoramiento formulado por grupo de estándares de acreditación. * Matriz seguimiento habilitacion por sede * Matriz seguimiento acciones prioritizadas Acreditacion * Adherencia lineas programa de Humanizacion cliente interno y externo * Protocolos de Londres, con formulación de planes de mejora segun reporte * Socializacion y adherencia de paquetes instruccionales seguridad del paciente * Actas de comités * Actas de unidades de análisis * listas de verificación de prácticas seguras y verificación de barreras	Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaria Departamental Cundinamarca, Eapb organismos de control

Externos: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Gobernación de Cundinamarca, Secretaría Salud Departamental, Alcaldía Municipal, Secretaría de Salud Municipal, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Los Entes de Control y Organización Internacional de Estandarización (Normas ISO)	*Resolución 256 de 2.016 " Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el Monitoreo de la calidad en salud" * Decreto 2193 de 2.004 "Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003. * Resolución 1552 de 2.013 " Por medio del cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del decreto - Ley 019 de 2.012 y se dictan otras disposiciones"	* Reporte Matriz de indicadores. * Rondas de seguridad * Resultados de las Auditorías
Internos: Junta Directiva, Gerencia, Proceso Direccionamiento y planeación estratégica. Proceso de Calidad y Gestión Integral, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Usuarios poner todo los proceso	* Acuerdo N. 007 de 2025 Por el medio se aprueba un ajuste del plan operativo anual de la vigencia 2025 * * Resolución XXXX por la cual se aprueba el comité de calidad	*Actas con hallazgos o incumplimientos evidenciados en habilitación y formulación del plan de intervención * Plan de mejoramiento formulado por grupo de estándares * Planes de mejora * Protocolos de Londres, con formulación de planes de mejora * Actas de comités, actas de unidades de análisis * Listas de verificación de prácticas seguras y verificación de barreras Informes. * Actas, listados de asistencia Base de sucesos de seguridad, bases epidemiológicas * Informes de brotes, informes de visitas con hallazgos y oportunidades de mejora * Documentos actualizados normalizados
Externos: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Gobernación de Cundinamarca, Secretaría Salud Departamental, Alcaldía Municipal, Secretaría de Salud Municipal, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Los Entes de Control y Organización Internacional de Estandarización (Normas ISO)	* Resolución 3100 de 2.019 "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación" * Resolución 256 de 2.016 " Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el Monitoreo de la calidad en salud" * Decreto 2193 de 2.004 "Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003. * Resolución 1552 de 2.013 " Por medio del cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del decreto - Ley 019 de 2.012 y se dictan otras disposiciones" * Resolución 123 Reporte Pamec	* Reporte de matriz de avances en habilitación al Departamento * Reporte avances en acreditación al Departamento * Verificar reporte de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Reactovigilancia,
Internos: Junta Directiva, Gerencia, Proceso Direccionamiento y planeación estratégica. Proceso de Calidad y Gestión Integral, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Usuarios poner todo los proceso	* Acuerdo N. 007 de 2025 Por el medio se aprueba un ajuste del plan operativo anual de la vigencia 2025 * * Resolución XXXX por la cual se aprueba el comité de calidad	* Informes con cumplimiento de acciones programadas en el plan de intervención de habilitación. * Informe de cumplimiento de acciones formuladas en los planes de mejoramiento y cierres de equipo * Reporte de indicadores de seguridad del paciente e IAAS. (El Programa Nacional de Vigilancia y Control de las infecciones intrahospitalarias e Infecciones. Asociadas a la Atención en Salud) * Presentación de gestión en los comités de Seguridad del paciente e IAAS. (El Programa Nacional de Vigilancia y Control de las infecciones intrahospitalarias e Infecciones. Asociadas a la Atención en Salud) Boletines informativos de resultados de los programas propios de la oficina y lecciones aprendidas. Informe de cumplimiento de los planes de mejora y cierres de ciclo si aplica Informe anual del estado de vigencia de los documentos institucionales
Externos: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Gobernación de Cundinamarca, Secretaría Salud Departamental, Alcaldía Municipal, Secretaría de Salud Municipal, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Los Entes de Control y Organización Internacional de Estandarización (Normas ISO)	* Resolución 3100 de 2.019 "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación" * Resolución 256 de 2.016 " Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el Monitoreo de la calidad en salud" * Decreto 2193 de 2.004 "Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003. * Resolución 1552 de 2.013 " Por medio del cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del decreto - Ley 019 de 2.012 y se dictan otras disposiciones" * Resolución 123 Reporte Pamec	* Reportes plan de Habilitación * Reporte plan de acreditación * Reporte indicadores * Socialización aprendizaje organizacional - brechas de calidad u cierre de ciclos

V

A

la gestante y el recién nacido, mejorara la segunda en los procedimientos quirúrgicos (odontología) , Procesos para la prevención y reducción frecuencia de caídas, Prevención de la Malnutrición o desnutrición, prevenir el cansancio en salud). *Implementar el programa de humanización y sus líneas. *Implementar de forma conjunta el programa de prevención, vigilancia y control de IAAS * Realizar reporte por EAPB, Ministerio, Secretaría de Salud Departamental, de indicadores. * Seguimiento de riesgos y oportunidades de mejora
V - Actividades Verificación: *Seguimiento al Plan de intervención de habilitación *Seguimiento trimestral Plan de mejoramiento de acreditación por grupo de estándares. *Resultados del programa de seguridad del paciente y planes de mejora SALIDA * Acciones de mejora inmediatas derivadas del análisis de los reportes ACTUAR *Rondas de seguridad y auditorías de paciente trazador. * Seguimiento del programa de Humanización. *Seguimiento a los Planes de mejora resultado de auditorías internas o externas realizadas *Seguimiento y control a la actualización de documentos de acuerdo a la versión y vigencia. *Atender las auditorías internas y externas, brindando asesoría y seguimiento a los planes de mejora. *Realizar seguimiento al Informe mensual percepción satisfacción del usuario en la prestación de los servicios por sede. * Seguimiento de riesgos y oportunidades de mejora.
A - Actividades Actuar: * Realizar seguimiento a la ejecución de actividades por cada estándar de Habilitación, acreditación, indicadores. *Socializar y desplegar los resultados de los seguimientos para ajustes y toma de decisiones. * Presentación de informes del comportamiento de planes de mejoramiento. * Indicadores e informes de cumplimiento de la planeación por cada línea en los espacios definidos para tal fin y redefinición de acciones y planes de trabajo o de mejoramiento si se requiere.

Informes, actas, listados de asistencia *Base de sucesos de seguridad. * Planes de Mejora no conformidad en la satisfacción *Análisis indicadores mediante matriz Moca * Planes de contingencia cuando se presente una desviación.	* Informes de cumplimiento de acciones programadas en el plan de intervención de habilitación todos los estándares. *Informe de cumplimiento de acciones formuladas en los planes de Acreditación todos los estándares. *Reporte de indicadores de seguridad del paciente e IAAS. (El Programa Nacional de Vigilancia y Control de las infecciones intrahospitalarias e Infecciones. Asociadas a la Atención en Salud) *Presentación de gestión en los comités de Seguridad del paciente e IAAS. (El Programa Nacional de Vigilancia y Control de las infecciones intrahospitalarias e Infecciones. Asociadas a la Atención en Salud) *Boletines informativos de resultados de los programas propios de la oficina y lecciones aprendidas *Informe de cumplimiento de los planes de mejora y cierres de ciclo si aplica * Informe anual del estado de vigencia de los documentos institucionales *Generación de informes y requerimientos solicitados con resultados del monitoreo	Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaría Departamental Cundinamarca, Eapb, organismos de control
Informes y presentación con resultados según plan de acción por líder transversal en donde se evidencie grado de cultura organizacional; reformulación de planes de trabajo y de mejoramiento si aplica		Internos: Junta Directiva, Gerencia, Todos los procesos institucionales misionales como de apoyo y evaluación. Externos: Ministerio de Salud, Secretaría Departamental Cundinamarca, Eapb, organismos de control

13. RECURSOS	
HUMANOS	Personal idóneo que oriente la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad a la alta gerencia, líderes transversales
TECNOLOGICOS	Equipos de Computo
FISICOS	Salon de Reuniones
FINANCIEROS	Presupuesto destinado para la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

14. MEDICIÓN Y/O SEGUIMIENTO					
14,1 TIPO INDICADOR	14,2 NOMBRE DEL INDICADOR	14,3 FORMULA OPERACIONAL DEL INDICADOR	14,4 FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN	14,5 UNIDAD DE MEDIDA	14,6 METAS DEL INDICADOR
Estratégico	sedes certificadas	(# sedes certificadas/# sedes pertenecientes a la ESE)*100	Mensual	NUMERO	
Eficiencia	% de cumplimiento del PAMEC	Mantener por encima del 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Mensual	PORCENTAJE	
Efectividad	Promedio calificación autoevaluación	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia / promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	Mensual	NUMERO	

15. RIESGOS			
15,1. DESCRIPCIÓN DEL RIESGO			
Clasificación del Riesgo	Ejecución y administración de procesos	Usuarios, productos y prácticas	
	Fallas tecnológicas	Fraude interno	

16. IMPACTOS AMBIENTALES		
16, 1. DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL	Contaminación del recurso agua	Afectación a la salud humana
	Contaminación auditiva	Afectación a la salud humana
	Generación de conciencia ambiental	Fomento de buenas prácticas ambientales

18. INTERRELACIÓN DE PROCESOS
PROCESOS ESTRATÉGICOS: Direccionamiento estratégico, Planeación y Mercadeo, SIAU
PROCESOS MISIONALES: Consulta externa, promoción y prevención,

	Relaciones laborales	Usuarios, productos y prácticas	
Identificación de Impacto	Reputacional	Economico o presupuestal	
Factor de Riesgo	Procesos	Infraestructura	
	Talento Humano	Procesos	
	Tecnología		

			apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, PIC, TAB
17. RIESGOS LABORALES			PROCESOS APOYO: Gestión Jurídica Gestión del Talento Humano Gestión de Recursos Físicos Gestión de Recursos Financieros Gestión de Tecnología, Información y Comunicaciones
17.1 IDENTIFICACION DE PELIGROS Y RIESGOS LABORALES	Psicosocial	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
	Biomecánicos	Postura (prologada mantenida, forzada, antigravitacionales)	
	Condiciones de seguridad	Públicos (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.)	PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL: Sistema de Control Interno

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSION ANTERIOR	FECHA DE ACTUALIZACION	DESCRIPCION DEL CAMBIO	
Primera	8/7/2021	Creación documento	
Segunda	11/2/2022	Modificación: Actualización matriz de riesgos ocupacionales de cargos/actividades 2022. e imagen de perfiles de riesgos laborales en el instructivo. Descripción Recursos y Medición y Seguimiento en el instructivo. Ajuste en la imagen de factores de riesgos en el instructivo.	
Tercera	9/4/2025	Actualización de version y codificación - actualización del contenido	
ELABORADO POR: LIDER DE GESTION DOCUMENTAL - LIDER DE CALIDAD		REVISADO POR: LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: GERENTE

Estrategia	Gerencia	Dirección	Lider de Oficina Asesora de	Acompañam	Apoyo a	Elección y	Economico	Procesos	Eficiencia	
Misional	Subgerencia	Planeación	Lider Mercado	Disminución	Apoyo a la	Fraude	Reputacion	Talento	Eficiacia	
Apoyo	Subgerencia	SIAU	Lider SIAU	Realitización	Apoyo a la	Fraude		Tecnología	Efectividad	
Evaluac.	Planeación	Consult	Profesional Especializado Area de Salud	Contaminam	Apoyo a la	Fallas		Infraestruct	Operativ	
Gestión	Promoc	Planific	Profesional Especializado Área de la	Contaminam	Apoyo a	Relaciones		Táctico	Rickettsias	
transverser	Transverser	Apoyo	Profesional Especializado Apoyo	Descontami	Apoyo a	Usuarios.		Estratégico	Parásitos	
		Apoyo	Referente TIC	Contaminam	Apoyo a	Dafnos a			Picaduras	
		Plan de	Lider Epidemiologia Vacunación y	Contaminam	Apoyo a				Mordeduras	
		Referen	Profesional del Área de Contratación	Afección	Apoyo al				Fluidos o excrementos	
		Gestión	Subgerente Administrativo v	Aumento de	Apoyo al					
		Gestión	Lider Tecnología y Sistemas - Lider	Disminución	Apoyo al					
		Gestión	Lider calidad	Contaminam	Apoyo al					
		Gestión	Lider Ambiental	Disminución	Apoyo al					

Gestión	Calidad y Gestion Integral	Asotamiento	Abovo al
Calidad	Transversal	Perdida de	Abovo al
Sistem		Aumento de	Abovo PAI
Gestion		Mileación	Abovo
		Contaminac	Abovo
		Alteración	Asesor
		Contaminac	Asesor
			Asesor
			Auxiliar
			Auxiliar de
			Auxiliar de
			Auxiliar de
			Auxiliar De
			Auxiliar de
			Auxiliar de
			Auxiliar de
			Auxiliar de
			Bacteriólog
			Conductor
			Contador
			Coordinado
			Dilatación
			Dilatador
			Educador
			Enfermera
			Enfermería
			Facturador
			Fisioterapia
			Fisioterapia
			Fonoaudiol
			Gerente
			Guarda de
			Higienista
			Higienista
			Ingeniero
			Jefe Oficina
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider de
			Lider SIAU
			Medico
			Nutricionist
			Odontólogo
			Odontólogo
			Profesional
			Psicología
			Psicología
			Referente
			Referente
			Referente
			Revisor
			Subgerente
			Subgerente
			Técnico
			Técnico en
			Técnicos en
			Tecnología
			Gestion de
			Lider

