MEMORANDO CI2022-001579

Bogotá D.C., febrero 09 de 2022.

PARA: **Dr. Andres Alberto Ávila Avila**
Presidencia SAE.

DE: **Dra. María del Pilar Mayor Varela.**
Jefe Oficina de Control Interno.

ASUNTO: **Informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno II-2021.**

Estimado Doctor Ávila,

De acuerdo con la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, en su artículo 9, inciso 3, modificado por el Decreto 2106 de 2019 y los lineamientos expedidos por la Función Pública a través de la circular externa No. 100-006 de 2019, decreto 403 de 2021 y al Plan Anual de Auditoría vigencia 2021 aprobado por Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en diciembre de 2020, la Oficina de Control Interno realizó la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

Teniendo en cuenta lo anterior, se remite el informe ejecutivo de la Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del II semestre del 2021, para su conocimiento y fines pertinentes.

De acuerdo a la nueva estructura implementada por la Función Pública, se anexa el archivo formato Excel "Análisis de resultados- evaluación SCI", en el cual se encuentra un espacio desde la columna "N" a la "S", para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento que se encuentran catalogados en color amarillo y verde, se debe realizar el Plan de mejoramiento por parte de los dueños de proceso, teniendo en cuenta la pregunta indicativa la cual se encuentra en la columna "F" y la recomendación por parte de la OCI la cual se encuentra en la columna "M".

Conforme al resultado obtenido en el segundo semestre de 2021, en el procedimiento del macroproceso de evaluación y control de la arquitectura de la entidad P-EC2-109- *Para la elaboración y seguimiento de planes de mejoramiento*, se encuentran establecidos los pasos para que las áreas realicen su plan de mejoramiento en el formato establecido por la Función Pública, el cual se debe remitir a la Oficina de Control Interno dentro de los diez (10) hábiles siguientes a la recepción del presente documento.

Cordialmente,

María del Pilar Mayor Varela.
Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: Análisis de resultados y seguimiento de plan de mejoramiento II semestre 2021.
Copia: Dr. Jaime Leon Gomez S- jefe de la Oficina Asesora de Planeación.
APROBÓ: Maria del Pilar Mayor V.
ELABORÓ: Carolina Palacios Niño

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SEMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA SAE.

II SEMESTRE DEL 2021.

Bogotá D.C diciembre 2021.

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO (Norma desempeño 2210). 4
2. ALCANCE (Norma desempeño 2220). 4
3. METODOLOGIA (Norma desempeño 2310). 4
4. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (Norma desempeño 2300). 6
5. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO. 9
6. CONCLUSIONES (Atributo desempeño 2400). 10

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE SEMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA SAE.

1. OBJETIVO (Norma desempeño 2210).

Teniendo en cuenta el Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015", se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la 7a dimensión del mismo. Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

2. ALCANCE (Norma desempeño 2220).

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 y Decreto 403 del 2020, la función pública estableció un formato el cual busca que las entidades cuenten con una herramienta para evaluar sus Sistemas de Control Interno de manera integral y permitirle al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces llevar a cabo el informe de evaluación independiente sobre el mismo para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad.

El presente informe es del periodo del 1 julio al 31 de diciembre de 2021.

3. METODOLOGIA (Norma desempeño 2310).

Para el desarrollo del informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, se realizó una evaluación independiente, teniendo en cuenta los cinco (5) roles que ejerce la Oficina de Control Interno, posteriormente se realizó mesas de trabajo con la oficina de planeación y la Gerencia de talento humano en la cual se profundizo en algunos temas. Teniendo en cuenta los anterior se solicitaron evidencias de lo informado a los dueños de los procesos.
Los resultados del presente informe fueron producto de la información suministrada por las diferentes áreas en virtud del artículo No.2.2.21.4.8 Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna, literal b)carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a la oficina de control interno, análisis de los documentos que se encuentran publicados en la intranet y pagina WEB en cumplimiento de la Ley 1712 de 2011 y producto del análisis de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de la SAE (políticas y dimensiones), y las funciones y responsabilidades que deben cumplir mediante el Modelo de las tres líneas de defensa establecidas en la entidad teniendo en cuenta lo anterior, se realizó una verificación de la normativa vigente y la ejecución que se está realizando actualmente en la organización.

De acuerdo con la estructura del formato se tienen en cuenta los cinco (5) componentes del MECI (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, monitoreo), teniendo en cuenta lo siguiente:

La calificación se divide en dos variables (presente y funcionando), las cuales se deben calificar de acuerdo con las siguientes categorías teniendo en cuenta su cumplimiento.

- ***Evaluación "si se encuentra Presente"***

Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuente de su aplicación

Indicar el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta.

De acuerdo con lo identificado como resultado de la evaluación del requerimiento, seleccione de la lista desplegable 1, 2 o 3 de acuerdo con las siguientes definiciones:

1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas
3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.

Nota: Entiéndase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo), Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).

- ***Evaluación "si se encuentra Funcionando"***

Seleccionar 1, 2 o 3 de acuerdo con los siguientes criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno así:

1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)
2 - El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias

3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las lineas de defensa.
Oportunidad de Mejora	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecucion.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando);1 (presente) y 2 (funcionando); 1(presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

Fuente: Instructivo Función Publica

4. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (Norma desempeño 2300).

El informe ejecutivo del estado del sistema de control interno del II semestre de 2021, el cual contiene los resultados de la evaluación, y se encuentra publicado el día 31 de enero de 2022 en la Página web de la Entidad, en el siguiente link. *Informe de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno - Segundo Semestre 2021*

Teniendo en cuenta la estructura del formato del informe Evaluación independiente del Sistema de Control Interno los que se encuentran catalogados en color amarillo y Verde deben realizar Plan de mejoramiento. Se anexa el archivo “análisis de resultados – evaluación SCI”.

Los resultados de la evaluación independiente del estado del sistema de control interno son:

Componente	Segundo Semestre 2021
Ambiente de control	83%
Evaluación de riesgos	85%
Actividades de control	79%
Información y comunicación	86%
Monitoreo	96%

Fuente: Resultados del Informe Semestral De Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno II-2021.

4.1 Fortalezas:

1. La Entidad cuenta con Código Ética y buen gobierno, sin embargo, se encuentra adelantando el código de Integridad, a la fecha del seguimiento lleva un avance del documento del 90%.
2. Se realizo actualización del Reglamento de trabajo el 27 de marzo de 2020, mediante resolución 457 de 2020 y en el segundo semestre se actualizo de acuerdo con lo descrito en la resolución emitida por el ministerio de trabajo.
3. Se presento a la alta dirección (1, y 2 línea de defensa), los resultados del plan de acción en función de los objetivos estratégicos, los resultados con bajo desempeño, las acciones a realizar para mejorar el desempeño y los cambios a realizar en cuanto a la formulación del plan de acción.
4. Se documentó instructivo para la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral.
5. Se cuentan con 14 comités decisorios y de asesoramiento, los cuales permiten evaluar las decisiones a tomar.
6. La Oficina Asesora de planeación como segunda línea de defensa solicito información de las actividades de monitoreo de riesgos y consolido los resultados para el primer, segundo, tercero y cuarto trimestre de 2021, cuyos resultados fueron presentados en comité directivo.
7. se implementó al interior de la entidad que todos los colaboradores deben contar con el curso virtual, integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.
8. A la fecha se encuentran en curso un plan de mejoramiento de las oportunidades de mejora presentadas en los informes de Auditoría interna y externa.
9. La Gerencia de Talento Humano se encuentra desarrollando un manual de funciones, la Gerencia de Talento Humano desde el mes de noviembre del 2021.
10. La entidad ha desarrollado mejoras continuas para la administración de riesgos y controles, los cuales cuentan con políticas y procedimientos, así mismo permiten el análisis y generan informacion relevante para la toma de decisiones.
11. Para el primero, segundo, tercero y cuarto trimestre de 2021, cuyos resultados de riesgos fueron presentados en comité directivo y se encuentran publicados en la página WEB de la entidad.
12. La oficina de Asesora de planeación presentó el resultado del seguimiento a la materialización de riesgos del primer, segundo, tercero y cuarto trimestre de 2021 en sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
13. La Entidad realizó actualización a los mapas de riesgos operativos y de seguridad digital con respecto a mejoras de controles, responsables, tiempos e indicadores en la vigencia 2021.
14. La entidad documento y presento a la secretaria de trasparencia y a la ONU los riesgos de corrupción para todos los procesos en el marco de las mesas de trabajo del Sistema de Valor del Narcotráfico (Insumo para Matriz de Riesgos V2)
15. La OAP realizo sesiones con los lideres de proceso o delegados expertos con el fin de realizar la identificación y valoración de Riesgos, incluidas entrevistas para la identificación y diseños de controles de acuerdo con la nueva Metodología de Función Pública.
16. La Entidad se certificó en cuanto al cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001-2015 el 27 de marzo de 2018 y se recertifico de acuerdo con la reunión de cierre realizada el día 25 de junio de 2021 y fueron presentados al comité directivo.

17. Se actualizo el Manual Política de seguridad M-TE4-038 y Privacidad de la Información y fue presentada al comité de auditoría de junta directiva.
18. Teniendo en cuenta la auditoría interna publicación de bienes inmuebles en la página web de SAE y medios contratados para promoción de arrendamiento, se identificaron debilidades que en la actualidad se encuentra a través de plan de mejoramiento.
19. La entidad cuenta con canales de comunicación tanto internos como externos, los cuales se encuentran documentados en la arquitectura de la organización.
20. La entidad cuenta con canales de atención al ciudadano los cuales permiten conocer las necesidades de los clientes.
21. La entidad cuenta con un link en la página web que permite a los ciudadanos calificar la atención y respuesta en relación a los requerimientos efectuados.
22. La entidad realiza un seguimiento trimestral de las PQRS, el cual se encuentra publicado en la página web.
23. Se encuentra en implementación de ArcGis aplicativo para la georeferenciación de inmuebles.
24. La oficina de control interno realiza la aprobación del PAAI por cada vigencia a través del comité institucional de coordinación de control interno y comité de auditoría de junta directiva. Para la vigencia 2021 se aprobaron 5 versiones del PAAI.
25. Como tercera línea de defensa la oficina de control interno presenta los resultados de las auditorias y seguimientos ejecutados al líder del proceso y a la alta dirección.
26. En el comité institucional de coordinación de control interno, se presentó los avances y resultados de evaluaciones y seguimiento del PAAI a corte 03/11/2021 y los riesgos de mayor impacto.
27. Al comité de auditoría de junta directiva y al comité institucional de coordinación de control interno de se le presentó:
    -Resultados del PAAI de la Vigencia 2020,
    -Avance PAAI a corte 03/11/2021 con un avance del 93%
28. Se realizo seguimiento al plan de mejoramiento (CGR) e interno, el cual fue presentado a la alta dirección a través del comité institucional de coordinación de control interno para su aprobación a corte 30 de junio de 2021 y 31 de diciembre del 2021.
29. Se presento los informes de plan anticorrupción y atención al ciudadano, Mapa de riesgos de corrupción el cual se encuentra publicado en la página web.
30. Todos los informes emitidos por la OCI son publicados en la página Web de la Entidad.

4.2 Debilidades:

1. A la fecha se encuentran en plan de mejoramiento las oportunidades de mejora relacionadas con las desactualizaciones en las políticas, orientadores estratégicos, procesos y procedimientos de la oficina de gestión de la información.
2. De acuerdo con la auditoría interna de gestión de riesgo y plan de acción se evidenciaron falencias. Ala fecha se cuenta con un plan de mejoramiento vigente.

3. Teniendo en cuenta la auditoría interna publicación de bienes inmuebles en la página web de SAE y medios contratados para promoción de arrendamiento, se identificaron debilidades que en la actualidad se encuentra a través de plan de mejoramiento.
4. De acuerdo con la evaluación al control interno realizado por la CGR en el primer semestre de 2021, la calificación del control interno institucional por componentes respecto del proceso de administración, control y seguimiento de sociedades y establecimientos de comercio, activas, en liquidación y de papel, se ubica en un Rango de Ineficiente.
5. De acuerdo con los resultados de la auditoria de gestión - OGI realizada por la oficina de control interno, la entidad se encuentra en proceso de fortalecer sus políticas, orientadores, procesos y procedimientos, los cuales cuenta con plan de mejoramiento con vigencia de finalización 2021.
6. Mediante seguimiento que realiza la OCI cuatrimestral de la vigencia 2021 de riesgos de corrupción se evidencio que la entidad realizó la actualización con respecto a lo observado por la oficina de control interno frente a la descripción de los controles y actividades de tratamiento, no obstante, la valoración aplicada para riesgos y controles no corresponde con lo aplicable a la Guía para la Administración de Riesgos y Diseño de Controles del DAFP versión No. 4, la cual establece los lineamientos específicos para este tipo de riesgos y que se mantienen en la versión No.5 de la Guía mencionada.
7. La aplicativa sigma se encuentra en fase de diseño y cuenta con módulos que se encuentran en producción no están documentados.
8. La OCI realizo en 2021 auditoría interna al sistema de gestión de continuidad del negocio, a la OGI donde se identificaron falencias, en la actualidad está pendiente el plan de mejoramiento.
9. Se continúan cerrando peticiones dentro del módulo de PQR sin una respuesta de fondo para el peticionario, conllevando a una posible materialización del riesgo identificado en el seguimiento “Respuesta no es clara y completa ante la solicitud inicial generando reprocesos en la organización o inconformidad en el peticionario generando posibles acciones legales”
10. A la fecha del seguimiento se observa que la entidad aún se encuentra desarrollando y mejorando herramientas para mejorar los tiempos de respuesta a los requerimientos ciudadanos. Sin embargo, aún se encuentra un porcentaje amplio de los requerimientos con respuesta extemporánea o sin respuesta que conllevan a la materialización del riesgo “Se podrían presentar retrasos en las respuestas a las necesidades de los requerimientos de los usuarios”. Las áreas no han interiorizado del todo el manejo del módulo de PQR, ya que no se da un cierre oportuno de las peticiones en el sistema, aun cuando ya se haya elaborado y remitido la respuesta al peticionario; conllevando a que se presenten solicitudes en estado diferente al real.
11. Los resultados de las encuestas de satisfacción no cuentan con algún tipo de análisis para poder determinar e implementar mejoras en la atención, tampoco se conoce si fueron presentados a la Alta Dirección para la toma de decisiones.

5. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO.

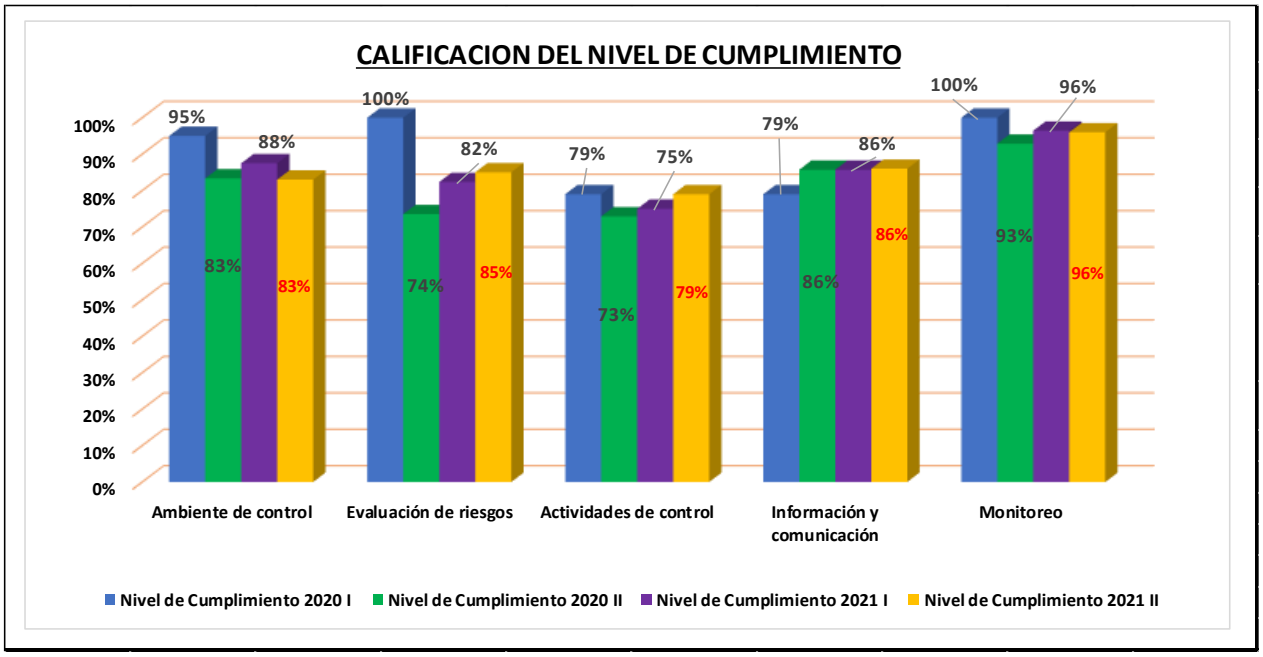
La Oficina de Control Interno realizo seguimiento al plan de mejoramiento interno de las actividades a mejorar de la vigencia 2020, se revisaron 74 actividades propuestas de las cuales a la fecha se cerraron 16 actividades que corresponde a un 22% y las 58 actividades restantes que representan 55%. se encuentran vigentes a corte del 06 diciembre 2022.

En el seguimiento se evidencio que la mayoría de las actividades las áreas solicitaron ampliación de fecha de terminación, para la vigencia 2022

6. CONCLUSIONES (Atributo desempeño 2400).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación independiente del Sistema de Control Interno del segundo semestre de 2021 que realiza la oficina de Control Interno, a los cinco (5) componentes evaluados y que no alcanzaron calificación del 100%, requieren acciones para diseñar, documentar y socializar manuales, políticas de operación, procedimientos o instructivos faltantes y posteriormente presentarlos al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y sus diferentes comités decisorios.

A continuación, se presenta un comparativo de las calificaciones obtenidas



Fuente: Informe Independiente del Sistema de Control Interno II semestre 2021.

Teniendo en cuenta a los resultados obtenidos, se puede observar que la entidad tiene una Arquitectura empresarial, la cual cuenta con macroprocesos políticas, orientadores estratégicos, procesos y procedimientos, que permiten evaluar el ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de monitoreo, información y comunicación, a través de las 3 líneas de defensa, el resultado en promedio es del **86%** motiva al Gobierno corporativo y equipo de trabajo a continuar trabajando mancomunadamente para lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

La operatividad de las líneas de defensa en la SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES SAE SAS se está realizando de la siguiente manera:

Línea estratégica: A cargo de la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Auditoría de Junta Directiva se analizan los riesgos y amenazas, tiene la responsabilidad de definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad

Primera línea de defensa: A cargo de los Líderes de proceso quienes son propietarios de los riesgos y los gestionan. También son responsables de la implementación de acciones correctivas y de mejora para hacer frente a deficiencias de proceso y control. Son responsables de mantener un control interno efectivo y de ejecutar procedimientos de control sobre los riesgos de manera constante en el día a día. Identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos, guiando el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos que aseguren que las actividades efectuadas son consistentes con el objetivo del proceso.

Segunda línea de defensa: Se encuentra a cargo de la Oficina Asesora de Planeación, por intermedio del Sistema de Gestión de calidad designó varios funcionarios de su área a quien asigna el proceso y se encargará de a) apoyar y acompañar las actividades definidas en el ciclo PHVA del proceso, así como en el monitoreo y reporte de seguimientos solicitados por el SGC; b) apoyar la implementación de mejores prácticas y normatividad aplicable necesarias para el funcionamiento del proceso; y e) brindar entrenamiento en materia del uso y generalidades del SGI y del proceso, también se encuentran las áreas y comités

Tercera Línea de defensa: A cargo de la Oficina de Control Interno tanto para SAE como FRISCO y proyectos especiales quienes realizan la función de auditoría interna a través de un enfoque basado en riesgos, proporcionado aseguramiento objetivo e independiente sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la Alta Dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa. La SAE cuenta con diferentes comités decisorias y de asesoramiento, en los cuales están desagregadas las funciones con el fin de cumplir con los objetivos y metas de la entidad. Además, se evidencia el conocimiento de las responsabilidades en lo relacionado al sistema de control interno de acuerdo con lo establecido en las líneas de defensa.

La oficina de control interno en sus presentaciones en el comité institucional de coordinación de control interno y Comité de Auditoría Interna fortalece ante los miembros del comité los responsables y responsabilidades de cada una de las tres líneas de defensa buscando la mejora continua del sistema de control interno.

La gran mayoría de los objetivos evaluados son efectivos porque aportan seguridad razonable acerca de que las políticas, procesos, procedimientos, se encuentran funcionando y contribuyen a garantizar la calidad de la información, sin embargo, se requiere una mejora continua y desarrollar planes de acción para fortalecer el sistema de Control Interno de la Sociedad de Activos Especiales.

Teniendo en cuenta la nueva estructura implementada por la Función Pública, se anexa el archivo formato Excel “Análisis de resultados- evaluación SCI”, en el cual se encuentra un espacio desde la columna “N” a la “S”, para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento que se encuentran catalogados en color amarillo y verde.

Conforme al resultado obtenido en el segundo semestre de 2021, en el procedimiento del macroproceso de evaluación y control de la arquitectura de la entidad P-EC2-109- *Para la elaboración y seguimiento de planes de mejoramiento*, se encuentran establecidos los pasos para que las áreas realicen su plan de mejoramiento en el formato establecido por la Función Pública, el cual se debe remitir a la Oficina de Control Interno dentro de los diez (10) hábiles siguientes a la recepción del presente documento.

Cordialmente,

María del Pilar Mayor Varela.
Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: Análisis de resultados y seguimiento de plan de mejoramiento II semestre 2021.
Copia: Dr. Jaime Leon Gomez S- jefe de la Oficina Asesora de Planeación.
APROBÓ: Maria del Pilar Mayor V.
ELABORÓ: Carolina Palacios Niño