

### 1. OBJETO:

Establecer las actividades para la formulación, autoevaluación y seguimiento a los Planes de Mejoramiento, producto de las auditorías, entre otras instancias para la toma de acciones de corrección, correctivas y de mejora.

### 2. ALCANCE:

Inicia con la identificación y la descripción de la situación a resolver y su origen, y finaliza con las actividades de seguimiento y cierre de las acciones y la elaboración del informe de seguimiento a los planes de mejoramiento. Aplica para todas las dependencias de la UAESP.

### 3. DEFINICIONES:

**Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la(s) causa(s) de una No conformidad generada en una auditoría a un Sistema de Gestión de Calidad u observación identificada en una auditoría interna efectuada por la Oficina de Control Interno y evitar que vuelva(n) a ocurrir.

**Nota 1.** Puede haber más de una causa para una No conformidad u observación.

**Nota 2.** La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse.

**Acción de Mejora:** Se incluyen las actividades a emprender con el fin de optimizar los recursos o aumentar la capacidad operativa o técnica del proceso.

**Acción Efectiva:** Acción que está relacionada con la capacidad de la acción para subsanar o eliminar de fondo la causa, motivo o factor que originó el hallazgo, No conformidad u observación de auditoría.

**Acción Eficaz:** Acción que, mediante evidencia objetiva, demuestra que se realizaron las actividades planificadas y se alcanzaron los resultados planificados.

**Auditoría Interna:** una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y acompañamiento, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. Ayuda a las organizaciones a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

**Autoevaluación:** Es la evaluación que hacen los responsables de los procesos a su propio plan de mejoramiento, con el fin de verificar el cumplimiento de las acciones propuestas y la eficacia de estas.

**Causa:** Situación que explica las razones por las cuales se constituye un hallazgo, ya sea una observación o una No conformidad u oportunidad de mejora.

**Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

**Corrección:** Acción tomada de manera inmediata para eliminar una No conformidad detectada.

**Nota 1.** Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

**Nota 2.** Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.

**Hallazgo de auditoría Contraloría:** hecho relevante que se constituye en un resultado determinante en la evaluación de un asunto en particular, al comparar la condición [situación detectada - Ser] con el criterio [deber ser - Norma]. Igualmente, es una situación determinada al aplicar pruebas de auditoría que se complementará estableciendo sus causas [o razones por las cuales se da la condición, es decir, el motivo por el que no se cumple con el criterio] y efectos [resultados adversos, reales o potenciales, que resultan de la condición encontrada]. Es presentado únicamente por la Contraloría de Bogotá y la Contraloría General de la República.

**Informe de Auditoría:** Documento mediante el cual se presenta el resultado de la Auditoría, dirigido a la alta dirección y al responsable del proceso auditado.

**No Conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito.

**Observación:** Es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso. Las observaciones son efectuadas únicamente por la Oficina de Control Interno.

**Oportunidad de Mejora:** Es el resultado del seguimiento o auditoría en donde se evidencia el cumplimiento de un requisito, pero que es susceptible de una mejora en el desempeño. Cuando se evidencia una oportunidad de mejora, el proceso puede generar una acción correctiva, una acción de mejora, establecer controles en su mapa de riesgos o no realizar ninguna acción.

**Plan de Mejoramiento:** Plan de acción en el que se identifica(n) de forma precisa la(s) acción(es) a implementar al interior de la Entidad para corregir un hallazgo, No conformidad u observación o para implementar una recomendación.

**Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.

**Nota 1.** Los registros pueden utilizarse, por ejemplo, para documentar la trazabilidad y para proporcionar evidencia de verificaciones, correcciones, acciones de mejora y acciones correctivas.

**Responsable:** Encargado de adelantar las acciones o actividades propuestas o planeadas en el Plan de Mejoramiento o de Manejo de Riesgos.

**Responsable de Proceso:** Encargado de garantizar el cumplimiento de los procedimientos y actividades del proceso a su cargo. Su designación está definida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión.

**Seguimiento:** Actividad que realiza la Oficina de Control Interno para monitorear el cumplimiento de las acciones definidas en el Plan de Mejoramiento y recomendar ajustes o sugerir mejoras al proceso de autoevaluación de los responsables de proceso.

**Trazabilidad:** Capacidad para rastrear todo aquello que está bajo consideración.

**Verificación:** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados o la eficacia de las acciones implementadas.

**4. NORMATIVA:**

NUMERO	DESCRIPCIÓN
Ley Nacional 87 de 1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.
Decreto Nacional 1083 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
Decreto Nacional 648 de 2017	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública
Decreto Nacional 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.
Resolución Reglamentaria 036 del 2019 Contraloría de Bogotá	Por la cual se reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control fiscal a la Contraloría de Bogotá, D.C., se adopta el procedimiento interno y se dictan otras disposiciones
NTC ISO 9001, 9000, 27000, entre otras	Normas de calidad que utilice o implemente la entidad

**5. LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN:**

**LINEAMIENTOS GENERALES:**

5.1. Los planes de mejoramiento pueden tener fuentes internas o externas de seguimientos o auditorías que generan diferentes resultados. En la siguiente tabla se presenta las fuentes y los resultados posibles:

Instancia que realiza el seguimiento	Resultados de Seguimiento				
	Hallazgo de auditoría	Observación	Recomendación	No Conformidad	Oportunidad de Mejora
Contraloría de Bogotá – Contraloría General República	X				
Otras Instancias de Control			X		
Oficina de Control Interno - Auditorías de Aseguramiento		X	X		

Resultados de Seguimiento	Hallazgo de auditoría	Observación	Recomendación	No Conformidad	Oportunidad de Mejora
Oficina de Control Interno – Informes de ley		X <sup>1</sup>	X		
Oficina de Control Interno o Entes Externos de certificación - Auditorías al SGC				X	X
Responsable de proceso (Autocontrol)					X

**5.2.** La evaluación al seguimiento o cumplimiento de los planes de mejoramiento de las Contralorías, Veeduría y Plan de Mejoramiento Interno es responsabilidad de los auditores asignados por el (la) Jefe de la Oficina de Control Interno y se realiza teniendo en cuenta lo programado en el Plan Anual de Auditoría de la respectiva vigencia.

**5.3.** El auditor(a) de la Oficina de Control Interno socializa los resultados de evaluación al seguimiento o cumplimiento de los Planes de Mejoramiento de los Entes de Control Externos y el Plan de mejoramiento Interno (PMI) a todas las áreas objeto de seguimiento con la publicación del archivo o reporte en la página WB de la Entidad.

**5.4.** La persona asignada por el (la) Jefe de la Oficina de Control Interno remite el Plan de mejoramiento con la evaluación al seguimiento o modificaciones de los Planes de Mejoramiento de los Entes de Control Externos y PMI a la Oficina Asesora de Comunicaciones para su correspondiente actualización en el Botón de Transparencia de la página Web de la entidad una vez actualizado el plan correspondiente.

**5.5.** Cada responsable de área, proyecto o proceso asume la responsabilidad de efectuar el análisis de causas, usando herramientas como lluvia de ideas, diagrama de Pareto, diagrama causa- efecto, histograma, 5 por qué, entre otros. **Nota:** Por su naturaleza, las correcciones tomadas frente a un hallazgo, No conformidad u observación no requieren análisis de causas.

**5.6.** El auditor(a) de la Oficina de Control Interno asignado por el (la) Jefe de Control Interno es el encargado (a) de revisar la formulación del plan de mejoramiento remitido por parte de los responsables de las áreas, proyectos o procesos en los casos que se trate de informes de auditoría de Control Interno y Contralorías, informes de ley de control interno o informes de otras instancias de Control para lo cual se podrán recomendar ajustes que en última es responsabilidad del proceso aceptarlos o no hacerlo.

**5.7.** El auditado debe tener en cuenta que, para definir el tratamiento de un hallazgo, No conformidad u observación en el que sea necesaria la intervención o apoyo de otros procesos o áreas, se debe definir la(s) acción (es) de manera conjunta, detallando la misma en forma individual por cada proceso según el responsable asignado.

<sup>1</sup> Las observaciones presentadas por la Oficina de Control Interno en los informes de ley aplicarán cuando la debilidad o el incumplimiento de la situación evaluada sea repetitiva y no se hayan tomado las medidas pertinentes.

**5.8** El tratamiento de los hallazgos de la Contraloría de Bogotá, Contraloría General de la República, Veeduría y Archivo General de la Nación debe efectuarse de acuerdo con la normativa vigente establecida por dichos Entes de Control Externos.

#### **LINEAMIENTOS O POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO – PMI**

**5.9.** Los responsables de las áreas, proyectos o procesos elaboran el PMI frente a las observaciones, No conformidades u oportunidades de mejora registradas en los informes. El auditado cuenta con 10 días hábiles siguientes a la radicación del informe de auditoría para remitir al Jefe Oficina de Control Interno las acciones correspondientes, en los formatos definidos para tal efecto. Este plazo se podrá ampliar hasta por cinco (5) días hábiles más, previa solicitud enviada al Jefe de Control Interno, antes del vencimiento del plazo inicial.

**5.10.** Las recomendaciones producto de informes de auditorías de ley/obligatorias realizadas por la Oficina de Control Interno no obligan a dar tratamiento a través del PMI y queda a potestad del responsable del área, proceso o proyecto, dar el tratamiento pertinente. No obstante, se alienta a los líderes/responsables a que evalúen la acción para su implementación con el objeto de contribuir a la mejora continua de la Entidad. En caso de que decidan tomar acciones sobre las recomendaciones mencionadas, estas deberán registrarse en el PMI y cumplir los lineamientos y actividades definidas en este procedimiento. Se resalta que en caso de que en los informes de ley sean generadas observaciones, estas deben tener obligatoriamente acciones en el plan de mejoramiento.

**5.11.** El auditor(a) de la Oficina de Control Interno asignado por el (la) Jefe de Control Interno acompaña(n) a las áreas, proyectos o procesos en la formulación de sus respectivos planes de mejoramiento, según solicitud y de acuerdo con las competencias que se establece en las funciones enmarcadas en la Entidad y los roles establecidos en los estándares del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

**5.12.** La fecha límite programada para la implementación, ejecución y culminación de las acciones que se formulan no debe superar los doce (12) meses, contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento.

**5.13** Es responsabilidad de los procesos efectuar seguimiento a las acciones formuladas en forma permanente, registrar el resultado en el plan de mejoramiento y reportar a la OCI una vez se efectúe dicho seguimiento con las evidencias correspondientes, debidamente organizadas.

**5.14.** Las reformulaciones de las acciones se podrán efectuar sobre la descripción de la acción, responsable, meta, indicador y fecha de terminación.

**5.15** En el caso de modificaciones o prórrogas de las acciones del PMI, el responsable del proceso realiza la solicitud al Jefe de Control Interno, a través de memorando, incluyendo la justificación respectiva. Lo anterior se debe realizar dentro de los treinta (30) días hábiles antes de su vencimiento. El Jefe de la Oficina de Control Interno cuenta con cinco (5) días calendario para emitir respuesta respecto de cada solicitud de ajuste recibida. La nueva fecha de terminación de la(s) acción (es) no podrá superar seis (6) meses adicionales, contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento, sin superar los 18 meses en total.

**5.16.** La actualización de las acciones formuladas/reformuladas por los procesos en un PMI entra en vigencia a partir de la confirmación del auditor de la Oficina de Control Interno al proceso, mediante comunicación oficial (correo electrónico).

**5.17.** El estado de avance de las acciones incluidas dentro del PMI corresponderá a uno de los siguientes términos:

- Cerrada = acción cumplida.
- En proceso = cuando la acción se está ejecutando y está en términos.
- Cerrada incumplida = cuando el término se venció y no se evidencia el cumplimiento de la acción.
- Cerrada sin tratamiento= cuando pasaron 15 días hábiles y el área, proceso o proyecto no presentó a la OCI ninguna acción sobre la observación, No conformidad u oportunidad de mejora.
- Cerrada por reformulación: la acción fue reformulada con la suscripción de una nueva acción.

**5.18.** Una vez una vez, calificada la acción como “Cerrada incumplida no se podrá solicitar modificación o prorroga de la misma.

**5.19.** En caso de que una acción sea reformulada, se deberá generar el estado de “Cerrada por reformulación” e incluir una nueva acción con los cambios actualizados conforme a la reformulación aprobada. En este caso, tanto el proceso como el auditor que haga seguimiento indicará en la evaluación el número de la nueva acción formulada.

## 6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

No	ACTIVIDADES	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	<p><b>Identificar y describir la situación a resolver y su origen.</b></p> <p>Identifica el origen del hallazgo, No conformidad, observación, recomendación u oportunidad de mejora, los cuales pueden ser identificados por auditorías internas de aseguramiento, informes de ley, auditorías al Sistema Integrado de Gestión, auditorías externas (Contralorías, Veeduría, etc), autoevaluación del proceso, entre otros.</p> <p>La descripción de la No conformidad, observación, oportunidad de mejora o hallazgo se escribe textualmente como se documenta en el informe de la auditora; en el caso de las documentadas por la autoevaluación del proceso, debe redactarse de</p>		Líder(es) de proceso, gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>

No	ACTIVIDADES	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
	manera clara la situación detectada.			
2	<p><b>Identificar las causas que originaron los hallazgos, No conformidades, observaciones u oportunidades de mejora</b></p> <p>Identifica las causas que generaron el hallazgo, la No conformidad, observación u oportunidad de mejora, para lo cual, se debe aplicar una de las metodologías de análisis de causas mencionada en los lineamientos.</p>	Verificar que en todo hallazgo o No conformidad quede documentado el análisis de causas	<p>Líder(es) de proceso.</p> <p>Gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso</p>	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>
3	<p><b>Definir y seleccionar el tipo Acción</b></p> <p>Define la(s) acción (es) a tomar para el hallazgo, No conformidad, observaciones u oportunidades de mejora.</p> <p>En caso de corresponder al Plan de Mejoramiento Interno, selecciona el tipo de acción (acción correctiva, corrección, acción de mejora).</p> <p><b>Nota:</b> En caso de existir acciones que deban adelantar otros responsables de proceso o dependencia, se acordará previamente y se registrará en el plan de mejoramiento.</p>		<p>Líder(es) de proceso.</p> <p>Gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso</p>	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>
4	<p><b>Elaborar o actualizar el Plan de Mejoramiento.</b></p> <p>Elabora o actualiza el Plan de Mejoramiento en el cual se describen las acciones a seguir, definiendo las fechas de inicio y fin, responsables, nombre del indicador, indicador, unidad de medida y meta.</p> <p><b>Nota 1.</b> Es importante que se tenga en cuenta que las acciones tengan relación con los indicadores y metas definidos.</p>		<p>Líder(es) de proceso.</p> <p>Gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso</p>	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>
5	<p><b>Remitir Plan de mejoramiento</b></p> <p>Remite el Plan de Mejoramiento</p>		Líder(es) de proceso.	ECM-FM-04 Plan de mejoramiento

No	ACTIVIDADES	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
	diligenciado a la Oficina de Control Interno en un plazo no mayor a 10 días hábiles contados a partir del recibido del Informe Final de Auditoria (ver lineamientos operativos).		Gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso	institucional-Por procesos, proyectos y dependencias  ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá
6	<p><b>Revisar el Plan de Mejoramiento</b></p> <p>Revisa la coherencia de las acciones formuladas frente a los hallazgos, No conformidades, observaciones y oportunidades de mejora o recomendaciones, el análisis de causas planteadas por cada proceso, así como el debido diligenciamiento de todas las casillas del formato.</p> <p>Informa por medio de correo electrónico el resultado de la revisión. En caso de que la Oficina de Control Interno tenga observaciones o sugerencias, lo hará saber a los responsables de proceso para que se realicen los ajustes correspondientes en un plazo máximo de 5 días hábiles.</p>		<p>Equipo Auditor designado</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p>	Correo electrónico
7	<p><b>Registrar las acciones Internas o las externas en la herramienta de Planes de Mejoramiento</b></p> <p>Registra la acción definida en la herramienta de Planes de mejoramiento y solicita la publicación de los Planes de mejoramiento cada vez que se realice una formulación o actualización por parte de los responsables de los procesos.</p> <p><b>Nota.</b> En caso de que el plan de mejoramiento sea manejado a través del aplicativo ODOO, el líder del proceso aprueba la acción definida en dicho aplicativo, en máximo 5 días hábiles después de registrada la acción por la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Verificar la publicación de los Planes de Mejoramiento de los procesos</p>	<p>Equipo Auditor designado</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p>	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>

No	ACTIVIDADES	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
8	<p><b>Implementar acciones del Plan de mejoramiento</b></p> <p>Implementa las acciones descritas en el Plan de Mejoramiento – Acciones correctivas, correcciones y de mejora, teniendo en cuenta los términos establecidos.</p>		<p>Líder(es) de proceso.</p> <p>Gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso</p>	
9	<p><b>Autoevaluar el cumplimiento de las acciones</b></p> <p>En las reuniones de Comité primario o en otros espacios definidos por la dependencia, al menos una vez al mes, se registra el avance y evalúa la eficacia de las acciones descritas en el Plan de Mejoramiento – Acciones correctivas, y de mejora. Esta actividad se documenta en las columnas de Autoevaluación del plan.</p> <p>Si producto de esta actividad se generan nuevas acciones correctivas y de mejora, se documentan en el Plan de Mejoramiento – Acciones correctivas y de mejora, y se envía a la Oficina de Control Interno.</p> <p><b>Nota:</b> En los casos donde el responsable del proceso determine que las acciones formuladas no fueron eficaces, realiza ajustes a las mismas y plantea nuevas acciones o replantea los términos, según los lineamientos definidos en este procedimiento.</p>	Verificar el registro de autoevaluación	<p>Líder(es) de proceso.</p> <p>Gestor(es) o equipo de trabajo designado por líder(es) de proceso</p>	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>
10	<p><b>Realizar seguimiento y cierre de las acciones</b></p> <p>Con base en la información entregada por los procesos, se verifica el avance según la autoevaluación y las evidencias entregadas por el proceso y, en caso de dudas, se convoca a reunión a los responsables de los procesos para realizar el seguimiento y definir el estado de las acciones documentadas.</p> <p>Si en la actividad de seguimiento</p>		<p>Equipo Auditor designado</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p>	<p>ECM-FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias</p> <p>ECM-FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá</p>

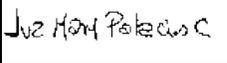
No	ACTIVIDADES	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
	<p>periódico los auditores de la Oficina de Control Interno determinan que las acciones formuladas no fueron eficaces, el auditor dará cierre como incumplido y deberá efectuar seguimiento en el próximo ciclo de auditoría.</p> <p>El seguimiento de las acciones planteadas, producto de hallazgos generados en auditorías externas, es realizado por la Oficina de Control Interno quien podrá efectuar recomendación de cierre a la Contraloría, pero el cierre de las acciones es realizado por el ente externo que las formuló.</p> <p>El seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno se realizará de acuerdo con lo definido en el Plan Anual de Auditoría.</p>			
11	<p><b>Publicar Reporte de seguimiento a los Planes de mejoramiento</b></p> <p>Una vez culminados los seguimientos a los Planes de Mejoramiento, se publica el reporte con los resultados obtenidos.</p>		<p>Equipo Auditor designado</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p>	<p>Publicación del reporte con el seguimiento</p>

## 7. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
01	08/07/03	Versión inicial
02	07/10/2008	Cambia el nombre del procedimiento Se aclaran responsabilidades y etapas del procedimiento
03	26/02/2010	Se actualiza procedimiento en cuanto alcance y manejo de formatos asociados
04	30/09/2010	Modificación de formatos, aclaración de responsabilidades en el tema, definición del paso a paso del procedimiento. Actualización del formato asociado y su aplicación
05	22/12/2010	Se incluye actividades para el tratamiento de las observaciones, se modifica formato del plan de mejoramiento incluyendo la opción de hallazgo y el seguimiento. Se amplían responsabilidades.
06	31/05/2011	Se actualizaron los temas relacionados con las responsabilidades, lineamientos y políticas de operación y la descripción de las actividades.
07	30/11/2012	Se adapta el procedimiento conforme la nueva estructura organizacional según Acuerdo 001 de 2012 del Consejo Directivo de la UAESP. Se modifica cuadro Autorización; se borra cuadro Nral 5 Normatividad; Nral 8 Lineamientos o Políticas de Operación se corrige primer párrafo; se cambia Flujograma. Se

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
		modifica formato Plan de Mejoramiento al cual se le borra las columnas Corrección y Fecha Implementación Corrección.
08	20/11/2014	Se modifica el nombre del procedimiento y el código. Se modifica el alcance acorde con las actividades del Numeral 9. Descripción del Procedimiento. Se actualizan la responsabilidad y autoridad. Se revisan los lineamientos o políticas de operación y se eliminan e incluyen nuevos lineamientos. Se unifica la actividad 1 y 2, donde se incluye la identificación y descripción de la acción. Se cambia de orden la actividad No 3 y 4 quedando como 2 y 3 respectivamente. En la actividad 4 se cambia la palabra establecer por identificar. Se incorpora la actividad No. 5, 6 y 7 relacionadas con la remisión del Plan a Control Interno, la revisión y consolidación del mismo. En la Actividad No 8, en este procedimiento No. 10 se establecen los tiempos para hacer los seguimientos. Se actualizan los cargos responsables conforme a los cargos del Manual de Funciones. Se actualiza el formato de Plan de Mejoramiento – Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora al cual se le cambia el formato.
09	23/10/2019	Se modifica en virtud de la actualización del formato <i>Procedimiento</i> (FM 16, V3); en virtud de los niveles de responsabilidad definidos en la Resolución UAESP 696 de 2017 y sus modificatorios; y del procedimiento de Auditorías Internas (PC-04, V12), con atención de la actividad 12 y 13, según radicados UAESP 20191100011843 y 20191100017003; e incorporar los formatos Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá (FM-12, V1) y Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias (FM-04 - V11) respecto del anterior formato que se aplicaba (ECM-PCPMACPM-FM-01, Plan de Mejoramiento – Acciones correctivas, preventivas y de mejora)
10	11/05/2022	De acuerdo con la nueva versión de la norma ISO 9001:2015 se elimina el concepto de acción preventiva. Se agrega normatividad relacionada, lineamientos operativos, y modificaciones de actividades para dar mayor claridad al procedimiento. El nombre del procedimiento cambia de “Planes de mejoramiento -acciones correctivas, preventivas y de mejora” a “Planes de Mejoramiento”

**8. AUTORIZACIONES:**

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>Elaboró</b>	Erika Huari	Profesional Universitario - Oficina de Control Interno	
<b>Revisó</b>	Sandra Alvarado	Jefe de la Oficina de Control Interno	Sandra Beatriz Alvarado Salcedo <small>Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo Fecha: 2022.05.10 15:11:20 -05'00'</small>
	Luz Mary Palacios Castillo	Profesional Universitario - Oficina Asesora de Planeación	
	Germán Guillermo Sandoval	Contratista Oficina Asesora de Planeación	
<b>Aprobó</b>	Alexandra Roa Mendoza	Jefe Oficina Asesora de Planeación	