

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100083153**

Página 1 de 2

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2025

PARA: **SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO**
Oficina de Control Interno

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Auditoría Interna Sistema Gestión Calidad – Proceso de Evaluación y Mejora

Respetada Dra.

En cumplimiento de la Auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad bajo los parámetros de la Norma técnica Colombiana ISO 9001:2015, por medio de la presente se remite el informe de auditoría del proceso a su cargo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta auditoría, es necesario revisar las No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones con el fin de establecer y documentar en el plan de mejoramiento interno, las acciones correctivas o de mejora que den lugar sobre el enfoque del Autocontrol.

Para la elaboración del plan de mejoramiento se deben seguir los lineamientos establecidos en el procedimiento “ECM-PC-03 V10 Planes de mejoramiento” y remitirlo a la Oficina de Control Interno dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación del informe de auditoría. En caso de requerir apoyo para su elaboración, el equipo auditor estará disponible para orientar dicho proceso.

Agradecemos la disposición y colaboración frente a este ejercicio.

Cordialmente,

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100083153**

Página 2 de 2

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2025

**Sandra
Beatriz
Alvarado
Salcedo**

Firmado
digitalmente por
Sandra Beatriz
Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.11.04
23:53:38 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe Oficina Control Interno

e-mail: Sandra.alvarados@uaesp.gov.co

Anexos: Informe de Auditoria

Elaboró: Carmen Liliana Villa Reina – PU (e) Oficina de Control Interno

Oscar Javier Hernández – PE - Oficina de Control Interno

Revisó y Aprobó: Sandra Beatriz Alvarado Salcedo – Jefe Oficina de Control Interno

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA	2
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA	2
2.1. Contexto de la organización.....	3
2.2. Liderazgo.	4
2.3. Planificación.....	4
2.4. Apoyo.....	5
2.5. Operación.	6
2.6. Evaluación del Desempeño.	7
2.7. Mejora.....	8
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS.....	9
4. OBSERVACIONES.....	9
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS	10
6. CONCLUSIONES.....	10
7. RECOMENDACIONES.....	10
8. Operación.....	11
8. Operación	11
9. APROBACIÓN.....	11

Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria.....	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría	9
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	10
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso	10

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

Tabla 1- Información de la auditoria

ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	Sistema de Gestión de Calidad
INFORME	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso Gestión de Evaluación y Mejora
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Gestión de Evaluación y Mejora
RESPONSABLE O AUDITADOS	Sandra Beatriz Alvarado – Jefe Control Interno Eduardo José Ballesteros Ligia Marlén Velandia Javier Ramiro Álvarez Oscar Javier Hernández Luz Stella Cañón
OBJETIVO	Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma NTC-ISO-9001:2015.
ALCANCE	Comprende las actividades y documentos relacionados a todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y mejora de Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
PERIODO DE EJECUCIÓN	Septiembre – Octubre 2025
EQUIPO AUDITOR	Nury Cobo Villamil – Auditor Interno Diana Patricia Vargas García – Observador
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA	• Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 • Modelo Integrado de Planeación y Gestión • Modelo Estándar de Control Interno • Micrositio del SIG • Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La planeación de las entrevistas a los procesos se desarrolló entre el 29 de septiembre y el 10 de octubre, tiempo en el cual el equipo auditor pudo consultar la información estratégica de la

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

entidad, los datos relacionados a los procesos a auditar vigentes y publicados en el Micrositio del SIG y la documentación suministrada por la Oficina de Control Interno

La verificación de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad del proceso de Gestión de Evaluación y Mejora de la UAESP, se realizó el día 08 de octubre de 2025 en las instalaciones de la Oficina de Control Interno de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 2:41 pm y finalizó a las 4:45 PM.

Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas con la aplicación de listas de chequeo basadas en los requisitos de la norma ISO 9001:2015, la observación de actividades y la revisión de documentación y registros.

Durante la entrevista los auditados fueron respondiendo cada una de las preguntas programadas en la lista de chequeo y presentando la evidencia para la verificación de los requisitos de la norma aplicables al proceso y las evidencias adicionales requeridas fueron solicitadas al correo electrónico para guardar la trazabilidad de la comunicación oficial.

A continuación, se presentan de manera general los principales resultados frente a los aspectos auditados de la norma así:

2.1. Contexto de la organización.

Se inicia la reunión abordando la validación del ítem de “4. Contexto de la organización”, en la que se encontró que en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión que cuenta con la debida caracterización del proceso a través del documento “ECM-CP-01 V1 Caracterización Gestión de Evaluación y Mejora” donde se identificaron partes interesadas, entradas, actividades principales, salidas y clientes dentro del ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar).

El proceso mostró conformidad con los requisitos establecidos, particularmente en lo que respecta al contexto organizacional. A partir de las entrevistas, observaciones y revisión de documentos, se comprobó que el equipo tiene un conocimiento claro del ciclo PHVA y de los elementos esenciales del proceso. Además de presentar la identificación de partes interesadas en el proceso, que para este caso tiene tanto a nivel interno (Alta Dirección, como líderes de los procesos de la entidad) como externos (entes de control, por ejemplo).

Como evidencia se cuenta con la caracterización “ECM-CP-01 V1 Caracterización Gestión de Evaluación y Mejora” que se encuentra en el micrositio de la entidad.¹

¹ <https://uaespd.sharepoint.com/:x/s/MIPG-SIG-WWW/ETvNTUJ7fA1DhgedYEQk-8MBpQQ89W2WDc24Gu8adiZDkQ?e=b19fKy>

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2.2. Liderazgo.

Durante la auditoría se evidenció el compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad. Se constató que el proceso ha identificado de manera precisa las autoridades y responsabilidades, las cuales se han ajustado conforme a la estructura organizacional de la entidad. Asimismo, se observó que los roles y responsabilidades están claramente definidos y que los integrantes del proceso demuestran un alto nivel de compromiso, lo que respalda el cumplimiento del numeral 5 de la norma.

No obstante, es importante precisar que el proceso adelanta sus procedimientos, por un lado, acatando normatividad internacional, nacional y especialmente distrital; y por otro, los requerimientos de la alta dirección, entes de control y ECM-FM-03 V8 Plan Anual de Auditorías.

2.3. Planificación.

Durante la auditoría se validó que el proceso ha gestionado los controles para abordar los riesgos con su respectivo plan de manejo y también cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia la conformidad del numeral 6 “**Planificación**”.

En el micrositio del Sistema Integrado de Gestión, se encuentra publicado el análisis de riesgos del proceso, bajo el formato establecido para la entidad y el cual se encuentra debidamente diligenciado; allí se identificaron 3 riesgos: dos de gestión y uno de corrupción. Se evidenció los riesgos identificados han sido evaluados para determinar acciones proporcionales a su impacto potencial; con acciones de control en:

- “Verificación mensual a la gestión en general realizada por la Oficina de Control Interno en el marco del plan anual de auditoría de la OCI”
- “Verificación permanente del alcance y objetivo de la auditoría mediante la aprobación del plan individual de auditoría”
- “Revisión de la pertinencia de la actualización normativa en Comité Primario mensual”.
- “Revisar permanentemente los informes de Auditoría Interna.”

Ahora bien, el proceso no tiene contemplados riesgos de seguridad de la información particular, reconociendo que el mismo es competencia de la Oficina de tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Sin embargo, el proceso ha gestionado requerimientos y controles para abordar los riesgos y también cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia la conformidad del numeral 6 “Planificación”.

Respecto a la valoración de las expectativas de las partes interesadas, el proceso se encuentra a la espera de los lineamientos que sean entregados por el Comité Distrital de Auditoría para

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

determinar la frecuencia y alcance de una posible encuesta de satisfacción al finalizar las auditorías.

2.4. Apoyo.

Durante el proceso de auditoría, se revisa en primera medida el reporte del indicador definido para el proceso “Cumplimiento del PAA” como indicador de eficacia. No obstante, se encuentra pendiente, para la siguiente vigencia, la inclusión de otro indicador que permita medir la gestión del proceso, pero estará en función de los lineamientos que se definirán de parte del Comité Distrital de Auditoría y Secretaría General.

Continuando con el indicador reportado en el micrositio, se encuentra que el mismo es de frecuencia bimestral, pero encontrando reporte solo hasta el mes de Junio del año en curso. Por lo que, se le solicita al equipo de profesionales del proceso que remitan como soporte de esta Auditoría, el correo electrónico con el cual brindaron el debido reporte a la Oficina Asesora de Planeación dentro de los términos establecidos. Lo cual, efectivamente fue remitido por la jefe del proceso, evidenciando que el 10 de septiembre fue remitida la respectiva información a la OAP para su cargue en el micrositio del proceso, lo cual a la fecha de la presente auditoria no fue llevado a cabo por dicha área.

Ahora bien, los documentos relacionados con cada proceso, como manuales, guías, procedimientos y formatos, están debidamente estructurados y son fácilmente accesibles. Esto garantiza que todos los miembros del equipo tengan la información necesaria para desempeñar sus funciones de manera efectiva y conforme a los estándares establecidos.

También, durante la entrevista desarrollada, los funcionarios aseguraron que cada ocasión que se incorpora personal nuevo se hace capacitación sobre el proceso, los procedimientos, base de datos y manejo de la información. Así, garantizan la adecuada toma de conciencia de todo el personal que hace parte del proceso.

Además, es importante resaltar que, debido a la importancia y sensibilidad de la información abordada en este proceso, el mismo cuenta con el formato “ECM-FM-10 V1 Compromiso de independencia y objetividad” el cual es obligatorio para todo aquel profesional que ingresa a desempeñar funciones en el proceso.

Así pues, es importante señalar que el proceso cuenta con en la actualidad con el personal suficiente para llevar a cabo sus funciones, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementar actividades para fortalecer la toma de conciencia sobre el SIG y adoptando, ajustando y actualizando los documentos de acuerdo con los lineamientos del SIG para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”.

Finalmente resaltar como una fortaleza, que el proceso tiene **centralizada** las entradas y salidas, así como toda su información, formatos y soportes de cada actividad en un SharePoint

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

de la entidad, con acceso de los profesionales responsables de cada procedimiento y gestión de la información, estructurado de manera muy ordenada; evidenciando que la información se encuentra adecuadamente estructurada y con ubicación clara para cualquier profesional que ingrese al proceso.

2.5. Operación.

El proceso consta de 2 procedimientos en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión; entre los que se encuentra:

- “ECM-PC-03 V10 Planes de mejora.”
- “ECM-PC-04 V13 Auditorías Internas.”

Durante la entrevista suscitada en marco de la presente auditoria interna, se le solicitó al equipo del proceso revisar:

- Plan Anual de Auditoría publicado en la página web de la entidad – con el cual explicaron como es el paso a paso para la formulación de este; de acuerdo con el procedimiento establecido en el Sistema Integrado de Gestión; a partir de una matriz donde determinan y programan, según la prioridad, las auditorías tanto de requerimiento legal como de aseguramiento.

Para esta actividad se solicitó a uno de los funcionarios del equipo que mostrara la ruta en la página web donde se encuentra dicho plan publicado, evaluando simultáneamente el conocimiento de las rutas donde se encuentran los documentos del proceso en la página de la entidad.

Dentro de la entrevista se solicita al equipo que por favor se muestre para el proceso de auditoría de Contratación efectuada a la Subdirección de Asuntos Legales, el formato diligenciado de ECM-FM-13 Cálculo de la Muestra; encontrando debidamente diligenciado y guardado el mismo dentro del repositorio de información del proceso.

Adicionalmente, se presentaron los documentos definidos en el procedimiento para el proceso de la auditoría interna, entre los que se presentaron ECM-FM-08 Plan de Auditoría Interna GDO-FM-09 Acta de reunión GDO-FM-12 Lista asistencia a reunión. Es importante precisar que, de estos documentos, así como del repositorio, el equipo profesional del proceso entrego captura de pantalla general de los documentos y SharePoint como soporte a la presente auditoría, pero no se entregaron accesos ni copia de estos debido a la sensibilidad de la información registrada allí. Se reenvía correo electrónico con dicha información a la Auditora Líder para que sean incluidos dentro de la carpeta de evidencias.

No obstante, el equipo auditor encuentra la necesidad de que sea ajustado el Punto de Control de la actividad “*Convocar al Comité Institucional de Coordinación de Control*

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Interno, CICCÍ” dado que dicha citación para el Plan Anual de Auditoria se adelanta en diciembre de la vigencia anterior.

- Acerca del procedimiento “ECM-PC-03 V10 Planos de mejora” es importante solicitar a la Oficina Asesora de Planeación que ajuste el nombre del procedimiento en el micrositio, dado que en el formato si está correctamente escrito “PLANES DE MEJORAMIENTO”.

Durante la entrevista de esta Auditoría Interna, se revisaron los soportes de los procesos de Planes de Mejoramiento Interno de la entidad con cada una de sus entradas y salidas.

Adicionalmente se sigue la línea de seguimiento a los Planes de Mejoramiento a cargo del proceso; el cual se encuentra documentado dentro del proceso y formatos del micrositio de Sistema Integral de Gestión. El seguimiento, además, es adelantado a través del aplicativo ODOO, lo cual se encuentra efectivamente documentado dentro del procedimiento. Seguimiento que se hace mes vencido.

En cuanto a la estructura y calidad de información de los documentos de los procedimientos auditados, se evidencia una gestión sólida y bien organizada, estructura coherente, destacando su pertinencia, claridad y efectividad.

Finalmente, se observa conformidad con los requisitos del numeral 8, “Operación”, de la norma ISO 9001:2015, dado que el proceso planifica y dispone de la documentación requerida en el micrositio del SIG y en la página web institucional para demostrar su cumplimiento. Asimismo, se evidencia una adecuada gestión de los productos y servicios bajo su responsabilidad, garantizando el cumplimiento de los requisitos tanto de los clientes internos como de la entidad.

2.6. Evaluación del Desempeño.

El proceso cuenta con 1 indicador de eficacia:

- Cumplimiento del PAA

El indicador es bimensual y muestra la gestión y cumplimiento de desarrollo de los informes de auditoría, seguimiento y/o evaluación de acuerdo con el Plan Anual de Auditorías; y del cual solo se encuentra publicado en el micrositio, el reporte hasta el mes de junio de 2025.

Por lo que el grupo de profesionales del proceso entregaron, a través de correo electrónico a la auditora interna, copia del correo electrónico con el cual fue remitido, dentro de los tiempos determinados en la entidad, el respectivo reporte del indicador para el periodo julio y agosto de la vigencia.

El proceso reconoce la necesidad de formular otro indicador de gestión para su evaluación de desempeño, pero, según lo manifiesta la líder del proceso, están a la espera de los

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

lineamientos que defina el Comité Distrital de Auditoría y la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Por otro lado, se considera una fortaleza la realización de Comités Primarios del proceso de manera mensual; lo cual permite tener un seguimiento constante del proceso y mantener una evaluación de desempeño que permite tomar o direccionar acciones a tiempo para el cumplimiento de las metas y actividades del proceso.

Es importante precisar que, de estos documentos, el equipo profesional del proceso entregó captura de pantalla general de los documentos y SharePoint como soporte a la presente auditoría, pero no se entregaron accesos ni copia de estos debido a la sensibilidad de la información registrada allí. Se reenvía correo electrónico con dicha información a la Auditora Líder para que sean incluidos dentro de la carpeta de evidencias.

Adicionalmente, la Evaluación del Desempeño es la razón de ser del proceso dentro de la entidad; así que al revisar dentro de la presente auditoría interna, se encuentra debidamente estandarizadas y documentadas las metodologías de auditoría utilizadas, así como se evidencia una correcta y apropiada planificación de las auditorías en el formato “ECM-FM-03 V8 Plan Anual de Auditorías”.

Igualmente, el proceso tiene definido el formato “ECM-FM-07 Evaluación Auditorías Internas Realizadas”; el cual se realiza de manera anual en los procesos auditados; obteniendo así un feedback. No obstante, se espera la definición de los lineamientos del Comité Distrital de Auditorías para saber si es necesario redefinir el mismo.

2.7. Mejora.

Durante la entrevista de la presente auditoría interna, se validó la matriz del Plan de Mejoramiento Interno (PMI), descargada del sitio, donde no se encuentran acciones en proceso desde la Gestión de Evaluación y Mejora.

No obstante, la líder del proceso comenta durante la entrevista de auditoría que en marco de un proceso de revisión por la dirección se adelantó una oportunidad de mejora y de riesgos, en lo referente a gestión documental reportar en el Formato Único de Inventario Documental (FUID)-

Ahora bien, respecto a las recomendaciones adelantadas en la auditoría interna de la vigencia anterior:

- Respecto a realizar la publicación del Plan Anual de Auditoría, conforme se realicen las modificaciones de éste, en el transcurso de la vigencia; el equipo, así como la líder del proceso indican que en la vigencia actual no se ha dado la necesidad de ajustar el Plan Anual de Auditorías toda vez que la observación adelantada en la auditoría anterior hacia

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

referencia a aquellas situaciones en las que surgieran, en especial, auditorías requeridas por la alta dirección; lo cual no se ha dado en la actual vigencia.

-
- Acerca de realizar la actualización de la Resolución UAESP 631 de 2018 *“Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética de la Auditoría Interna en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP”* a partir de las modificaciones de las normas que le aplican y los actos administrativos internos de la UAESP; el equipo, así como la líder del proceso indican que esta recomendación se adelantara una vez de encuentren definidos los lineamientos otorgados por el Comité Distrital de Auditorías y las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

De acuerdo con la Auditoría Interna sobre la norma NTC ISO 9001:2015 y teniendo en cuenta la revisión de las evidencias aportadas como el análisis realizado por el equipo auditor se presentan de manera general las siguientes principales fortalezas:

- El proceso presenta una estructura organizada, centralizada y clara de su documentación asociada a los procedimientos de este, en un sharepoint de acceso controlado según cada actividad; siguiendo, además, la estructura y tipificación de las Tablas de Retención Documental para dicho proceso.
- La realización de Comités Primarios de manera mensual permite lo cual permite tener un seguimiento constante del proceso y mantener una evaluación de desempeño que permite tomar o direccionar acciones a tiempo para el cumplimiento de las metas y actividades del proceso.
- El conocimiento de todos los elementos que componen el proceso, así como del adecuado manejo y gestión de la información en el proceso, de parte de todo el equipo profesional garantiza una calidad en la información de manera permanente evitando reprocesos y posibles riesgos en el manejo de esta y más, cuando es el proceso de mejora continua de la entidad.

4. OBSERVACIONES

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
	N/A	

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
	N/A		

6. CONCLUSIONES

- El proceso de Gestión de Evaluación y Mejora cumple de manera satisfactoria con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, demostrando una estructura documental sólida, una adecuada planificación de sus actividades y una gestión orientada a la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión de la UAESP.
- Se resalta la organización y centralización de la información en el repositorio institucional, así como el compromiso, conocimiento y profesionalismo del equipo responsable, que garantizan la calidad, trazabilidad y objetividad en las auditorías internas y en los planes de mejoramiento.
- El proceso mantiene una efectiva gestión de riesgos, seguimiento y control, evidenciada en la correcta aplicación del ciclo PHVA y en la articulación con la Alta Dirección y entes de control. Además, los comités primarios mensuales permiten monitorear oportunamente el desempeño y tomar decisiones de mejora.
- Se identifican oportunidades de fortalecimiento, entre ellas la actualización de la Resolución 631 de 2018, el ajuste de puntos de control en el Plan Anual de Auditoría, la corrección del nombre del procedimiento “Planes de Mejoramiento” en el micrositio y la creación de un nuevo indicador de gestión que amplíe la evaluación del desempeño del proceso.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Gestión de Evaluación y Mejora	Se mantiene de la vigencia anterior, la recomendación de adelantar la actualización de la Resolución UAESP 631 de 2018 <i>“Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética de la Auditoría Interna en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP”</i> una vez se tengan los lineamientos de auditoría definidos por Departamento Administrativo de la Función Pública y Comité Distrital de Auditoría.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2	Gestión de Evaluación y Mejora	8. Operación Necesidad de que sea ajustado el Punto de Control de la actividad “Convocar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, CICCÍ” dado que dicha citación para el Plan Anual de Auditoría se adelanta en diciembre de la vigencia anterior, no en enero.
3	Gestión de Evaluación y Mejora	8. Operación Acerca del procedimiento “ECM-PC-03 V10 Planos de mejora” es importante solicitar a la Oficina Asesora de Planeación que ajuste el nombre del procedimiento en el micrositio, dado que en el formato si está correctamente escrito “PLANES DE MEJORAMIENTO”.
4	Gestión de Evaluación y Mejora	9. Evaluación del Desempeño Queda pendiente la generación de otro indicador de la gestión para el proceso; que permita reafirmar el seguimiento al desempeño del proceso especialmente sobre el feedback de las partes interesadas. Esto, entendiéndose que será definido una vez se tengan los lineamientos de auditoría definidos por Departamento Administrativo de la Función Pública y Comité Distrital de Auditoría.

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.10.31 19:05:52 -05'00'

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Jefe(a) de Oficina de Control Interno


NURY COBO VILLAMIL
Profesional Universitario
Auditor Interno


DIANA PATRICIA VARGAS GARCÍA
Profesional Especializado
Observador

FECHA 31-10-2025