

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. UNIDAD ADMINISTRATIVA TECNICA DE Investigación y Mejoramiento P.M.	FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO	
	CÓDIGO: CEI-FM-028	VERSIÓN: 1
	FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE 2023	

PROCESO / UNIDAD AUDITADA:	SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LA CALIDAD TECNICA	AÑO:	2025
RESPONSABLE DEL PROCESO / UNIDAD AUDITADA:	CAMILO MARRUGO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	16/09/2025

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO DE AUDITORÍA /OPORTUNIDAD DE MEJORA/ NO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN	ORIGEN (1)	CAUSA (2)	TIPO DE ACCIÓN A IMPLE- NTAR (3)	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (4)	INDICADOR (5)	FORMULA INDICADOR (6)	META DEL INDICADOR (7)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (8)	FECHA INICIO (9)	FECHA FIN (10)	AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (11)					SEGUIMIENTO (12)			
												FECHA DE CORTE	RESULTADO DEL INDICADOR A LA FECHA DE CORTE	ESTADO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	EVIDENCIA(S) SOPORTADA(S)	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR A LA FECHA DE CORTE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Porque en el análisis de los resultados de ensayo no se hace referencia a los ensayos requeridos y los ejecutados o programados en el plan de calidad	Auditoría Interna	1. Porque, en el procedimiento para la evaluación técnica de las intervenciones misionales, en la actividad de monitoreo se hace referencia que se realiza el análisis de los resultados del laboratorio de la UAERMV, pero no se indica quien es el responsable de realizar el análisis de el resto de los ensayos, los que son hechos por los contratistas de los materiales y las mezclas, y los que realizan los topógrafos y los ensayos ejecutados por el laboratorio de ensayos externo.	Acción Correctiva	Incluir en el procedimiento para la evaluación técnica a la calidad de las intervenciones misionales SMCT-PR-001 V1 en la actividad de monitoreo especificar que se realiza el análisis de los resultados del laboratorio de la UAERMV y los del contratista de laboratorio externo, siempre y cuando la entidad cuente con contrato vigente, e incluir los responsables de realizar el análisis del resto de los ensayos. Socializar los cambios Procedimiento para la evaluación técnica a la calidad de las intervenciones misionales SMCT-PR-001 V2.	* Procedimiento para la evaluación técnica a la calidad de las intervenciones misionales SMCT-PR-001 V2 (actualizado). * Aprobación documental y publicación en SIGGESTION. * Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.	$\frac{N^{\circ} de documentos actualizados}{N^{\circ} total de documentos por actualizar} \times 100$ $\frac{N^{\circ} de personas asistentes}{N^{\circ} total de personas programadas} \times 100$	* Procedimiento para la evaluación técnica a la calidad de las intervenciones misionales SMCT-PR-001 V2 (actualizado). * Aprobación documental y publicación en SIGGESTION. * Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.	Jorge Ascencio Cindy Sastoque Mercy Rivera	2025-10-01	2025-12-30									
					Realizar una verificación del cumplimiento del procedimiento en relación con el análisis de los resultados de los laboratorios, ya sean estos realizados por el laboratorio de la UAERMV y/o por medio de contrato de ensayos del laboratorios externos.	* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la verificación del cumplimiento del procedimiento	$\frac{N^{\circ} de ensayos analizados de acuerdo al plan de calidad}{N^{\circ} total de ensayos realizados de acuerdo al plan de calidad} \times 100$	* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la verificación del cumplimiento del procedimiento	Jorge Ascencio Cindy Sastoque Mercy Rivera	2026-01-01	2026-03-30									
					Incluir en el plan de inspección de la calidad técnica SMCT-DI-001 V1 el responsable del análisis de los resultados de los ensayos, y especificar donde se indica como responsable del ensayo que contratista es ejemplo: contratista de materiales pétreos, contratista de materiales asfálticos, contratista de cemento portland y contratista de mezcla externa. Socializar los cambios en el plan de inspección de la calidad técnica SMCT-DI-001 V2.	* Plan de inspección de la calidad técnica SMCT-DI-001 V2(actualizado). * Aprobación documental y publicación en SIGGESTION. * Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.	$\frac{N^{\circ} de documentos actualizados}{N^{\circ} total de documentos por actualizar} \times 100$ $\frac{N^{\circ} de personas asistentes}{N^{\circ} total de personas programadas} \times 100$	* Acta de reunión con la revisión de los rangos de medición requeridos para cada equipo patrón vs el rango solicitado. * Registros de los correctivos si se requieren (solicitud de calibración, validación del certificado de calibración, reporte de trabajo no conforme), si aplica.	Jorge Ascencio Cindy Sastoque Mercy Rivera	2025-10-01	2025-12-30									

HALLAZGO: Registra el hallazgo (OPORTUNIDAD DE MEJORANO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN) completo, contenido en el informe de auditoría

(1) **ORIGEN:** El origen pueden ser: Auditoría Interna, Auditoría Externa, Revisión por la Dirección, Tratamiento del Producto y/o Servicio No Conforme, Medición de Indicadores, Mapa de Riesgos, Autoevaluación del Proceso, Sistema de Gestión, Quejas y Reclamos, Normograma, OTRO: describe

(2) **CAUSAS:** Registra la causa del hallazgo o riesgo materializado, que originó la situación detectada (Formato: Análisis de Causa) sobre la cual se enfocará la acción.

(3) **TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** acción que subsana la causa que dio origen al hallazgo identificado, con el fin de subsanar las causas identificadas, para que no vuelvan a suceder

(4) **DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Registra (a) acciones que realicará descriptivamente, para corregir definitivamente la causa del hallazgo de Auditoría, Oportunidad de Mejora, No Conformidad u Observación. Inicie con un verbo en infinitivo.

(5) **INDICADOR:** Registra el nombre del indicador a través de la cual se pueda observar el cumplimiento de la acción determinada. (Ej: Informes, jornadas de capacitación, actos, etc.)

(6) **FORMULA INDICADOR:** Determine las variables y la correspondiente fórmula del indicador que permita medir el cumplimiento de la acción determinada a implementar.

(7) **META DEL INDICADOR:** Registra la cantidad asociada a las actividades realizadas y verificables de la acción correctiva que se espera alcanzar en el tiempo definido, teniendo en cuenta la realidad institucional y recursos disponibles (Ej: 5 informes, 10 jornadas de capacitación, 3 actos, etc.).

(8) **RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Señala el responsable: Director o jefe de Dependencia, del proceso o entidad auditada, a la cual le corresponde ejecutar la acción correctiva a implementar.

(9) **FECHA DE INICIO:** Indica la fecha en que comienza cada acción a implementar registrada. El formato debe ser (AAAA/MM/DD).

(10) **FECHA FIN:** Señala la fecha en que finaliza cada acción implementada. El formato debe ser (AAAA/MM/DD). Esta fecha **NO PUEDE SUPERAR 12 MESES** contados a partir de la fecha de formación del respectivo plan de mejoramiento.

(11) **AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** En esta sección se deberá diligenciar los siguientes campos: Fecha de corte, Resultado del indicador a la fecha de corte, Estado, Descripción de las actividades realizadas en el periodo, Evidencia (s) soportada (s)

Los procesos deben automatizarse diligenciando el estado de las acciones, de acuerdo al resultado del avance teniendo en cuenta los siguientes criterios:

SELECCIONAR: Indica que aún no ha iniciado el plazo para realizar la implementación de la acción

SELECCIONADO: Indica que la acción se está desarrollando en los plazos establecidos y se encuentra en término.

CUMPLIDO: Indica que la acción está completa y se adelantaron todas las acciones propuestas.

CANCELADO: Indica que la acción se está desarrollando fuera del plazo establecido.

(12) **SEGUIMIENTO:** En esta sección se deberá diligenciar los siguientes campos: Fecha, resultado del indicador a la fecha de corte, estado y observaciones.

20251600276373 de 29-09-2025