

 Alcaldía de BUCARAMANGA Instituto de Empleo y Fomento Empresarial		PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO										Fecha de creación del formato: 13-09-2023						
		PLAN DE MEJORAMIENTO DE CONTROL INTERNO										Código: V-GCI-FO12						
												Versión: 2.0						
ELABORADO POR:		APOYO PROFESIONAL SGC - OSCAR YESIS GUALDRON ESPINOSA		REVISADO POR:	SUBDIRECTORA TECNICA - LAURA MELISSA PATIÑO CONTRERAS		FECHA	27-04-2026	PROCESO	GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA		SEGUIMIENTO OCI (dd-mm-aaaa)						
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO		ANÁLISIS DE CAUSAS		ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA / DE MEJORA		OBJETIVO		DESCRIPCIÓN DE LAS METAS		UNIDAD DE MEDIDA DE LAS METAS	DIMENSIÓN DE LA META	FECHA DE INICIACIÓN METAS	FECHA TERMINACIÓN METAS	PLAZO EN SEMANAS DE LA META	RESPONSABLES DE IMPLEMENTACIÓN	OBSERVACIONES	% AVANCE
1	Se evidencia una desconexión crítica en la integridad del SGC. El Manual del SIGC (E-GPE-MA01) se mantiene en su Versión 01 de 2018. Este documento no refleja la estructura actual del Mapa de Procesos Versión 04 de 2025, no se evidencia que esté ajustado de acuerdo con el nuevo Instructivo E-GCA-IT01 de 2026; así como tampoco se evidencian procedimientos y formatos propios del proceso, que se constituyen en elementos de lineamientos, a fin de que la entidad realice documentos propios de cada proceso. El manual es una "Salida" de planificación que, debe ser revisada y actualizada para asegurar la gestión documental del sistema.		Debilidad en la gestión de la Segunda Línea de Defensa (monitoreo de controles) al no armonizar el manual estratégico con los cambios operativos de 2025 y 2026 (documentos del 2025 y 2026). Ausencia de un proceso sistemático de revisión y actualización tras cambios estratégicos en 2025 y normativos en 2026. Falta de revisión y ajuste del documento estratégico principal tras los cambios aprobados en el Mapa de Procesos (Versión 04 de 2025) y la emisión del nuevo Instructivo de Documentación (2026).		1. Actualizar el Manual Operativo de calidad, armonizándolo con el Mapa de Procesos vigente, el Instructivo de creación de documentos con todos los lineamientos de la NTC ISO 9001:2015 y DAFP, acorde todo a la realidad actual de la entidad.		1. Armonizar los documentos del IMEBU. Realizando la actualización del Manual Operativo de Calidad, mapa de proceso de la entidad y el instructivo de creación de documentos E-GCA-IT01 para su respectiva aprobación y socialización por parte del líder de proceso de gestión de calidad.		1. Actualizar, aprobar y socializar el Manual Operativo de Calidad, Mapa de Procesos de la entidad y el Instructivo para la Elaboración de Documentos E-GCA-IT01		100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
2	Durante la auditoría y la fase de entrevistas, se identificó que la caracterización utilizada por el proceso de Gestión de Calidad presenta inconsistencias profundas en su estructura: ✓ Desconexión con la Naturaleza del Proceso: La descripción de las actividades actuales no refleja el ciclo de vida de la Gestión de Calidad (desde la planificación de la documentación hasta la verificación de la eficacia). ✓ Entregables Fantasma: Se describen actividades que deberían generar salidas específicas (como procedimientos de control de documentos, listados maestros o registros de tratamiento de servicio no conforme), pero en la revisión física no se evidencia que dichos formatos o instructivos estén desarrollados, codificados o en uso operativo. ✓ Falta en el PHVA: la caracterización actual no garantiza que cada etapa del ciclo Planear-Hacer-Verificar-Actuar cuente con un soporte documental (formatos o instructivos) que permita verificar su cumplimiento. Inconsistencia en la Responsabilidad: No se identifican los roles de Líder Estratégico y Líder Operativo, fundamentales para la rendición de cuentas según los lineamientos de la Función Pública.		Falta de rigor técnico en el diseño del proceso y una desconexión entre lo que se describe en el documento de caracterización y el desarrollo real de las herramientas (formatos y procedimientos) que deben soportar la operación de calidad.		1. Actualizar el formato de caracterización de procesos acorde de lineamientos de la NTC ISO 9001, del DAFP y las recomendaciones del informe final de auditoría OCI. 2. Realizar la actualización del contenido de la caracterización del proceso de gestión de calidad y mejora continua, según las recomendaciones del informe final de auditoría OCI, los lineamientos de la NTC ISO 9001 y el DAFP. 3. Crear y/o actualizar todos los documentos del Proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua, de acuerdo con las recomendaciones del informe final de auditoría OCI.		1. Rediseñar de manera integral el formato de caracterización establecido para la entidad según las recomendaciones del informe final de auditoría OCI. 2. Actualizar el contenido de la caracterización del proceso de gestión de calidad y mejora continua. 3. Creación y/o actualización de todos los documentos del proceso de gestión de calidad y mejora continua. 4. Socializar el formato de Caracterización y la actualización de contenido del proceso.		1. Rediseñar el formato de caracterización de acuerdo con los lineamientos de auditoría de OCI. 2. Actualizar la caracterización del proceso de calidad y mejora continua. 3. Crear y/o actualizar los documentos que se generen de los ajustes de la caracterización del proceso de calidad y mejora continua, (ver recomendaciones en Informe de Auditoría). 4. Socializar el formato de Caracterización y la actualización de contenido del proceso.		100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
3	Durante la auditoría se constató que, si bien el nuevo Instructivo E-GCA-IT01 (2026) define al Listado Maestro de Documentos como la herramienta para controlar manuales, procedimientos, instructivos y formatos, no existe evidencia de la implementación de listados maestros individualizados o segmentados para cada uno de los 13 procesos definidos en el Mapa de Procesos (EGPE-DT01). Esta omisión impide que los líderes de proceso cuenten con un inventario actualizado y específico de la documentación necesaria para su operación diaria. Así mismo, se evidencia en el Listado Maestro un documento codificado para Política de SST y otro código para Objetivo de SST, siendo este último un propósito estructural de cualquier tipo de documento, mas no un tipo de documento.		Persistencia de un modelo de gestión documental centralizado que limita la transición hacia un enfoque basado en procesos.		1. Diseñar el formato para elaboración de listado maestro para cada procesos de la entidad, según los lineamientos del informe de auditoría de OCI. 2. Establecer un procedimiento para la administración del listado maestro con los lineamientos establecidos. 3. Ejecutar el ajuste de códigos en el Listado Maestro de Documentos según la Tabla 2 del Instructivo vigente y estandarizar la identidad visual nítida en todos los documentos de apoyo. 4. Actualizar el listado maestro de documentos y socializarlo en la entidad.		1. Elaborar el formato de listado maestro para cada proceso. 2. Crear un procedimiento para la administración del listado maestro. 3. Actualizar el listado maestro por cada proceso, según las recomendaciones sugeridas. 4. Socializar la actualización del listado maestro en la entidad.		1. Rediseñar formato del listado maestro. 2. Procedimiento de administración del listado maestro. 3. Actualizar y cargar los Listados maestros de la entidad, en el repositorio documental. 4. Socializar los listados maestros.		100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
4	Se evidenció que el repositorio digital institucional (OneDrive), utilizado para alojar el SGC, presenta un estado de desorganización administrativa. La existencia de documentos duplicados y una estructura de carpetas que no garantiza la recuperación oportuna de la información. El hallazgo se agrava al verificar que los permisos de acceso son globales, permitiendo que cualquier servidor de la entidad con acceso al Drive cargue información, lo cual contraviene la naturaleza del Listado Maestro, el cual debe ser de administración exclusiva del proceso de Gestión de Calidad para garantizar que solo reposen allí los documentos aprobados y vigentes.		Ausencia de una política de administración de permisos de seguridad en la plataforma OneDrive (Drive CALIDAD - MIPG), permitiendo que todos los usuarios tengan privilegios de carga y modificación, sumado a la falta de supervisión técnica por parte del proceso de Gestión de Calidad sobre la estructura de archivos.		1. Elevar solicitud a la alta dirección para la adquisición de un software para organizar y controlar el repositorio digital. 2. Organizar y controlar el repositorio digital institucional garantizando la seguridad, trazabilidad y disponibilidad de la información.		1. Realizar la solicitud a la alta dirección para la adquisición del software para el SGC. 2. Reorganizar el sistema y controlar el repositorio digital institucional que garantice la seguridad, trazabilidad y disponibilidad de la información, mediante la definición de políticas, herramientas y procedimientos estandarizados en un plazo determinado.		1. Elaborar y presentar ante la Alta Dirección el estudio de necesidad y factibilidad técnica para la adquisición de un software de gestión integral, soportado en un análisis comparativo de ofertas y cotizaciones que garantice la automatización de los procesos de Calidad. 2. Estandarizar el control de acceso a la información mediante la creación, implementación y socialización por medio de una Política de Administración de OneDrive, garantizando la integridad de los datos al centralizar los permisos de edición exclusivamente en el perfil de Administración del Repositorio (Profesional de Calidad). 3. Implementar el procedimiento de organización y depuración documental en el repositorio institucional, asignando roles de custodia y supervisión técnica al profesional del Área de Calidad para garantizar la actualización permanente del sistema.		100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		

5	Se observa una falta de uniformidad en los logotipos y encabezados. El Instructivo de 2026 presenta un logo actualizado y nítido, mientras que documentos como el Mapa de Procesos de 2025, el Manual de 2018 y demás documentos de la entidad muestran logos antiguos, escaneados o con baja resolución (ej. marca de agua "CS CamScanner"). Adicionalmente, el cuadro de control de cambios del instructivo de 2026 menciona que el documento estará en prueba por 3 meses, pero no se evidencia el mecanismo de recolección de retroalimentación para dicho ajuste.	Ausencia de formatos Transversales (plantillas) de uso obligatorio que contenga todos los elementos del Manual de Identidad Institucional con los lineamientos del Municipio de Bucaramanga y del IMEBU.	1. Diseñar e implementar plantillas institucionales para la elaboración de documentos.	1. Diseñar e implementar plantillas institucionales estandarizadas para la elaboración de documentos, asegurando uniformidad y identidad institucional.	1. Diseñar Formatos transversales según el tipo de documento de la entidad, con lineamientos de la NTC ISO 9001:2015, DAFP y demás. Que contenga los logos vigentes para la entidad, según Manual de Identidad Visual del Municipio e Institutos Descentralizados. 2. Actualizar documentos existentes del proceso de Gestión Calidad. 3. Socializar uso obligatorio de los Formatos Transversales a la entidad. 4. Emitir una directriz técnica de migración documental dirigida a los líderes de proceso, formalizando el cronograma de actualización progresiva de formatos y fijando el cierre de la transición para el 30 de noviembre de 2026 como fecha límite, con el fin de asegurar la homogeneidad del Sistema de Gestión Calidad.	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
6	Los indicadores del proceso de Mejora Continua (Eficacia, Gestión de Riesgos y Mejora Continua) presentan metas estáticas del 100%. Esta formulación contraviene los lineamientos técnicos de 2026, que exigen que los objetivos sean Alcanzables y bajo enfoque SMART. No se evidencia que una meta del 100% permita identificar desviaciones reales o tendencias de mejora incremental. En la matriz operativa actual del proceso de calidad (E-GPE-FO12) se identifican brechas críticas de parametrización: 1. Metas (Planas): El proceso utiliza metas del 100% de forma estática para los indicadores de Mejora Continua, Riesgos y Eficacia. Esto contraviene el principio de mejora continua al no basarse en un análisis de capacidad real del proceso. 2. Omisión de Semaforización: La matriz en uso (E-GPEFO12) carece de los rangos de gestión (alerta deficiente del 0-49%) al no haber rangos, el sistema no genera alertas tempranas para la toma de decisiones. 3. Falta de Alineación Estratégica: la matriz auditada no identifica el "Objetivo del SGC Asociado al Indicador", lo que impide demostrar cómo cada cifra contribuye al cumplimiento de la política de calidad institucional. Análisis Superficial: El reporte de resultados en el 4 trimestre se limita a mencionar que "Se realiza 4 auditorías", sin realizar el análisis de eficacia y tendencias exigido por la norma ISO para evaluar el desempeño del sistema.	Falta de análisis técnico del histórico de datos y de la capacidad instalada del proceso, optando por metas ideales sobre metas realistas. Uso de una matriz simplificada que no ha sido armonizada con el nuevo modelo de Mejoramiento Continuo (MC) de 2024-2025 ni con el instructivo de 2026. Resultados de algunos indicadores no están gestionados y/o con evidencias que soporten el resultado entregado: 1. (Acciones correctivas y de mejora ejecutadas eficazmente / Total acciones correctivas y de mejora propuestas) *100. Se evidenció que el resultado entregado del 100%, no tiene seguimiento de cumplimiento ni preliminar ni completo. 2. (Acciones de mitigación de riesgos y oportunidades desarrolladas/ Total de acciones propuestas) *100. No muestra evidencias, pero sí un cumplimiento del 100%	1. Diseñar un formato Transversal, con una estructura mejorada e integral, que se denomine Hoja de Vida de Indicadores. 2. Reajustar la Matriz de Indicadores (E-GPE-FO12) con una nueva denominación: FORMATO MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES Y OBJETIVOS DE CALIDAD	1. Diseñar formato de hoja de vida de indicadores e Instructivo 2. Ajustar la matriz de indicadores (E-GPE-FO12)	1. Diseñar y socializar "Formato de Hoja de Vida de Indicador", para que el uso sea a partir del reporte de indicadores del Trimestre II de 2026 2. Diseñar "Formato Matriz de Indicadores Análisis Objetivos Calidad" y migrar la información de indicadores reportados en Trimestre II de 2026	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
7	Se identifica la inexistencia de un formato oficial (plantilla) que permita a los líderes de cada proceso gestionar formalmente ante el área de Gestión de Calidad las solicitudes de creación, modificación o eliminación de información documentada. Si bien el Instructivo E-GCA IT01 (2026) establece lineamientos para la elaboración de documentos, y la Caracterización E-GED-CA13 menciona la actividad de "Controlar la emisión, modificación o eliminación de la información documentada", no existe un registro soporte que garantice la trazabilidad de quién solicita el cambio, cuál es la justificación técnica del mismo y cuándo fue aprobado por la autoridad competente antes de su publicación oficial.	Falta de desarrollo de instrumentos operativos (formatos) que den cumplimiento práctico a las actividades de control documental descritas en la planeación estratégica y en el nuevo instructivo de 2026.	1. Diseñar e implementar un formato denominado "Control de Información Documental CID" (codificado al proceso de Gestión de Calidad). 2. Realizar un procedimiento del uso adecuado del formato "Control de Información Documental CID" 3. Actualizar el E-GCA-IT01 INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS DEL SGC 4. Socializar el instructivo E-GCA-IT01 INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS DEL SGC, y formato "Solicitud de Acción Documental" ante la entidad.	1. Creación de documentos que permitan llevar una trazabilidad de control documental de acuerdo con los lineamientos NTC ISO 9001, para el fortalecimiento del SGC.	1. Crear, implementar y socializar Formato "Control de Información Documental CID" 2. Actualizar y socializar el Instructivo para la Elaboración de Documentos E-GCA-IT01	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
8	Se identifica una ambigüedad en el sistema de gestión del IMEBU (Manual del SIGC e Instructivo de Documentación) respecto a los niveles de aprobación. Actualmente, no existe una distinción clara entre los documentos de carácter estratégico (políticas, objetivos estratégicos y planes de acción institucionales) y los documentos de carácter operativo o técnico (manuales de procesos, guías, procedimientos y formatos). Esta falta de claridad contraviene el rol del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual, según el marco del MIPG, debe centrarse en la orientación y evaluación de políticas de gestión y no en la validación minuciosa de la documentación técnica diaria de cada proceso.	Persistencia de una cultura administrativa heredada de sistemas de calidad anteriores donde se centralizaba toda aprobación en un comité, sumado a una interpretación extensiva del término "acciones y estrategias" contenido en la Resolución 018 de 2018 IMEBU.	1. Realizar y enviar solicitud al Comité de Gestión y Desempeño IMEBU, con el fin de reestructurar el acto administrativo del comité. 2. Crear y socializar la Matriz de Autoridad y Responsabilidad -RACI 3. Definir taxativamente en el Manual Operativo de Calidad e Instructivo para Elaboración de Documentos E-GCA-IT01 que los documentos serán aprobados por el líder del proceso a través del Correo Electrónico.	1. Solicitar al Comité de Gestión y Desempeño la reestructuración del acto administrativo. 2. Actualizar el Manual Operativo de Calidad e Instructivo de creación documental, definiendo taxativamente la aprobación documental de la entidad.	1. Diseñar y socializar la Matriz de Autoridad y Responsabilidad -RACI 2. Actualizar Manual e instructivo respecto a lo indicado en la Matriz de Autoridad y Responsabilidad -RACI	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		

9	Tras la revisión de los formatos de Caracterización de Procesos (E-GED-CA13), Matriz de Indicadores (E-GPE-FO12), se identifica que su diseño incluye los elementos esenciales de la norma NTC ISO 9001:2015 y el MIPG. No obstante, el hallazgo radica en la falta de garantía de que cada proceso de la entidad diligencie con rigor técnico campos críticos como: 1. El ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) y los Requisitos Legales en la caracterización. 2. La Alineación del Indicador con el Objetivo del SGC, indispensable para medir la eficacia del sistema. 3. El Rango de Gestión (Sobresaliente, Satisfactorio, Deficiente) con sus respectivos valores alerta (0-49% para deficiente), los cuales son mandatorios para la toma de decisiones basada en evidencia	Falta de una directriz técnica de obligatorio cumplimiento que impida la aprobación de documentos operativos (caracterizaciones o matrices) si estos omiten los campos de "Alineación al Objetivo del SGC"	1. Realizar despliegue de objetivos del sistema 2. Verificación general de objetivos dentro de la documentación estratégica de los procesos.	1. Garantizar que los objetivos del sistema se encuentren alineados con la información documentada del sistema.	1. Diseñar, formalizar e implementar una directriz técnica de obligatorio cumplimiento para la aprobación de documentos en el proceso de Gestión de Calidad. 2. Enviar comunicado y entrenar a cada Líder de Proceso y su Equipo de Trabajo respecto de la importancia de la asociación de los Objetivos de Calidad con los Indicadores de Gestión de cada proceso. 3. Asegurar que en la actualización de las catorce (14) caracterizaciones de los procesos de la entidad, se encuentren asociadas con los Objetivos de Calidad	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
10	Riesgo No. 1 (Obsolescencia documental): Se evidenció que el 82.6% de la documentación activa del SIGC corresponde a versiones desactualizadas (2017-2022), lo que confirma que los documentos del SGC se encuentran desactualizados. Riesgo No. 3 (Perfil de Auditores): Se constató que los auditores del 2º semestre de 2025 no acreditaron la formación en ISO 9001:2015 exigida por el perfil, así como tampoco la Certificación como Auditor Interno de Calidad, invalidando los criterios de competencia técnica para la ejecución de auditorías internas decalidad. Riesgo No.2 (Utilización de instrumentos no adecuados para la auditoría programada): no se tiene claro como este riesgo se encuentra en el tablero del proceso de Calidad y Mejora Continua, aun cuando los supuestos responsables son la Oficina de Control Interno y la Subdirección Técnica.	La tipificación incorrecta de los riesgos institucionales ocasionó fallas en la ejecución de las acciones de gestión administrativa.	1. Fomentar y propender que la entidad actualice y depure su información documental, de acuerdo con el procedimiento establecido y su formato. 2. Rediseñar las actividades del mapa de riesgos del proceso de calidad. 2. Actualizar el perfil de Auditores de Calidad en los documentos en los que se refiere.	1. Rediseñar y actualizar los riesgos del proceso de calidad, asegurando la adecuada identificación del sistema de gestión de calidad	1. Actualizar los documentos de Calidad, en los que se haga referencia a Perfiles de Auditores de Calidad 2. Revisar y actualizar la matriz de riesgos del proceso de Gestión de Calidad 2. Ajustar tipificación de riesgos 3. Definir controles efectivos 4. Implementar seguimiento	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
11	Se constató una desconexión administrativa en la arquitectura documental de la entidad. Actualmente, el Procedimiento de Control de Información Documentada, que es el documento rector del SGC se encuentra codificado bajo el proceso de Gestión Documental (GDC), a pesar de que el Instructivo de 2026 indica que su liderazgo corresponde a Calidad. Así mismo, el Formato de Normograma (A-GTH-FO14) figura como propiedad del proceso de Gestión de Talento Humano (GTH), cuando técnicamente es un instrumento de Mejoramiento Continuo.	Falta de armonización entre el listado maestro de documentos y el esquema de macroprocesos definido para el IMEBU, lo que ha permitido que instrumentos de aplicación institucional (transversales) permanezcan bajo la administración y códigos de procesos de apoyo.	1. Actualizar la codificación documental conforme al instructivo E-GCA-IT01 'INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS DEL SGC.'	1 Actualizar la codificación documental conforme al instructivo E-GCA-IT01 'Instructivo para Elaborar Documentos del SGC', garantizando la correcta identificación, control y estandarización de los documentos dentro del sistema de gestión de calidad	1. Realizar la revisión integral y armonización del listado maestro de documentos y el Instructivo de Elaboración de Documentos. 2. Ajustar códigos documentales de todos los procesos de la entidad, con las TRD actualizadas, nomenclatura de procesos y secuencia de números y, actualizar todos los documentos del SGC. 3. Actualizar listado maestro 4. Socializar cambios	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		
12	Se identifica que el reporte de gestión realizado por el Proceso de Calidad, actualmente denominado Informe E-GPE-FO30, presenta brechas significativas frente al estándar institucional. Primero, su codificación (GPE) no ha sido armonizada con la nueva sigla GCA establecida para el 2026. No se evidencia en la caracterización la entrega sistemática de informes de Revisión por Procesos por cada uno de los 13 procesos. Finalmente, el contenido actual del informe carece de una estructura técnica que analice elementos clave como: la eficacia de los indicadores frente a los Rangos de sobresaliente), el estado de madurez de los controles de riesgos y la sostenibilidad de las acciones de mejora, correctivas, capacitaciones/inducciones a los procesos en temas de Calidad.	Uso de un modelo de informe simplificado (E-GPE-FO30) con un enfoque más descriptivo que analítico, sumado a la falta de una directriz técnica que obligue a los líderes de proceso a reportar insumos de calidad con cierre trimestral.	1. Diseñar e implementar el Formato de Informes de Revisión por Procesos.	1. Diseñar e implementar un nuevo formato de informe de Revisión por Procesos, para ejecución y presentación de manera trimestral, que permita estandarizar la presentación de resultados, facilitar el análisis de la información y apoyar la toma de decisiones, en coherencia con los lineamientos institucionales.	1. Diseñar y socializar formato e instructivo de "Informe de Revisión por Procesos"	100%	Porcentaje	27/4/2026	19/6/2026	8	Profesional de apoyo de calidad y líder de proceso de calidad		


LAURA MELISSA PATIÑO CONTRERAS
SUBDIRECTORA TECNICA