




Formato de Programa de Mejora

Unidad Responsable	UTSIT	Trimestre Evaluado	SEGUNDO TRIMESTRE
Código	P0861.0002.0020		

Programa de Mejora							
No.	Aspecto Susceptible de Mejora	Prioridad			Propuesta de Mejora	Fecha de Cumplimiento	Nombre y firma de responsable
		Alta	Media	Baja			
1	Homologación de criterios a revisar		X		Definir los criterios de revisión, ya que durante la segunda revisión se nos solicitó mecanismos de control, los cuales no se habían solicitado en la primer revisión y por lo tanto no se tenían cargados al sitio	11/09/2020	 Luis Armando Montoya Castillo

