

CM-F-09 Versión 2 Fecha de Aprob.:14/02//2011	PLAN DE MEJORAMIENTO	
---	-----------------------------	--

Nombre de la Entidad:	
Representante Legal:	
Nombre Dependencia o Area:	
Auditoria Nº:	
Periodo Fiscal que cubre:	
Fecha de Suscripción:	

Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del Hallazgo	Efecto del Hallazgo	Acción de Mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominacion de la Unidad de medida	Unidad de medida de las Metas	Dimensión de la meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de la Acción	Responsable
											0,00	
											0,00	
											0,00	
											0,00	
											0,00	
											0,00	
											0,00	

Revisó: _____

Aprobó: _____