

TIPO DE REPORTE

<input checked="" type="radio"/> Plan de Mejora	<input type="radio"/> Plan de Contingencia	<input type="radio"/> Salida No Conforme
--	---	---

DESCRIPCION DE <u>LA SALIDA O PRODUCTO NO CONFORME</u> , HALLAZGO O DEL ASPECTO A MEJORAR.	PROCESO (s) EN QUE SE EVIDENCIA			
No se evidencian acciones correctivas asociadas al informe de iluminación de 2017-04 que registran áreas con deficiencia en los niveles de iluminación.	Planeación Institucional	<input type="radio"/>	Observatorio Nacional de Salud	<input type="radio"/>
	Gestión de Calidad	<input type="radio"/>	Gestión Humana	<input checked="" type="radio"/>
	Comunicación Institucional	<input type="radio"/>	Adquisición de bienes y servicios	<input type="radio"/>
	Control Interno	<input type="radio"/>	Gestión Documental	<input type="radio"/>
	TIC	<input type="radio"/>	Recursos Fisicos	<input type="radio"/>
	Redes en SP	<input type="radio"/>	Gestión Ambiental	<input type="radio"/>
	Vigilancia y análisis del riesgo en SP	<input type="radio"/>	Gestión Financiera	<input type="radio"/>
	Investigación en SP	<input type="radio"/>	Gestión Jurídica	<input type="radio"/>
	Equipos de Laboratorio	<input type="radio"/>	Atención al ciudadano	<input type="radio"/>
	Producción	<input type="radio"/>		

2017-11-01 Fecha	Decreto 1072 de 2015, Titulo 4, Capitulo 6, Artículo 2.2.4.6.33; Requisito y Norma Relacionada	Ing Milena Hurtado-Rol Auditor - Icontec Nombre
---------------------	---	--

ACCION INMEDIATA

Seleccione la "M" por la cual se genero la salida No conforme

<u>TRATAMIENTO DE LA SALIDA NO CONFORME</u> (Marque con una "X")	<u>Identificación de la Salida NO conforme</u>
---	--

Corrección	Separación, Contención, Devolución o suspensión de provisión de productos y
Información al Cliente	Obtención de autorización para su aceptación bajo concesión.

DESCRIPCION DE LA ACCION INMEDIATA O TRATAMIENTO
(Aplica unicamente para No Conformidad Real y para Salida No Conforme)


Remitir al Grupo de Gestión Adinistrativa el informe de iluminación, para tomar las medidas correctivas.	EJECUCION	Responsable	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.
		Fecha	30 de noviembre de 2017


Verificación del tratamiento o conformidad de la salida

	Responsable	
	Fecha	AAAA-MM-DD

<u>La salida no conforme requiere plan de mejoramiento?</u> <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<u>Justifique el (los) motivo(s) por los cuales no requiere Plan de Mejoramiento</u>
<u>Codigo del plan</u> A01-20-2017	

***Nota:** En caso de que la salida o producto no conforme NO requiera plan de mejoramiento ajuste la paginación e imprima unicamente la hoja diligenciada.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO - GESTION DE CALIDAD	PLANES DE MEJORAMIENTO Y		VERSIÓN: 11
	REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES		2017-04-03
	FOR-D02.0000-007		Pag 2 de 4
FUENTE DEL PLAN			
	INCUMPLIMIENTO - No conformidad real		RIESGO - No conformidad potencial
Auditoría Interna <input checked="" type="checkbox"/>	Requisitos del cliente		Mapas de Riesgos
	Requisitos legales	<input checked="" type="checkbox"/>	Tendencia de indicadores (Amarillo)
Auditoría Externa <input type="checkbox"/>	Requisitos de la organización (procedimientos, especificaciones, instructivos, etc.)		Decisiones impartidas por la alta dirección
	Requisitos de la norma		Observaciones
Autocontrol <input type="checkbox"/>	Metas de Indicadores (Rojo)		Sugerencias y solicitudes de los clientes
	Peticiones, Quejas o Reclamos		Tendencias cartas de control
	Producto/Trabajo/Servicio/ Salida No conforme		Resultados encuesta de satisfacción del cliente
Seguimiento a la gestión institucional <input type="checkbox"/>	Decisiones impartidas por la alta dirección		OPORTUNIDAD DE MEJORA
	Cierre no eficaz o no efectivo del plan de mejoramiento		Tendencia de indicadores (Verde)
			Decisiones del proceso
			Recomendaciones
			Sugerencias y solicitudes de los clientes
CLASIFICACION DEL HALLAZGO			
NO CONFORMIDAD REAL (Acción Correctiva) <input checked="" type="radio"/>	NO CONFORMIDAD POTENCIAL (Acción Preventiva) <input type="radio"/>	OPORTUNIDAD DE MEJORA (Acción de mejora) <input type="radio"/>	PLAN DE CONTINGENCIA (Riesgos en zona baja) <input type="radio"/>
ANALISIS DE CAUSAS			
1. ¿Por qué no se evidencian acciones correctivas asociadas al informe de iluminación de 2017-04 que registran áreas con deficiencia en los niveles de iluminación R: Porque no se envió el informe de medición de iluminación al Grupo de Gestion Administrativa, y ellos desde su competencia tomaran las medidas correctivas.			
CAUSA RAIZ			
No se envió el informe de medción de iluminación al Grupo de Gestión Administrativa			

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO - GESTION DE CALIDAD	PLANES DE MEJORAMIENTO Y <u>REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES</u>	VERSIÓN: 11
		FOR-D02.0000-007	2017-04-03
			Pag 3 de 4
Nº	ACTIVIDADES DEL PLAN	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE DE EJECUCIÓN
1	Definir en el plan anual de trabajo de SST las mediciones de higiene industrial priorizadas en la matriz de peligros y riesgos para programar su ejecución	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	15 de febrero de 2018
3	Gestionar ante la ARL las mediciones de Higiene industrial iluminación.	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	15 de febrero de 2018
4	Remitir los informes a los grupos pertinentes.	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	30 de julio de 2018
5	Realizar el seguimiento para la ejecución de las acciones correctivas	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	30 noviembre de 2018
Firma: Responsable del proceso y/o Rol Competente		Fecha Proyectada para valoración de la eficacia: Noviembre 2018	

MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS

Actividad N°	MONITOREO (Responsables de proceso) (Cite las evidencias de las acciones)		SEGUIMIENTO (Oficina de Control Interno)	
	Avances		Evaluación y/o Observaciones	
1				
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD		
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.			
2				
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD		
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.			
3				
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD		
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.			
4			Fecha de registro	AAAA-MM-DD
			Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.	
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.			

*Nota: En caso de ser requerido, imprima otra hoja de seguimiento y ajuste la paginación

EVALUACION DEL PLAN

EFICAZ: SI ___ NO ___ <i>(En caso de marcar No Eficaz debe replantear el plan y justificar)</i>	EFFECTIVO: SI ___ NO ___ <i>(En caso de marcar No Efectivo debe replantear el plan y justificar)</i>
Descripción de la justificación:	Descripción de la justificación:
Nombres, Apellidos y Cargo OCI	Nombres, Apellidos y Cargo OCI
Fecha:	Fecha: