

Consecutivo del hallazgo:	TIPO DE PLAN
----------------------------------	---------------------

A03-04-2016	<input checked="" type="radio"/> Mejora	<input type="radio"/> Contingencia
-------------	--	---

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O DEL ASPECTO A MEJORAR.	PROCESO (s) QUE EVIDENCIA (n) EL HALLAZGO
<p>No se establecen controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar el logro de los objetivos de la entidad.</p> <p>Evidencia:</p> <p>No se genera la implementación del plan de contingencia como lo establece la caracterización del riesgo de gestión documental " Incumplimiento legal de las políticas de archivo y de los procedimientos para la selección, conservación y administración de archivo físico y digital".</p> <p>No se evidencia monitoreo como lo establece la caracterización del riesgo de gestión documental " Uso indebido de información privilegiada durante el préstamo de los expedientes a los diferentes áreas del INS, hasta su devolución", debido a que los procesos no realizan la devolución en los tiempos establecido de los documentos prestados.</p>	Planeación Institucional <input type="radio"/> Observatorio Nacional de Salud <input type="radio"/>
	Gestión de Calidad <input type="radio"/> Gestión Humana <input type="radio"/>
	Comunicación Institucional <input type="radio"/> Adquisición de bienes y servicios <input type="radio"/>
	Control Interno <input type="radio"/> Gestión Documental <input checked="" type="radio"/>
	TIC <input type="radio"/> Recursos Físicos <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"/>

2016/12/09 Fecha	4.1 Requisitos generales g) Requisito y Norma Relacionada	Auditor Interno - Firma Praxxis Consultores Nombre - rol de quien detecta - <u>Entidad</u>
---------------------	--	---

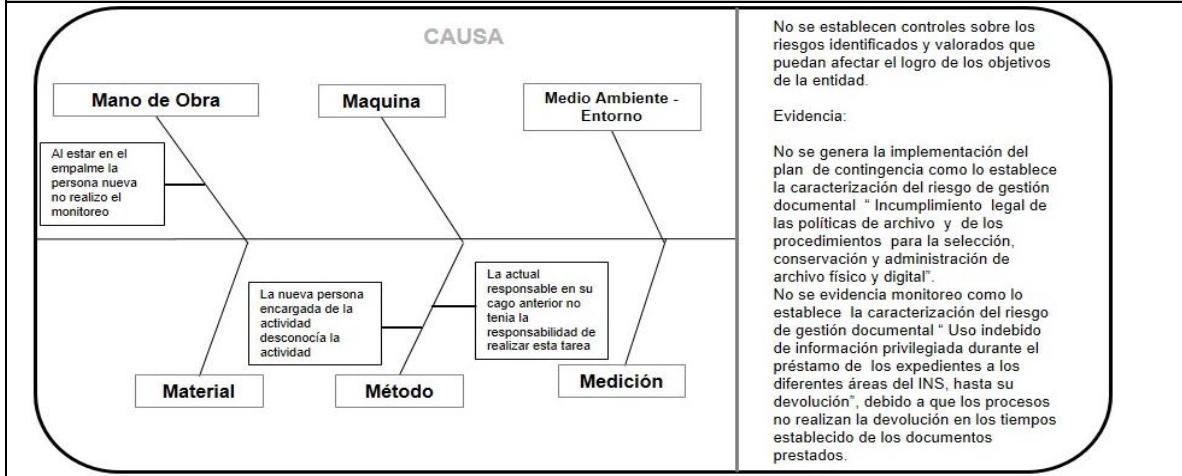
FUENTE	
INCUMPLIMIENTO - No conformidad real	RIESGO - No conformidad potencial
Auditoría Interna <input checked="" type="checkbox"/>	Mapas de Riesgos
Auditoría Externa <input type="checkbox"/>	Tendencias de indicadores (Amarillo)
Autocontrol <input type="checkbox"/>	Decisiones impartidas por la alta dirección
Seguimiento a la gestión institucional <input type="checkbox"/>	Observaciones
	Sugerecias y solicitudes de los clientes
	Tendencias cartas de control
	Resultados encuesta de satisfacción del cliente
	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	Tendencias de indicadores (Verde)
	Decisiones del proceso
	Recomendaciones
	Sugerecias y solicitudes de los clientes

NO CONFORMIDAD REAL <input checked="" type="radio"/> (Acción Correctiva)	NO CONFORMIDAD POTENCIAL <input type="radio"/> (Acción Preventiva)	OPORTUNIDAD DE MEJORA <input type="radio"/> (Acción de mejora)	PLAN DE CONTINGENCIA <input type="radio"/> (Riesgos en zona baja)
--	--	--	---


Descripción de la Corrección o Acción Inmediata <i>(Aplica unicamente para No Conformidad Real)</i>	Responsable de ejecución	Fecha de ejecución
---	---------------------------------	---------------------------

Realizar el monitoreo al Riesgo de Gestión	Auxiliar Administrativo Referente de Calidad	2017-12-26
--	--	------------

ANALISIS DE CAUSAS



CAUSA RAIZ Porque en el acta de entrega del cargo se deben especificar la lista de los pendientes.	CONSECUTIVO DEL PLAN: A03-04-2016
--	---

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO - GESTION DE CALIDAD	REPORTE DE HALLAZGOS Y PLANES		VERSIÓN: 10
		FOR-D02.0000-007		2016-02-01
				Pag 2 de 3
Nº	DESCRIPCIÓN DEL PLAN	Responsable	Fecha <i>límite de ejecución</i>	
1	Indicar dentro del procedimiento de induccion que se debe diligenciar en su totalidad el Acta de entrega cuando haya traslados de personal dentro del I.N.S.	GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL / TALENTO HUMANO	2017 febrero	
Firma: Responsable del proceso y/o Rol Competente			Fecha Proyectada para valoración de la eficacia: Febrero 2017	

—

MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS

Actividad Nº	MONITOREO (Responsables de proceso) <i>(Cite las evidencias de las acciones)</i>		SEGUIMIENTO <i>(Oficina de Control Interno)</i>	
	Avances		Evaluación y/o Observaciones	
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD	Fecha de registro	AAAA-MM-DD
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.		Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.	
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD	Fecha de registro	AAAA-MM-DD
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.		Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.	
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD	Fecha de registro	AAAA-MM-DD
	Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.		Nombres, Apellidos y Cargo o Rol.	
	Fecha de registro	AAAA-MM-DD	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

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 Firma OCI	Nombres, Apellidos y Firma OCI
Fecha:	Fecha: