

Consecutivo del hallazgo:	TIPO DE PLAN
A03-05-2016	<input checked="" type="radio"/> Mejora <input type="radio"/> Contingencia

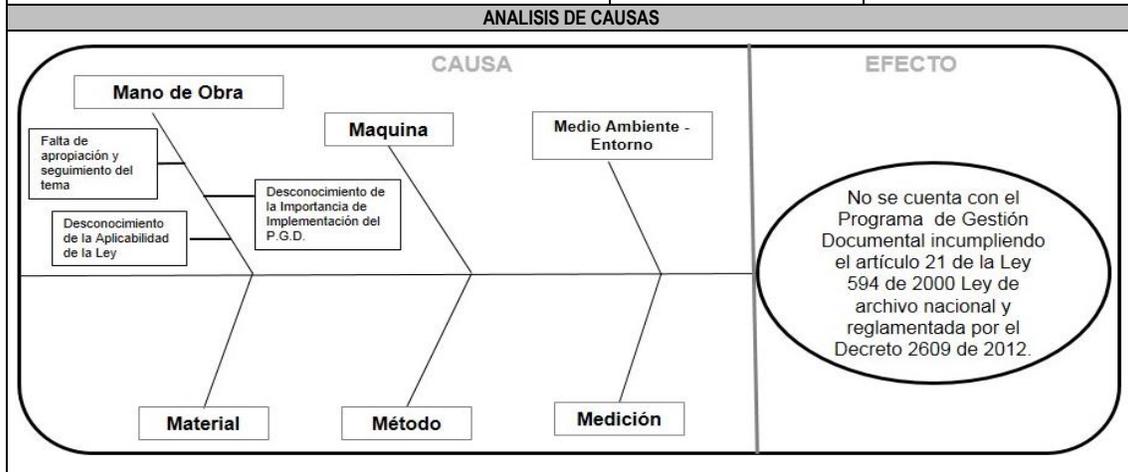
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O DEL ASPECTO A MEJORAR.	PROCESO (s) QUE EVIDENCIA (n) EL HALLAZGO	
No se cuenta con el Programa de Gestión Documental incumpliendo el artículo 21 de la Ley 594 de 2000 Ley de archivo nacional y reglamentada por el Decreto 2609 de 2012.	Planeación Institucional	<input type="radio"/> 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	Ley 594 de 2000 Requisito y Norma Relacionada	Auditor Interno - Firma Praxxis Consultores Nombre - rol de quien detecta - <i>Entidad</i>
---------------------	--	---

FUENTE		INCUMPLIMIENTO - No conformidad real	RIESGO - No conformidad potencial
Auditoría Interna <input checked="" type="checkbox"/>	Requisitos del cliente	Mapas de Riesgos	
	Requisitos legales	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	
	Producto/Trabajo/Servicio No conforme	Tendencias cartas de control	
	Peticiones, Quejas o Reclamos	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"/>
	<input type="radio"/>	OPORTUNIDAD DE MEJORA (Acción de mejora)	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	PLAN DE CONTINGENCIA (Riesgos en zona baja)	<input type="radio"/>

Descripción de la Corrección o Acción Inmediata <i>(Aplica únicamente para No Conformidad Real)</i>	Responsable de ejecución	Fecha de ejecución
Realizar el Programa de Gestion Documental	Coordinadora del Grupo de Gestión Documental	2016-12-30



CAUSA RAIZ	CONSECUTIVO DEL PLAN:
No se había hecho el seguimiento al tema específico.	A03-05-2016

N°	DESCRIPCIÓN DEL PLAN	Responsable	Fecha <i>limite de ejecución</i>
1	Presentar al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo el Programa de Gestión Documental para observaciones	Coordinadora del Grupo de Gestión Documental	2016-12-30
2	Implementar el Programa de Gestión Documental en la entidad	Coordinadora del Grupo de Gestión Documental	2017 febrero
3	Seguimiento al Programa de Gestión Documental	Coordinadora del Grupo de Gestión Documental	2017 junio
Firma: Responsable del proceso y/o Rol Competente			Fecha Proyectada para valoración de la eficacia: Junio 2017

MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS

Actividad N°	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 Fecha:	Nombres, Apellidos y Firma OCI Fecha: