

Consecutivo del hallazgo: A03-06-2016	TIPO DE PLAN <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>La entidad no ha asegurado que el personal que ejerce funciones publicas sea consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de como contribuyen al logro de los objetivos.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Se observa que el Responsable del proceso de Gestión Documental no tiene suficiente conocimiento de los riesgos identificados al proceso, los cuales están definidos en el Mapa de Riesgos Institucional y en la Caracterización de riesgos, de igual manera de los indicadores de gestión del proceso su medición y seguimiento.</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="checkbox"/>
	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"/>

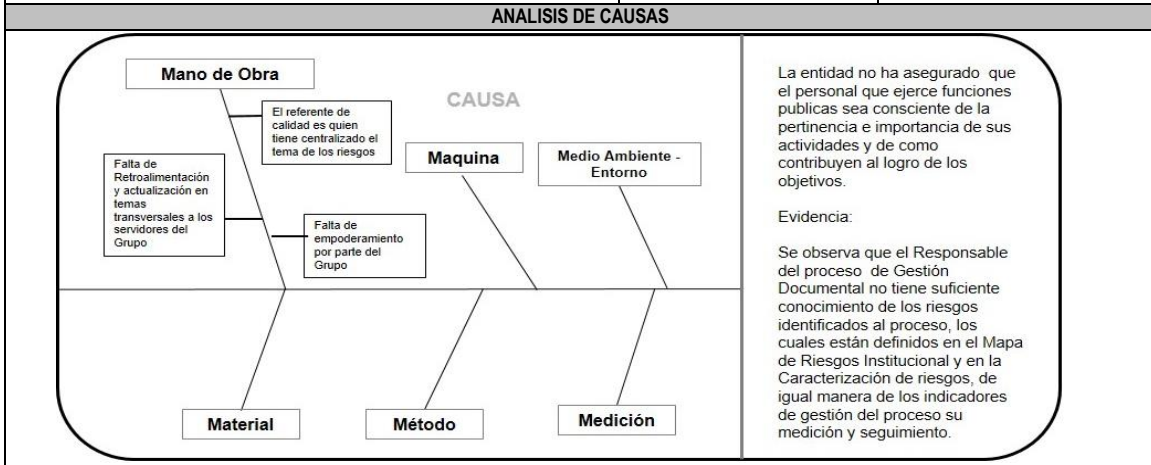
2016/12/09 Fecha	6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia d) Requisito y Norma Relacionada	Auditor Interno - Firma Praxxis Consultores Nombre - rol de quien detecta - <i>Entidad</i>
---------------------	--	---

FUENTE		INCUMPLIMIENTO - No conformidad real	RIESGO - No conformidad potencial
<i>Auditoria Interna</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Requisitos del cliente	Mapas de Riesgos
		Requisitos legales	Tendencia de indicadores (Amarillo)
<i>Auditoria Externa</i>	<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	<i>Tendencias cartas de control</i>
Seguimiento a la gestión institucional	<input type="checkbox"/>	Peticiones, Quejas o Reclamos	Resultados encuesta de satisfacción del cliente
		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

CLASIFICACIÓN DEL HALLAZGO

NO CONFORMIDAD REAL (Acción Correctiva)
 NO CONFORMIDAD POTENCIAL (Acción Preventiva)
 OPORTUNIDAD DE MEJORA (Acción de mejora)
PLAN DE CONTINGENCIA (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
Socialización del mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Documental a la Coordinadora del Grupo	Auxiliar Administrativo	2017-12-21



CAUSA RAIZ Falta de retroalimentación y actualización en temas transversales a los servidores del grupo.	CONSECUTIVO DEL PLAN: A03-06-2016
--	---

Nº	DESCRIPCIÓN DEL PLAN	Responsable	Fecha <i>límite de ejecución</i>
1	Realizar un cronograma para la retroalimentación de temas transversales en el equipo	Auxiliar administrativo Referente de calidad	2016-12-05
2	Hacer Seguimiento de los temas transversales y específicos del Grupo de Gestión Documental acorde al cronograma establecido	Imelda María Flórez Rojas	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	Nombres, Apellidos y Firma OCI
Fecha:	Fecha: