

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

A04-01-2017	<input checked="" type="radio"/> <b>Mejora</b> <input type="radio"/> <b>Contingencia</b>
-------------	--

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O DEL ASPECTO A MEJORAR.	PROCESO (s) QUE EVIDENCIA (n) EL HALLAZGO	
<p>La entidad no asegura que el programa de calibración de los equipos de medición se cumpla.</p> <p>- No se cuenta con los certificados de calibración del año 2015 y 2016, del equipo con ID 11708 / SN 411069192, que en el PAME tiene establecida un intervalo de calibración de 12 meses, entre otros casos.</p> <p>- El documento PAME 2016, presenta una clasificación de equipos que no corresponde con su uso: contiene equipos que no son patrones, dentro de la clasificación de patrones, tales como "muestreadores" y verificadores de estanqueidad entre otros.</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 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 checked="" type="radio"/> Atención al ciudadano <input type="radio"/>
	Producción	<input type="radio"/>

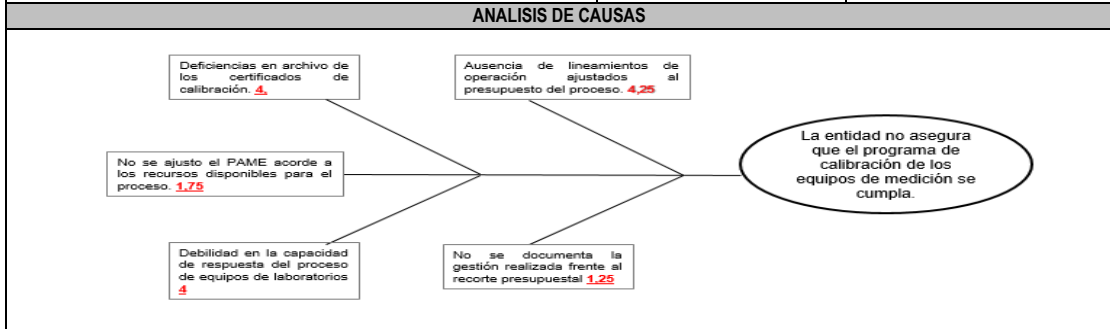
2017-01-23 Fecha	Norma ISO 9001,2008 NTCGP1000:2009 7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición Requisito y Norma Relacionada	Auditor Lider_Auditoria externa _ICONTEC_ Nombre - rol de quien detecta - <b>Entidad</b>
---------------------	---	---

FUENTE		INCUMPLIMIENTO - No conformidad real	RIESGO - No conformidad potencial
<b>Auditoría Interna</b> <input type="checkbox"/>	Requisitos del cliente	Mapas de Riesgos	
	Requisitos legales	Tendencia de indicadores (Amarillo)	
<b>Auditoría Externa</b> <input checked="" type="checkbox"/>	Requisitos de la organización (procedimientos, especificaciones, instructivos, etc.)	Decisiones impartidas por la alta dirección	
	Requisitos de la norma	Observaciones	
<b>Autocontrol</b> <input type="checkbox"/>	Metas de Indicadores (Rojo)	Sugerencias y solicitudes de los clientes	
	Producto/Trabajo/Servicio No conforme	<b>Tendencias cartas de control</b>	
	Peticiones, Quejas o Reclamos	Resultados encuesta de satisfacción del cliente	
<b>Seguimiento a la gestión institucional</b> <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)     
 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 únicamente para No Conformidad Real)</i>	Responsable de ejecución	Fecha de ejecución
1) Revisar y reclasificar las familias de los equipos. 2. Calibrar el 100% de los equipos que conforman las familias de "patrones" y "balanzas" del INS.	Grupo equipos de laboratorio y producción	2017-NOVIEMBRE



<b>CAUSA RAIZ</b>	<b>CONSECUTIVO DEL PLAN:</b>
Ausencia de lineamientos de operación ajustados al presupuesto del proceso.	A04-01-2017

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO - GESTION DE CALIDAD</b>	<b>REPORTE DE HALLAZGOS Y PLANES</b>	VERSIÓN: 10
		FOR-D02.0000-007	2016-02-01
			Pag 2 de 3
<b>Nº</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL PLAN</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha <i>límite de ejecución</i></b>
1	Documentar los lineamientos utilizados para la clasificación de las diferentes familias de equipos y las variables de análisis para definir la priorización de intervención.	Responsable de aseguramiento metrológico de cada Dirección del Grupo de equipos de laboratorio	2017-07-31
2	Ejecutar el PAME 2018 obtenido de la aplicación de los lineamientos vigentes.	Responsable de aseguramiento metrológico de cada Dirección del Grupo de equipos de laboratorio	2018-12-31
Juan Carlos Bocanegra Moreno Firma: Responsable del proceso    y/o    Rol Competente			Fecha Proyectada para valoración de la eficacia: Diciembre 2018

**MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS**

Actividad N°	<b>MONITOREO</b> (Responsables de proceso) <i>(Cite las evidencias de las acciones )</i>		<b>SEGUIMIENTO</b> <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**

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