

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 han sido determinados los indicadores que evalúan la estructura del SG-SST.	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, Articulo 2.2.4.6.20; Requisito y Norma Relacionada	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)

Reevaluar los indicadores del SG-SST, analizando el artículo 2.2.4.6.20 del título 4 capítulo 6 del decreto 1072 de 2015 relacionado con indicadores de estructura, para determinar cuáles son los indicadores de estructura y sus requisitos específicos.	EJECUCION	Responsable	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.
		Fecha	15 de febrero de 2018

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>Código del plan</u>	
A01-15-2017	

***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			
<p>1. ¿Por qué no han sido determinados los indicadores que evalúan la estructura del SG-SST?</p> <p>R: Porque al realizar la revisión de los requisitos del artículo 2.2.4.6.20 del título 4 capítulo 6 del decreto 1072 de 2015 durante la evaluación inicial del SG-SST, se evidencio que estos indicadores son documentales o de evidencia (Existe SI o NO) y no requieren una formulación específica. Con la revisión de los requisitos de este articulo para indicadores de estructura, se concluyó que la entidad les da cumplimiento al tener las evidencias requeridas en la norma, aunque esta verificación no se hizo a través de alguna lista de chequeo específica, solo a través del formato de evaluación inicial y contrastando contra la norma.</p>			
CAUSA RAIZ			
<p>En la revisión inicial del SG-SST se concluyó que la entidad cumplía los requisitos para indicadores de estructura y que este tipo de indicadores son documentales o de evidencia y no requiere formulación específica, aunque no se dejó una evidencia de esta verificación en alguna lista de chequeo, solo a través del formato de evaluación inicial y contrastando contra la norma.</p>			

 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	Modificar el FOR-A01-2014-013 para incluir una lista de chequeo para determinar los indicadores de estructura y evidenciar como se da cumplimiento a los requisitos específicos del decreto, lo anterior de acuerdo a la revisión efectuada a los indicadores del SG-SST.	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	30 de abril de 2018	
Firma: Responsable del proceso y/o Rol Competente			Fecha Proyectada para valoración de la eficacia: Abril 2018	

MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS

Actividad Nº	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: