

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			
Las hojas de vida de los indicadores del SG SST no cumplen con las fuentes de información para el cálculo y personas que deben conocer el resultado.	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 2.2.4.6.19; Requisito y Norma Relacionada	Ing 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>
<input type="checkbox"/>	Corrección	Separación, Contención, Devolución o suspensión de provisión de productos y	
<input type="checkbox"/>	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)

Incluir en el FOR-D02-000-001, la información de fuentes de información para el cálculo y personas que deben conocer el resultado, para todos los indicadores registrados.	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> A01-18-2017	

***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 REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES		VERSIÓN: 11
			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	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 las hojas de vida de los indicadores del SG SST no cumplen con las fuentes de información para el cálculo y personas que deben conocer el resultado?</p> <p>R: Porque al relacionar los indicadores en el FOR-D02-000-001, se omitió la inclusión de esta información para cada indicador por desconocimiento del formato, específicamente se desconocía en que campos se debía incluir la información de fuentes de información para el cálculo y personas que deben conocer el resultado.</p>			
CAUSA RAIZ			
Se omitió la inclusión de la información de fuentes de información para el cálculo y personas que deben conocer el resultado, por desconocimiento del formato, específicamente se desconocía en que campos se debía incluir la información.			

 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	Realizar una revisión general del artículo 2.2.4.6.19 del Decreto 1072 de 2015 relacionado con ficha técnica de indicadores, para validar si el FOR-D02-000-001 da cumplimiento a los requisitos de la norma. Lo anterior dejando registro en la evaluación inicial del SG-SST acerca de como se da cumplimiento, o mediante acta soporte de la revisión.	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	30 de junio de 2018	
2	Modificar el FOR-D02-000-001 de acuerdo a la revisión anterior (si se requiere), para dar cumplimiento a los requisitos del artículo 2.2.4.6.19 del título 4 capítulo 6 del decreto 1072 de 2015 relacionado con ficha técnica de indicadores, si se evidencia que no están cumpliendo aun el artículo.	Responsable de SST del INS - Profesionales SST.	30 de julio de 2018	
Firma: Responsable del proceso y/o Rol Competente			Fecha Proyectada para valoración de la eficacia: Julio 2018	

MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS

Actividad N°	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.		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: