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 1 de 4

TIPO DE <u>REPORTE</u>										
• <u>Pl</u>	● <u>Plan de</u> Mejora <u>Plan de Contingenc</u>			<u>cia</u>		0	<u>Salida l</u>	lo Conforme		
DESCRIPCION DE <u>LA SALIDA O PRODUCTO NO CONFORME.</u> HALLAZGO O DEL ASPECTO A MEJORAR.			PROCESO (s) EN QUE SE EVIDENCIA							
No se asegura que se hayan establecido mecanismos eficaces para que el				ción Instituciona			Observatorio Nacional de Salud	0		
personal conozca las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST teniendo en cuenta que este Comité debe				n de Calidad	0		Gestión Humana	0		
estudiar y co materia de me		ar las sugerencias q	ue presen	ten los trabajadores er	Comun	icación Institucio	onal O		Adquisición de bienes y servicios	0
	gurida	d industrial además	de servi	r como organismo de	Control	Interno	0		Gestión Documental	
empleador y l	os trab	pajadores en la soluci	ón de los	problemas relativos a la	TIC		0		Recursos Fisicos	0
SST y tramitar reclamos de le		pajadores relacionado:	s con la S	ST (Resolución 2013 de	Redes	en SP	0		Gestión Ambiental	0
1986). No se co	nocen	las funciones	del Cor	nité de convivencia		cia y análisis de en SP			Gestión Financiera	
Evidencia: Fal	ta de			el área según entrevista		gación en SP	0		Gestión Jurídica	0
	Equip		Gestión	documental, Financiero	Equipo	s de Laboratorio			Atención al ciudadano	0
Producción (Ha Galindo)	acienda	a			Produc	ción				
0047.44.0		Decreto 1072 de 20								
2017-11-0 Fecha	1	Requisito y	2.2.4.6.13; Norma Re			Raul Caicedo- Auditor Líder-ICONTEC Nombre - rol de quien detecta - <u>Entidad</u>				
				AC	CION	INMEDIATA				
			;	Seleccione la "M" por l	a cual	se genero la	a salida No con	forme		
			E LA SALI que con u	<u>DA NO CONFORME</u> na "X")				Identificación de la Salida NO conforme		
	C	Corrección		Separación, Conter			,			
	suspensión de provis Información al Cliente Obtención de auto		orizacio	rización para su						
aceptación baj			jo concesión. ACCION INMEDIATA O TRATAMIENTO							
				(Aplica unicamente para No						
Realizar y divlgar una pieza comunicativa con las fotos, nombres y áreas de los miembros que conforman el COPASST y el comité de Convivencia Laboral				Responsabl	e COPAS	SST, responsable de SST del INS - Profesionales SST. 31 de diciembre de 2017		es SST.		
y las funciones de ambos comités		EJEC	Fecha							
					Res	oonsable				
			F	Fecha AAAA-MM-DD						
La salida no conforme requiere plan de mejoramiento? NO NO				-	<u>Jus</u>	tifique el (los) moti	vo(s) por los cuales n	o requiere Plan de Mejoramiento		
Codigo del plan										
A01-23-2017										
*Nota: En c	caso o	de que la salida o	producto	no conforme NO re	auie	ra plan de	meioramient	o aiuste la pad	jinación e imprima unic	amente la

hoja diligenciada.

Instituto		PLANES DE MEJORAMIENTO <u>Y</u> <u>REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES</u>		VERSIÓN: 1	1		
	OCESO - GESTION DE CALIDAD			2017-04-03	}		
SALUD		FOR-D02.0000-007			Pag 2 de 4		
		FUE	NTE <u>DEL PLAN</u>				
	INCUMPLIMIENTO - No cor	nformidad real	RIE	RIESGO - No conformidad potencial			
Auditoría Interna	Requisitos del cliente		Mapas de Riesgos				
	Requisitos legales		Tendencia de indicadores (Amarillo)				
	Requisitos de la organización		Desisiones importidos por la				
Auditoria Externa	(procedimientos, especificaciones, instructiv	os, etc.)	Decisiones impartidas por la alta dirección				
	Requisitos de la norma		Observaciones	Observaciones			
	Metas de Indicadores (Rojo)		Sugerencias y solicitudes de	Sugerencias y solicitudes de los clientes			
Autocontrol	Peticiones, Quejas o Reclamos		Tendencias cartas de control				
	Producto/Trabajo/Servicio/Salida	No conforme	Resultados encuesta de satisfacción del cliente				
	Decisiones impartidas por la alta d	irección	OPORTUNIDAD DE MEJORA				
Seguimiento a la	Cierre no eficaz o no efectivo del plan	de mejoramiento	Tendencia de indicadores (Verde)				
gestión institucional	,		Decisiones del proceso				
gestion institucional			Recomendaciones				
			Sugerencias y solicitudes de los clientes				
		CLASIFICAC	ION DEL HALLAZGO				
NO CONFORMIDAD REAL NO CONFORMIDAD POTENCIAL OPORTUNIDAD DE MEJORA PLAN DE CONTIN				PLAN DE CONTINGENCIA	_		
(Acción Correctiva)	(Acción Preventiva)	\circ	(Acción de mejora)		(Riesgos en zona baja)	\circ	
		ANAL	ISIS DE CAUSAS				
1. ¿Por qué no se asegur	ra que se hayan establecido mecar	nismos eficaces	para que el personal conozca	as funciones del	Comité Paritario de Segu	uridad y Salud	
en el Trabajo COPASST?					•	-	
•	utilizado para la divulgación de las fi	unciones de este	comité (resolución de conforma	ción comunicada	por correo institucional) po	or si solo no es	
eficaz	g		(r		
			CAUSA RAIZ				
No se asegura que se	e hayan establecido mecanismos efica	aces para que el	personal conozca las funciones d	el Comité Paritario	de Seguridad y Salud en e	el Trabajo	
COPASST y el Comité de	Convivencia Laboral Porque el mecai	nismo utilizado pa	ara la divulgación de las funciones	de estos comités	(resolución de conformació	on comunicada	
•	p	or correo instituc	ional) por si solo no es eficaz				

Instituto	PLANES DE MEJORAMIENTO Y	VERSIÓN: 11
NACIONAL DE PROCESO - GESTION DE CALIDA	REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES	2017-04-03
SALUD	FOR-D02.0000-007	Pag 3 de 4

Nº	ACTIVIADES DEL PLAN	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE DE EJECUCIÓN					
1	Remitir durante el año cuatro (4) piezas comunicactivas con las funciones del COPASST y el Comité de Convivencia para ser publicadas a traves de ins comunicaciones.		30 de octubre de 2018					
2	Realizar las inspecciones de seguridad industrial con el acompañamiento del COPASST	Miembros de COPASST,Responsable de SST del INS	30 de octubre de 2018					
Firma:	Responsable del proceso y/o Rol Competente	Fecha Proy para valoración de la efi						



VERSIÓN: 11 PLANES DE MEJORAMIENTO Y REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES 2017-04-03 FOR-D02.0000-007 Pag 4 de 4

	MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS							
Actividad N°	(Responsable	TOREO es de proceso) as de las acciones)	SEGUIMIE (Oficina de Contr					
⋖	Ava	nces	Evaluación y/o Ot	oservaciones				
1	Fecha de registro	AAAA-MM-DD						
	Nombres, Apelli	dos y Cargo o Rol.						
2	Fecha de registro	AAAA-MM-DD						
		dos y Cargo o Rol.						
3	Fecha de registro Nombres, Apellii	AAAA-MM-DD dos y Cargo o Rol.						
4	Fecha de registro	AAAA-MM-DD	Fecha de registro	AAAA-MM-DD				
	Nombres, Apellii	dos y Cargo o Rol.	Nombres, Apellidos	y Cargo o Rol.				
	*N	ota: En caso de ser requerido, imprima o	tra hoja de seguimiento y ajuste la paginación					
EVALUACION DEL PLAN								
	EFICAZ: SI	NO	EFECTIVO: SI NO					
	(En caso de marcar No Eficaz debe	replantear el plan y justiicar)	(En caso de marcar No Efectivo debe replantear el plan y justificar)					
Descrip	cion de la justificación:		Descripcion de la j	iustificación:				
	Nombres, Apellidos	y Cargo OCI	Nombres, Apellidos	sy Cargo OCI				
Fecha:			Fecha:					