



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
MAYORÍA  
Unidad Administrativa Especial de  
Rehabilitación y Mantenimiento Vial

## FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO

CÓDIGO: CEM-FM-004

VERSIÓN: 8

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO DE 2022

PROCESO / UNIDAD AUDITADA:		PROCESO GESTION DE LABORATORIO										AÑO: 2022								
RESPONSABLE DEL PROCESO / UNIDAD AUDITADA:		GIACOMO MARCENARO JIMENEZ / WILINTONG CONTRERAS CAMACHO										FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 11/07/2022								
ITEM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO DE AUDITORIA (OPORTUNIDAD DE MEJORA/NO CONFORMIDAD OBSERVACION)	ORIGEN (1)	CAUSA (2)	TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR (3)	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (4)	INDICADOR (5)	FORMULA INDICADOR (6)	META DEL INDICADOR (7)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (8)	FECHA INICIO (9)	FECHA FIN (10)	AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (11)				SEGUIMIENTO (12)				
												FECHA DE CORTE	RESULTADO DEL INDICADOR A LA FECHA DE CORTE	ESTADO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	EVIDENCIA(S) SOPORTADA(S)	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR A LA FECHA DE CORTE	ESTADO	OBSERVACIONES
1	<p><b>Requisito aplicable:</b> 4.2.3. de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017</p> <p><b>Descripción:</b> Confidencialidad</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> Se evidencia que el laboratorio no asegura que la información acerca del cliente, obtenida de fuentes diferentes al cliente (por ejemplo, una persona que presente una queja, los organismos regulatorios) debe ser confidencial entre el cliente y el laboratorio. No se evidencia en el GLAB-CP-001 V2 Caracterización proceso gestión de laboratorio, no se evidencia en el Sistema de gestión.</p>	Auditoria Interna	<p>¿Porque el laboratorio no asegura que la información acerca del cliente, obtenida de fuentes diferentes al cliente (por ejemplo, una persona que presente una queja, los organismos regulatorios) debe ser confidencial entre el cliente y el laboratorio?</p> <p>Por que, aunque el laboratorio tiene un compromiso de confidencialidad entre el laboratorio y el cliente, en este no se especifica que la información obtenida de fuentes diferentes al cliente (por ejemplo, una persona que presente una queja, los organismos regulatorios) debe ser confidencial.</p>	Acción Correctiva	Informar al cliente: que la información obtenida de fuentes diferentes al cliente (por ejemplo, una persona que presente una queja, los organismos regulatorios) debe ser confidencial.	Correo electrónico	$\frac{N^{\circ} \text{ de clientes informados}}{N^{\circ} \text{ total de clientes}} * 100$	3 correos electrónicos a clientes	*Coordinador técnico *Auxiliar administrativo	2022-06-01	2022-07-30									
				Acción Correctiva	Incluir en el compromiso de confidencialidad con el cliente, que la información acerca del cliente, obtenida de fuentes diferentes al cliente (por ejemplo, una persona que presente una queja, los organismos regulatorios) debe ser confidencial entre el cliente y el laboratorio.	Acuerdos de servicio	$\frac{N^{\circ} \text{ de acuerdos de servicio en los que se incluyo la confidencialidad de la informacion del cliente}}{N^{\circ} \text{ total de acuerdos de servicio}} * 100$	3 Acuerdos de servicio con los compromisos de confidencialidad con los clientes	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-01	2022-07-30									
2	<p><b>Requisito aplicable:</b> 6.2.2. de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017</p> <p><b>Descripción:</b> Personal</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> Los soportes correspondientes a la demostración de la competencia del personal, con base en solicitado para formación en el perfil rol del cargo para la Auxiliar Técnica. No se evidencia que tiene el soporte solicitado de metrología básica en los soportes de la hoja de vida de la Auxiliar Técnica.</p>	Auditoria Interna	<p>¿Porque los soportes para demostrar la competencia de formación en el perfil rol del cargo para la Auxiliar Técnica (soporte de metrología básica) no corresponde?</p> <p>Por que, en el momento de la definición del perfil del rol se contempló el requisito de formación en metrología básica pero no se incluyó que se aceptaba formación a fin a esta.</p>	Corrección	* Programar capacitación en metrología básica para el rol de auxiliar técnico.	Programa de capacitaciones	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} * 100$	1 acta de reunión con la capacitación	* Auxiliar de acreditación. * Auxiliar de equipos.	2022-07-01	2022-07-30									
				Acción Correctiva	* Incluir en todos los perfiles de rol en la formación donde se solicita metrología básica, metrología básica, aseguramiento metrológico y/o afines, y revisar si en los otros requisitos solicitados aplica incluir los afines.	Perfil del rol	$\frac{N^{\circ} \text{ de perfiles de rol modificados}}{N^{\circ} \text{ total de perfiles de rol}} * 100$	10 Perfiles del rol	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-01	2022-07-15									
				Acción Correctiva	* Revisar la pertinencia de cada uno de los requisitos solicitados para la competencia de todos los roles y actualizarlos si aplica.	Acta y perfiles de rol	$\frac{N^{\circ} \text{ de perfiles de rol revisados}}{N^{\circ} \text{ total de perfiles de rol}} * 100$	1 acta de reunión de la revisión	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-01	2022-07-30									
3	<p><b>Requisito aplicable:</b> numeral 7.9.5 de la norma 17025:2017</p> <p><b>Descripción:</b> Quejas</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> El laboratorio no asegura el acuse de recibo de las quejas que se reciben. Se evidencia que de 11 quejas revisadas en la auditoria interna, enviadas al laboratorio, correspondientes al año 2021,10 de estas no evidencian el acuse de recibo correspondiente.</p>	Auditoria Interna	<p>¿Porque el laboratorio no asegura el acuse de recibo de las quejas?</p> <p>Por que la persona que tiene la responsabilidad de realizar el acuse de recibido de las quejas, no consideraba necesario enviar el acuse de recibido cuando se le daba respuesta al cliente el mismo día.</p>	Acción Correctiva	Realizar nuevamente la socialización del procedimiento de quejas, en donde se haga énfasis en la importancia del cumplimiento de cada una de las actividades.	Acta de reunión	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} * 100$	1 acta de reunión de la socialización	* Líder de acreditación * Auxiliar administrativo	2022-07-01	2022-08-15									
				Acción Correctiva	Evaluar la socialización del procedimiento de quejas.	Evaluación	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas con calificación mayor a 3,5}}{N^{\circ} \text{ total de personas evaluadas}} * 100$	5 Evaluación del procedimiento de quejas	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-07-02	2022-08-18									
				Acción Correctiva	Hacer seguimiento a la implementación de cada una de las actividades del procedimiento de quejas.	Acta de reunión	$\frac{N^{\circ} \text{ de quejas revisadas}}{N^{\circ} \text{ total quejas recibidas}} * 100$	1 acta de reunión del seguimiento a la implementación de las quejas recibidas del tercer trimestre del 2022	* Líder de acreditación	2022-07-18	2022-10-16									
4	<p><b>Requisito aplicable:</b> 8.2.2 de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017.</p> <p><b>Descripción:</b> Documentación del sistema de gestión</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> De las tres políticas exigidas por la norma ISO IEC 17025, en la documentación del Sistema de Calidad del laboratorio, solo se encuentra documentada como política la de imparcialidad, aunque la política de imparcialidad está documentada, no se evidencia un</p>	Auditoria Interna	<p>¿Porque aunque la política de imparcialidad está documentada, no se evidencia un indicador correspondiente para su medición?</p> <p>Por que, el objetivo del laboratorio esta establecido enfocado en la razón del laboratorio dentro de la misionalidad de la entidad.</p>	Corrección	Incluir dentro de los objetivos específicos un indicador para medir el grado de cumplimiento de la política de imparcialidad e incluirlo en el manual de gestión del laboratorio.	Manual del laboratorio e indicador	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} * 100$	Manual del sistema de gestión del laboratorio actualizado	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-15	2022-12-30									
				Corrección	Realizar la aprobación documental de la actualización del manual al SIGESTION	Aprobación documental	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} * 100$	Aprobación del SIGESTION con la actualización del manual del sistema de gestión.	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-15	2022-12-30									
			<p>¿Porque el objetivo del laboratorio esta establecido enfocado en la razón del laboratorio dentro de la misionalidad de la entidad?</p> <p>Por que, en los objetivos específicos se desglosa el objetivo del laboratorio, los cuales cada uno cuenta con su correspondiente indicador de medición, pero la imparcialidad no se tuvo en cuenta de manera específica.</p>		Implementar el indicador de imparcialidad en las actividades desarrolladas por el laboratorio.	Manual del laboratorio e indicador	$\frac{N^{\circ} \text{ de indicador implementado}}{N^{\circ} \text{ total de indicadores por implementar}} * 100$	Registros de la medición del indicador de imparcialidad	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-09-01	2022-12-30									

				Acción Correctiva	Socializar el objetivo específico e indicador de imparcialidad al personal del laboratorio. Por que, no se tenía claro como realizar la medición de la imparcialidad	Acta de reunión	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} \cdot 100$	1 Acta de reunión de la socialización	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-30	2022-12-30										
5	Requisito aplicable: 8.3.2 b de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017 Descripción: Evidencia objetiva: El laboratorio no garantiza el control de documentos, se evidencian documentos desactualizados como el Manual del sistema de Gestión del laboratorio, se mencionan procedimientos para quejas procedimiento de atención al cliente del laboratorio UAERMV APIC-PR-005, procedimiento de Revisión por la dirección DESH-PR-006, instructivo de auditorías internas, que son documentos obsoletos, diferentes a los que se están aplicando en el sistema de gestión.	Auditoría Interna	¿Porque el laboratorio no garantiza el control de documentos? Por que, no se realizó la actualización del manual cuando se cambiaron los procedimientos e instructivos (como el de revisión por la dirección, auditorías internas y quejas). ¿Porque no se realiza la actualización del manual cuando se cambiaron los procedimientos e instructivos (como el de revisión por la dirección, auditorías internas y quejas)? Por que, no se realizó una revisión periódica del manual para identificar las debidas actualizaciones. ¿Porque no se realiza una revisión periódica del manual para identificar las debidas actualizaciones? Por que, solo se modifican o actualizan los documentos cada que se van generando los cambios internos dentro del laboratorio y no se revisa si ese documento se nombra en otros documentos.	Corrección	Actualizar el manual con los documentos vigentes del sistema de gestión del laboratorio	Manual del laboratorio	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} \cdot 100$	Manual del sistema de gestión del laboratorio actualizado	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-08-01	2022-08-30										
				Acción Correctiva	Incluir en el manual la revisión de la adecuación de todos los documentos que hacen parte del sistema de gestión de laboratorio al menos una vez al año.	Manual del laboratorio	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} \cdot 100$	Manual del sistema de gestión del laboratorio actualizado	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-08-01	2022-12-30										
				Acción Correctiva	Realizar la revisión de la adecuación de todos los documentos del sistema de gestión del laboratorio.	Acta de reunión	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos revisados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos del SG}} \cdot 100$	1 Acta de reunión de la revisión con la relación de todos los documentos de laboratorio y las observaciones de la revisión de la adecuación de los mismos.	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-08-01	2022-12-30										
6	Requisito aplicable: numeral 7.1.5 de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017 Descripción: Evidencia objetiva: El laboratorio no informa al cliente las desviaciones que realiza al contrato antes de realizar el servicio, ya que se evidencian que durante el mes de marzo de 2022 se reportaron informes de métodos acreditados, cuyos ensayos fueron realizados por personal no autorizado. Algunos de estos son: * Informe No AP-22-03-82 V1, cliente: Subdirección Técnica de Mejoramiento de la Malla Vial, fecha de emisión 2022-03-10, métodos: INV E 122-13, INV E 125-13, INV E 126-13, INV E 128-13, INV E 129-13. * Informe No AP-22-03-73 V1, cliente: Subdirección Técnica de Mejoramiento de la Malla Vial, fecha de emisión 2022-03-17. * Informe No AP-22-03-82 V1, cliente: Subdirección Técnica de Mejoramiento de la Malla Vial, fecha de emisión 2022-03-17. * Informe No AP-22-03-110 V1, cliente: Subdirección Técnica de Mejoramiento de la Malla Vial, fecha de emisión 2022-03-31	Auditoría Interna	¿Porque el laboratorio no informa al cliente las desviaciones que realiza al contrato antes de realizar el servicio? Por que el laboratorio reporta los informes de los ensayos acreditados como no acreditados siempre que estos no se encuentran dentro del alcance acreditado. Se entendió que si los ensayos eran ejecutados por personal no autorizado no estaban dentro del alcance acreditado. ¿Porque el laboratorio reporta los informes de los ensayos acreditados como no acreditados siempre que estos no se encuentran dentro del alcance acreditado. Se entendió que si los ensayos eran ejecutados por personal no autorizado no estaban dentro del alcance acreditado? Por que, no se tenía claro que si el resultado estaba dentro del alcance acreditado los resultados se debían realizar por personal autorizado y por ende reportados como acreditados. ¿Porque no se tenía claro que si el resultado estaba dentro del alcance acreditado los resultados se debían realizar por personal autorizado y por ende reportados como acreditados? Por que, no se tenía claro que mientras el laboratorio cuente con la capacidad y los recursos debe garantizar el servicio acreditado, cuando este se encuentra dentro del alcance	Corrección	Enviar correo al cliente donde le relacionamos los códigos de los informes que enviamos no acreditados y el motivo. Por medio de la presente nos permitimos informar que los informes relacionados en el presente como fueron enviados como no acreditados (sin logo ONAC), debido a que los ensayos fueron ejecutados por personal no autorizado para realizar los ensayos del alcance de la acreditación.	Correo electrónico	$\frac{N^{\circ} \text{ de clientes informados}}{N^{\circ} \text{ total de clientes}} \cdot 100$	1 correo electrónico al cliente relacionando los códigos que no se enviaron acreditados	* Coordinador técnico * Auxiliar administrativo	2022-06-01	2022-07-30										
				Acción Correctiva	Incluir en el instructivo del personal del laboratorio UAERMV GLAB-IN-001, para la actividad programación de personal, que para los laboratoristas no autorizados, el coordinador técnico, debe asignar un laboratorista como apoyo autorizado para realizar los ensayos acreditados.	El instructivo del personal del laboratorio UAERMV GLAB-IN-001 V6	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} \cdot 100$	Instructivo del personal del laboratorio UAERMV GLAB-IN-001 actualizado	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-01	2022-07-30										
				Acción Correctiva	Realizar la aprobación documental de la actualización del instructivo del personal del laboratorio UAERMV GLAB-IN-001 V6 en el SIGGESTION.	Aprobación documental	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} \cdot 100$	Aprobación del SIGGESTION con la actualización del instructivo del personal del laboratorio UAERMV GLAB-IN-001	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-15	2022-09-15										
				Acción Correctiva	Socializar y evaluar al personal la importancia de entregar los ensayos dentro del alcance como acreditados y garantizar los recursos para la ejecución de los ensayos.	Acta de reunión Evaluaciones	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} \cdot 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ de personas con calificación mayor a 3.5}}{N^{\circ} \text{ total de personas evaluadas}} \cdot 100$	1 Acta de reunión de la socialización 5 Evaluación del sobre la importancia de entregar los ensayos acreditados	* Líder Operativo * Líder Operativo * Coordinador técnico * Coordinador Operativo	2022-07-01	2022-07-15										
7	Requisito aplicable: 7.2.1.7 de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017 Descripción: Evidencia objetiva: El laboratorio no asegura que las desviaciones a los métodos solamente sucedan si la desviación ha sido documentada, justificada técnicamente, autorizada y aceptada por el cliente. Durante la testificación del ensayo de límite líquido INV E 125-13, se detectaron las siguientes desviaciones de método: a) No se verificó la altura de caída de la cazuela que debe ser 10±2 mm, para ver si estaba cumpliendo o si se debía hacer el ajuste de acuerdo al # 8.2 de la norma de ensayo. b) Después de llevar el suelo a la consistencia indicada, humedad necesaria para comar la ramra entre 26 y 35 golpes, no se dejó en reposo por mínimo 16 horas, tal como lo indica el # 9.1.1.3 preparación vía húmeda para suelos finos granates del tamiz No 40. c) No se verificó que el cierre de la ramra de suelo se encuentre cerca de 13 mm después de terminados los golpes, según # 10.3 de la norma de ensayo. Durante la testificación del ensayo de límite plástico INV E 126-13, se detectaron las siguientes desviaciones de método: a) Les rollos de suelo formados tenían un diámetro de 2.1 o 2.8 mm, inferior al especificado en el # 8.2.1 que debía ser de 3,2 mm. b) Para terminar el ensayo los rollos de suelo no se llevaban hasta el desmoronamiento tal como lo indica el # 8.3 de la norma de ensayo.	Auditoría Interna	¿Porque el laboratorio no asegura que las desviaciones a los métodos solamente sucedan si la desviación ha sido documentada, justificada técnicamente, autorizada y aceptada por el cliente? Por que, las desviaciones evidenciadas en el atestiguamiento de los ensayos límite líquido y plástico, se dieron por exceso de confianza del laboratorista. ¿Porque las desviaciones evidenciadas en el atestiguamiento de los ensayos límite líquido y plástico, se dieron por exceso de confianza del laboratorista? Por que, al ser ensayos realizados frecuentemente su procedimiento resulta ser repetitivo, de tal manera que se pueden llegar a omitir pasos en el procedimiento de la norma. ¿Porque al ser ensayos realizados frecuentemente su procedimiento resulta ser repetitivo, de tal manera que se pueden llegar a omitir pasos en el procedimiento de la norma? Por que, no se han realizado capacitaciones teórico-prácticas de las normas de ensayo, con el fin de afinar el procedimiento de los métodos de ensayo.	Corrección	Suspender la autorización del laboratorista atestiguado para estos dos ensayos.	Acta de reunión	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas suspendidas}}{N^{\circ} \text{ total de personas a suspender}} \cdot 100$	1 Acta de reunión de la suspensión de la persona atestiguada	* Líder Operativo	2022-05-18	2022-05-31										
				Acción Correctiva	Se realiza el ensayo por otro laboratorista autorizado para enviar el informe de esta muestra sin la desviación.	Toma de datos e informe	$\frac{N^{\circ} \text{ de ensayos repetidos}}{N^{\circ} \text{ total de ensayos por repetir}} \cdot 100$	1 Registro de toma de datos e informe	* Coordinador Operativo * Coordinador técnico	2022-05-18	2022-06-15										
				Acción Correctiva	Realizar la capacitación a los laboratoristas acerca de las normas INV E 125 y 126 - 13 haciendo énfasis en las desviaciones encontradas	Acta de reunión	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} \cdot 100$	1 Acta de reunión de la socialización de la norma INV E 125 y 126-13	* Coordinador Operativo * Laboratoristas	2022-06-06	2022-08-30										
				Acción Correctiva	Realizar la evaluación de las normas INV E 125 y 126 - 13 para todos los laboratoristas.	Evaluaciones	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas con calificación mayor a 3.5}}{N^{\circ} \text{ total de personas evaluadas}} \cdot 100$	10 Registro de evaluación de los laboratoristas	* Coordinador Operativo	2022-06-06	2022-08-30										
				Acción Correctiva	Realizar capacitación teórica en las normas INV E 125 y 126 - 13 al laboratorista atestiguado. Realizar la supervisión y evaluación de las normas al laboratorista atestiguado. Después de la aprobación de la capacitación y la supervisión, autorizar al personal atestiguado.	Acta de reunión Supervisión y evaluación Autorización del personal	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} \cdot 100$	1 Acta de reunión de la socialización 1 Registro de evaluación 1 Acta de reunión de la autorización	* Coordinador Operativo * Laboratoristas * Líder Operativo	2022-06-06	2022-08-30										
				Acción Correctiva	Incluir en el procedimiento del personal del laboratorio UAERMV GLAB-PR-005, para la actividad establecer el programa de formación, que se debe programar una capacitación teórica anualmente para el personal técnico de los ensayos del alcance de la acreditación.	Procedimiento del personal del laboratorio UAERMV GLAB-PR-005 V7	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} \cdot 100$	Procedimiento del personal del laboratorio UAERMV GLAB-PR-005	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-01	2022-07-30										
				Acción Correctiva	Realizar la aprobación documental de la actualización del Procedimiento del personal del laboratorio UAERMV GLAB-PR-005 V7 en el SIGGESTION.	Aprobación documental	$\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} \cdot 100$	Aprobación del SIGGESTION con la actualización del Procedimiento del personal del laboratorio UAERMV GLAB-PR-005	* Líder de acreditación y/o auxiliar de acreditación.	2022-06-15	2022-09-15										
				Acción Correctiva	Realizar capacitación teórica para todos los ensayos acreditados e incluir en el programa de formación Realizar la evaluación de la capacitación para todos los ensayos acreditados.	Acta de reunión Evaluaciones del personal técnico	$\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} \cdot 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ de personas con calificación mayor a 3.5}}{N^{\circ} \text{ total de personas evaluadas}} \cdot 100$	Programa de formación del año 2022 9 Actas de reunión de las capacitaciones realizadas 30 Registros de evaluación de las capacitaciones realizadas	* Coordinador Operativo * Laboratoristas	2022-06-06	2022-12-30										

**HALLAZGO:** Registre el hallazgo (/OPORTUNIDAD DE MEJORA/NO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN) completo, contenido en el informe de auditoría

(1) **ORIGEN:** El origen pueden ser: Auditoría Interna, Auditoría Externa, Revisión por la Dirección, Tratamiento del Producto y/o Servicio No Conforme, Medición de Indicadores, Mapa de Riesgos, Autoevaluación del Proceso, Sistema de Gestión, Quejas y Reclamos, Normograma, OTRO; describa

(2) **CAUSAS:** Registre la causa del hallazgo o riesgo materializado, que originó la situación detectada (formato: Análisis de Causa), sobre la cual se enfocará la acción.

(3) **TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** acción que subsana la causa que dio origen al hallazgo identificado, con el fin de solucionar las causas identificadas, para que no vuelvan a suceder.

(4) **DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Registre la(s) acción(es) que realizará descriptivamente, para corregir definitivamente la causa del hallazgo de Auditoría, Oportunidad de Mejora, No Conformidad u Observación. Inicie con un verbo en infinitivo.

(5) **INDICADOR:** Registre el nombre del indicador a través de la cual se pueda observar el cumplimiento de la acción determinada. (Ej.: Informes, jornadas de capacitación, actas, etc.)

(6) **FORMULA INDICADOR:** Determine las variables y la correspondiente fórmula del indicador que permite medir el cumplimiento de la acción determinada a implementar.

(7) **META DEL INDICADOR:** registre la cantidad asociada a las actividades realizables y verificables de la acción correctiva que se espera alcanzar en el tiempo definido, teniendo en cuenta la realidad Institucional y recursos disponibles (Ej.: 5 informes, 10 jornadas de capacitación, 3 actas, etc.).

(8) **RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Señale el responsable Directivo o Jefe de Dependencia del proceso o unidad auditada, a la cual le corresponde ejecutar la acción correctiva a implementar.

(9) **FECHA DE INICIO:** Indique la fecha en que comienza cada acción a implementar registrada. El formato debe ser (AAA/MM/DD).

(10) **FECHA FIN:** Señale la fecha en que finaliza cada acción implementada. El formato debe ser (AAA/MM/DD). Esta fecha **NO PODRÁ SUPERAR 12 MESES** contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento.

(11) **AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** En esta sección se deberá diligenciar los siguientes campos: Fecha de corte, Resultado del Indicador a la fecha de corte, Estado, Descripción de las actividades realizadas en el periodo, Evidencia (s) soportada (s)

Los procesos deben autoevaluarse calificando el estado de las acciones, de acuerdo al resultado del avance teniendo en cuenta los siguientes criterios:

**Sin iniciar:** Indica que aún no ha iniciado el plazo para realizar la implementación de la acción

**En ejecución:** Indica que la acción se está desarrollando en los plazos establecidos y se encuentra en términos.

**Cumplida:** Indica que la acción está cerrada y se adelantaron todas las acciones propuestas.

**Vencida:** Indica que la acción se está desarrollando fuera del plazo establecido.

(12) **REQUIMIENTO:** En esta sección se deberá diligenciar los siguientes campos: Fecha, resultado del indicador a la fecha de corte, estado y observaciones.