



INFORME DE HALLAZGOS

PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO

VIGENCIA
01-feb-10

VERSIÓN
1

CODIGO
30.2-0005

PAGINA
1 de 1

HALLAZGO DETECTADO EN

ACCIONES DE IMPLEMENTACIÓN (Marque con una x el tipo de accion a implementar)

AUDITORIA No:		Acción Correctiva		Acción de Preventiva	
PROCESO - SUBPROCESO:		Accion de Mejora		Corrección	

REDACTE EL HALLAZGO ENCONTRADO (Marque con una x)	No conformidad		Observación		Incumplimiento de metas indicadores	
---	----------------	--	-------------	--	-------------------------------------	--

No.

NOMBRE Y FIRMA DEL LÍDER DEL PROCESO Y/O SUBPROCESO		FECHA:	
			DIA / MES / AÑO

ANÁLISIS DE CAUSA

(Identifique las causas que generaron el hallazgo)

FORMULE UN PLAN DE ACCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL HALLAZGO	RESPONSABLE PLAN DE ACCIÓN (Nombre y Firma)	FECHA	
		INICIO	FIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFIQUE LAS ACTIVIDADES PUNTUALES DEL PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLES (Nombre y Firma)	FECHA	
		INICIO	FIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

<p>Etapa 1: EL PLAN DE ACCION PROPUESTO ES:</p> <p>APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/></p>	<p>Etapa 2: VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION</p> <p>CUMPLE <input type="checkbox"/> NO CUMPLE <input type="checkbox"/></p>
---	--

En caso de rechazar el plan de accion explique porque: OBSERVACIONES:

Nombre y Firma del Auditor Lider Fecha: Día / Mes Año

Nombre y Firma del Auditor Lider Fecha: Día / Mes / Año

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL LÍDER DEL PROCESO CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO

EL HALLAZGO ESTA:	CERRADO <input type="checkbox"/>	ABIERTO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y Firma del Líder del Proceso Control Interno	Fecha: Día / Mes Año		

Elaborado por: ANDRES FERNANDO CAMACHO RODRIGUEZ Ing. Industrial Coordinador Sistema de Gestión de Calidad	Revisado por: AYDA AMPARO LUNA PAZ Representante Ante la Direccion S.G.C.	Aprobado por: JAIRO ENRIQUE LASSO MEDINA Gerente
---	--	---