

FECHA: _____

PROCESO O AREA QUE DETECTA LA SALIDA NO CONFORME:

DETECTADO POR (NOMBRE Y CARGO): _____

1. IDENTIFICACIÓN DE LA SALIDA NO CONFORME

Señale con una X la que aplique según el proceso

Contratación

- Contrato erróneo o incompleto.
- No validar los requisitos mínimos de contratación.
- No afiliación a la ARL.
- No aplicación de exámenes médicos de ingreso.
- No tener el perfil de cargo actualizado.
- No entrega de EPP/ Dotación.
- Ingreso en la fecha no estipulada.

Pago de Personal

- Pago erróneo o incompleto de la nómina.
- No reportar a tiempo las novedades de nómina.
- Retraso en el pago de la nómina.
- No radicado de factura en debida forma.
- No pago de Seguridad Social y Parafiscales.
- No pago de incapacidades.

Retiro de Personal

- No reporte a tiempo del retiro del personal.
- Despidos sin realizar el debido proceso.
- Incumplimiento al tiempo estipulado en el pago de la liquidación.
- No retiro de seguridad social de personal.

Gestión de la movilidad en transporte terrestre

- No realizar mantenimiento al vehículo
- No revisión del sistema de información (Software) (modulo documental por vehículo).
- Ficha técnica desactualizada.
- No diligenciamiento la planilla de viaje.
- No ejecutar la lista de chequeo antes de un viaje
- No confirmación de orden de servicio
- No control de datos del viaje
- No verificación de documentos de vehículo
- No verificación de documentos de conductor
- No verificación de condiciones de la vía hasta el punto de destino
- No cumplimiento del indicador de flota propia fijada por el ministerio.

(*) Describa la no conformidad en caso de ser necesario o si no está en el listado anterior.

2. TRATAMIENTO PARA SEGUIR / ACCIONES TOMADAS

Señale con una X la que aplique según el proceso

Corrección	Verificación de datos o soportes	Renovar	Informar al cliente
Rechazar	Mantenimiento correctivo	Re-Inspeccionar	Reprogramar
Repetir	Dar tratamiento jurídico	Actualizar	Obtención de su autorización para su aceptación.
Devolución	Reprocesar	Cambio de ruta o trayecto	Inspeccionar
Suspensión de provisión del servicio	Pagar	Reemplazo de vehículos	Concesión

(*) Acción tomada por: (Nombre y cargo) _____

(*) Autorizada por: (Nombre y cargo) _____

3. VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN TOMADA (EVIDENCIA)

Cumple	SI	NO	Fecha de verificación:
Describa la evidencia			
Verificado por (Nombre y Cargo)			
¿Amerita Acción Correctiva?	SI	NO	(*) Diligenciar Formato MC-F-01 Acciones correctivas preventivas y/o de mejora