

<div><div></div></div> <div>CONTRALORIA GENERAL DEL RISARALDA</div>		CONTROL INTEGRAL PARA EL BIEN COLECTIVO
FORMATO No: 23ª SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO - COMPROMISOS SUSCRITOS INFORME PRESENTADO A LA CONTRALORIA GENERAL DEL RISARALDA		
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBIO EL PLAN	GOBERNACION DE RISARALDA	
MUNICIPIO	Pereira	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	CARLOS ALBERTO BOTERO LOPEZ	
NOMBRE DEL JEFE DE CONTROL INTERNO	Wilson Palacio Vasquez	
FECHA SUSCRIPCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	2010-10-06	
DESCRIPCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Plan de Mejoramiento Suscrito como resultado de la revisión parcial al Sistema de Gestión de Calidad del Departamento de Risaralda.	
FECHA DE SEGUIMIENTO A COMPROMISOS	2013-04-10	
RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL		
CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO GENERAL DEL PLAN	El nivel de cumplimiento del plan es ACEPTABLE: 92%	
CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS	Se da cumplimiento a los compromisos suscritos en el plan de mejoramiento.	

<div><div></div></div> <div>CONTRALORIA GENERAL DEL RISARALDA</div>		CONTROL INTEGRAL PARA EL BIEN COLECTIVO
OBSERVACIONES	Ver las observaciones en la última columna del formato	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN	91.46	
CONCLUSIONES	Teniendo en cuenta que el nivel de cumplimiento es ACEPTABLE: 92%, se da por terminado el plan de mejoramiento.	

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
JEFE CONTROL INTERNO

\_\_\_\_\_  
LIDER AUDITOR  
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL

No	DEFICIENCIA ADMINISTRATIVA	COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS	RESPONSABLE	TERMINO	INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	LOGROS ALCANZADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Se evidencia incumplimiento del procedimiento de control de documentos frente a los siguientes aspectos:  1. Las solicitudes de elaboración, modificación y actualización, han llegado sin las respectivas firmas Revisión y/o aprobación de documentos por los responsables de proceso.  2. Algunos documentos obsoletos han sido eliminados de la carpeta del pc de la coordinación donde se conservan todos los documentos del S.G.C.  3. Los documentos de origen externo se encuentran identificados en el aplicativo, pero no se cuenta con un listado que permita garantizar un control adecuado de los mismos.  4. Los documentos de origen interno, relacionados con actos administrativos como decretos, resoluciones que impactan en el proceso se han identificado, pero no se han formalizado en el listado maestro de documentos.	1. Frente a la revisión y aprobación de documentos: Se debe garantizar a partir de la fecha que todas las solicitudes que llegan a la coordinación cumpla con las disposiciones establecidas en el Procedimiento de Control de Documentos., en comité de calidad informar a los líderes de calidad frente a la importancia de cumplir el procedimiento.  2. Los documentos obsoletos: A partir de la fecha garantizar que todos los documentos que sean modificados o eliminados, se conserve en la carpeta de obsoletos del proceso en el pc  3. Frente a las normas aplicables al proceso: Se va a realizar un listado de las normas externas para tener un mayor control de las mismas.  4. Frente a las normas internas: Se va asignar la responsabilidad al comité de calidad frente al ingreso de todas las normas internas aplicables al proceso, y de igual forma estas serán incluidas en el LMD.	ANDREA CATALINA Camacho Lopez, Lina Maria Alzate Castano, Alejandra Ramirez Bedoya	2011-01-31	Verificación en el sistema SAIA, del cumplimiento de las actividades programadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se estan cumpliendo las disposiciones del procedimiento de control de documentos, se evidencia a la fecha su correcta implementación. Los hallazgos de gestión documental disminuyeron en el ciclo de auditoría interna vigencia 2011.</li> <li>Procedimiento de control de documentos funcionando eficazmente, se cuenta con listado de documentos de origen externo, se ha fortalecido el control.</li> </ul>	100%	• No aplica.
2	Incumplimiento del procedimiento control de registros: Frente a la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y la disposición final.	1. Iniciar el proceso de socialización e implementación de las nuevas TRD.  2. Actualizar el LMR, de los procesos faltantes e interrelacionarlos con las TRD.	ANDREA CATALINA Camacho Lopez, Lina Maria Alzate Castano, Alejandra Ramirez Bedoya	2011-01-31	Listados maestros de registros actualizados / total de los procesos pendientes por actualizar LMR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las nuevas tablas de retención documental aprobadas por el Archivo General de la Nación y dispuestas en el aplicativo de calidad permiten dar cumplimiento al procedimiento de control de registros de manera óptima.</li> </ul>	100%	
3	A pesar de que se han realizado sensibilizaciones y campañas de calidad para socializar el direccionamiento estratégico del Sistema de Gestión de Calidad, en la evaluación de desempeño de los procesos, algunos líderes manifiestan que aún se debe continuar fortaleciendo al interior la política, objetivos de calidad, misión y visión, y orientarlo más hacia la evidencia de su cumplimiento desde cada puesto de trabajo.	1. Continuar realizando sensibilizaciones frente a la política y objetivos de calidad en todo el Departamento y apoyados de los líderes de proceso. (Definir estrategia de Sensibilización)  2. Fortalecer el proceso de inducción, realizando inducción más detallada en el proceso de calidad.  3. Solicitar al proceso de contratación se incluya en las minutas, la obligación de los contratistas frente al cumplimiento de las Disposiciones del S.G.C.	Orfilia Del Socorro Duque Leon, Misael Arroyave Ramirez, Lina Maria Alzate Castano	2011-01-31	Acciones ejecutadas (Acción de mejoramiento) / Acciones programadas por ejecutar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La ultima campaña de calidad demostró un alto grado de apropiación del sistema por parte de los funcionarios. Para la presente vigencia se tiene definido un nuevo plan de sensibilización.</li> </ul>	100%	
4	Deficiencia en la atención al cliente, aún no se cuenta con un punto de atención al usuario, ni con un portafolio de los servicios que presta el Departamento de Risaralda.	1. Gestionar para el próximo año recursos, para la adecuación y puesta en marcha de un punto de atención al usuario.  2. Formalizar el portafolio de Servicios que presta el Departamento.  3. Gestionar la realización de un taller - seminario para continuar fortaleciendo la competencia de atención al cliente, en todos aquellos servidores públicos que tengan contacto directo con la comunidad.  4. Gestionar los recursos para la asignación de buzones, especialmente en el piso 5 y en todas aquellas oficinas externas a la principal.	Alexander Morales Berrocal, Andres Felipe Zuluaga Montoya, Carlos Alberto Aguirre Acevedo, DESPACHO DE LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA	2011-03-31	Acciones ejecutadas (acción de mejoramiento) / Acciones a ejecutar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se presentó por parte de la Contraloría adscrita a la Secretaría Administrativa: Andrea Catalina Camacho López, proyecto para la implementación del punto de atención al cliente, el cual fue socializado y aprobado por el comité de calidad y Secretario Administrativo.</li> <li>Para la vigencia 2012, el señor Gobernador autorizó la creación del cargo que tendrá bajo su responsabilidad el punto de atención al cliente.</li> </ul>	100%	• El proyecto de atención al cliente se encuentra en proceso de asignación de recursos.

5	<p><b>GESTIÓN POR PROCESOS:</b>  <b>Debilidad en el despliegue de los procesos (subprocesos, actividades), que se realizan en las diferentes Secretarías del Departamento.</b></p> <p>Se evidencia debilidad frente a la interacción de los procesos, a pesar de que se ha realizado capacitación a los líderes de proceso, se evidencia que aún hace falta consolidar mucho más la caracterización o descripción de procesos donde se evidencie claramente la interacción de los mismos.</p>	<p>Se debe continuar fortaleciendo la plataforma documental del S.G.C., revisando, mejorando y capacitando a todos los funcionarios frente a la importancia de la implementación de los documentos que hacen parte del S.G.C.</p> <p>Se debe continuar fortaleciendo el soporte documental de los programas trascendentales para el departamento como el programa RISA, durante la presente vigencia se inició el proceso de documentación, éste aún se encuentra pendiente ingresarlo al aplicativo de calidad.</p> <p>Se debe continuar mejorando, el nivel de despliegue de los procesos y documentar las actividades que hacen falta.</p> <p>Continuar fortaleciendo los controles a nivel de proceso y realizar la debida capacitación frente a los mismos.</p> <p>Mejorar la caracterización o descripción de procesos, de tal forma que se pueda evidenciar claramente la interacción de procesos.</p>	<p>Carlos Eduardo Lopez Salazar, Evila Rosa Gallego Palencia, LUZ MARIA Martinez Sanchez, Luz Clemencia Vasquez Lopez, Olga Beatriz Ruiz Sierra, Luz Amparo Castano Agudelo, Cielo Medina Ospina, Carlos Alberto Guerrero Perez, Gloria Lucia Alvarez Mejia, Martha Isabel Salazar Pineda, JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA, Oscar Diego Acevedo Rios, Gabriel Calvo Quintero, Dennis Giraldo Campuzano, Sandra Milena Velez Correa, Martha Lucia Castano Echeverry, Jacqueline Rincon Camriona, ANDREA CATALINA Camacho Lopez, Gloria Elena Montoya, Juliana Lopez Tobon, Hilda Isabel Carcamo Hoyos, Leonso Betancur Botero, Erika Tatiana Rivera, Carlos Andres Trujillo Piedrahita, Andres Arango Galan, Ruben Dario Granados Hincapié, Edilma Ocampo Valencia, Hernando Morales Osorno, Carlos Andres Gil Gonzalez, Carlos Javier Lopez Lopez, Helmer De Jesus Calvo, Wilson Palacio Vasquez, Misaél Arroyave Ramirez, Lina Maria Alzate Castano, Maria Helena Acevedo Arias, Patricia Becerra Sierra, Luz Stella Portilla Florez, Jorge Enrique Orrego Gomez, Alejandra Ramirez Bedoya</p>	2011-06-30	<p>Acciones ejecutadas (Acción de mejoramiento) / Acciones programadas por ejecutar.</p>	<p>• Se logro la recertificación del Sistema en el mes de diciembre de 2010, se realizó matriz de interacción de procesos la cual fue aprobada y socializada en comite de calidad.</p> <p>• COMO LO INDICO LA COORDINADORA DE CALIDAD SE TRABAJO EN LA ESAP EL NUEVO ESQUEMA PARA MEJORAR EN ESTE ASPECTO</p> <p>• Se evidencia el cumplimiento de las acciones propuestas en el informe presentado por la Coordinadora de Calidad.</p>	100%	
6	<p><b>Se evidencia debilidad frente a la evaluación de la eficacia de las acciones correctivas (consolidadas en los planes de mejoramiento), a pesar de que se evalúa el cumplimiento de las acciones, no se esta guardando evidencia de la verificación de la eficacia de las mismas, entendiendo por eficacia, la garantía de que la no conformidad no volvió a presentarse, y en el caso de los riesgos, la disminución de la</b></p>	<p>Garantizar que se pueda registrar en la plantilla de plan de mejoramiento (Aplicativo SAIA), la verificación de la eficacia de las acciones tomadas. (Correctivas, Preventivas)</p> <p>Realizar evaluación de la eficacia de las acciones, correctivas y/o preventivas según cronograma dispuesto por control interno para su evaluación y realizar el registro de ello.</p>	<p>Lina Maria Alzate Castano</p>	2011-01-31	<p>Acciones ejecutadas eficazmente / acciones planeadas.</p>	<p>• Se han realizado los controles sobre los mapas de riesgo y planes de mejoramiento por parte de la oficina de control interno y calidad.</p> <p>• Se realizan revisiones semestrales a los planes de mejoramiento y mapas de riesgos</p> <p>• Se evalua por parte de los responsables de los procesos la efectividad de los controles para minizar los riesgos</p> <p>• Se adjuntan en algunos reportes de avances a los planes de mejoramiento, evidencia documental para soportar el cumplimiento la acción correctiva o de mejora.</p>	100%	<p>• La Dirección de Control Interno realiza por muestreo algunas verificaciones para determinar la efectividad de las acciones correctivas.</p> <p>• Muchos hallazgos se vuelven reiterativos por que la acción correctiva no elimina la causa raíz del problema</p> <p>• En las auditorias internas y externas se evalua el cumplimiento de planes de mejoramiento y evaluar si se presenta mejoras o si la acción correctiva si subsana la deficiencia.</p> <p>• La falta de AUTOCONTROL y AUTOEVALUACIÓN contribuye negativamente en la efectividad de los controles.</p>

	probabilidad de ocurrencia.							
7	<p>Los siguientes procesos deben garantizar el mejoramiento en la gestión de riesgos:</p> <p>Gestión documental, gestión de bienes y servicios, sistema de planeación, atención del cliente, sistemas integrados de gestión, asesoría y asistencia técnica, comunicación pública, contratación</p>	<p>Mejorar los mapas de riesgos, principalmente en aquellos procesos donde se evidencia debilidad, según evaluación entregada por la Dirección de Control Interno.</p>	<p>LUZ MARIA Martinez Sanchez, Luz Clemencia Vasquez Lopez, Luz Amparo Castano Agudelo, Gloria Lucia Alvarez Mejia, JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA, Oscar Diego Acevedo Rios, Jacqueline Rincon Carmona, Juliana Lopez Tobon, Claudia Patricia Velez Bermudez, Ruben Dario Granados Hincapie, Alexander Morales Berrocal, Maria Nancy Escobar Morales, Lina Maria Alzate Castano, Maria Helena Acevedo Arias, Adriana Mercedes Marin Pinilla, Luz Stella Portilla Florez</p>	2011-03-31	<p>Mapas de riesgos mejorados / Mapas de riesgos por mejorar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se les esta entregando a todos los funcionarios y contratistas encargados de la Asesoría y Asistencia Técnica, para que registren las diferentes actividades</li> <li>Se establecimiento en el mes de Diciembre de 2010 algunos riesgos determinados en materia contractual, los cuales ya estan dentro del sistema.</li> <li>Los demas riesgos se iran creando de acuerdo con las necesidades y hallazgos encontrados en las diferentes auditorias</li> <li>Para la visita de recertificación, se revisaron y ajustaron los mapas de riesgos, algunas debilidades serán superadas en el primer semestre del presente año.</li> <li>Se cuenta con mapa de riesgos específico para los programas de salud según supersalud. Se está realizando identificación de riesgos por cada proceso en la secretaría de salud en conjunto con los funcionarios responsables y acorde a las necesidades del sistema de gestión de calidad de la gobernación</li> <li>La secretaría de gobierno realizo revisión de los riesgos inherentes al proceso de AAT, de conformidad con las actividades que realiza la dependencia.</li> </ul>	60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso de contratación es dinamico, pero no es posible una implementación instantanea, pues como esta definido el proceso los riesgos se detrmiran en la medida que se presentan hallazgos definitivos</li> </ul>
8	<p>Servicio no conforme reiterativo asociado a los cambios presentados en los documentos que soportan el proceso de contratación (Formatos de uso transversal en todo el Departamento)</p>	<p>A partir de la fecha, realizar un subcomité que incluya algunos funcionarios de enlace que apoyan el proceso de contratación en las Secretarías más críticas y realizar la revisión y aprobación previa de los documentos. Posterior realizar la presentación en comité de calidad para su aprobación.</p>	<p>Jacqueline Rincon Carmona</p>	2011-01-31	<p>Comité conformado.</p> <p>Documentos modificados en contratación cumpliendo las disposiciones de la presente acción / total de documentos modificados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se determino que los formatos solo se modificarian por cambios sustanciales y no de forma. Las sugerencias de quienes requieren modificaciones deben ser con fundamento en una norma o motivados en necesidad del servicio, que ameriten los cambios de versión.</li> <li>Durante el ultimo trimestre solo se modificó el formato de minuta de prestación de servicios, el cual es nueva implemntación, por lo tanto siempre esta sujeto a cambios iniciales</li> </ul>	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguna</li> </ul>
9	<p>Incumplimiento de las asesorías y asistencias técnicas.</p> <p>Falta de compromiso por el personal adscrito a la secretaría en lo que respecta al S.G.C.</p> <p>No hay manejo de registros que soportan la ejecución de la AAT.</p> <p>Incumplimiento en la prestación del servicio por fallas logísticas.</p> <p>No utilización del formato de coordinación de asistencia técnica, registro de solicitudes.</p> <p>No se tienen registros de la evaluación de las Asesorías y capacitaciones</p>	<p>Mayor exigencia por parte de los jefes e interventores para que efectivamente se realicen las AAT programadas.</p> <p>Programación y concertación y planeación previa de la actividad.</p> <p>Garantizar que el personal realice los debidos soportes Formatos de Asesoría y Asistencia Técnica)que evidencian la prestación del servicio.</p> <p>Realizar ajuste y difusión del formato Coordinación de Asistencia Técnica. (Secretaría de educación).</p> <p>Aplicar la encuesta o herramienta que permita evidenciar la satisfacción del usuario con respecto a la asesoría o capacitación recibida.</p>	<p>LUZ MARIA Martinez Sanchez, Luz Clemencia Vasquez Lopez, Luz Amparo Castano Agudelo, Cielo Medina Ospina, Martha Lucia Castano Echeverry, Claudia Patricia Velez Bermudez, Ruben Dario Granados Hincapie, Maria Helena Acevedo Arias, Luz Stella Portilla Florez, Daniel Bedoya Calderon</p>	2011-02-28	<p>Acciones ejecutadas eficazmente / acciones planificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Secretaría de Salud cuenta con plan actualizado de Asesoría y Asistencia Técnica- Cronograma de visitas</li> </ul>	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los soportes de visitas y actividades por cada programa o componente se encuentran en la intranet de la Secretaría de salud</li> </ul>

10	Debilidad frente al control del servicio no conforme. (Identificación, registro).	<p>* Capacitar nuevamente por secretarías a todos los involucrados frente al procedimiento de servicio no conforme, realizar actividad grupal con el fin de identificarlos y registrarlos, concientizando acerca de la importancia del registro y tratamiento oportuno de los mismos.</p> <p>* Incluir nuevamente el día del servicio no conforme (1 vez cada tres meses), con el fin de motivar a los funcionarios frente a la identificación y registro de los mismos.</p> <p>* Orientar el nombre de servicio no conforme hacia el nombre de oportunidad de mejoramiento con el fin de motivar su registro por parte de los funcionarios y que no se tome este procedimiento de forma personal si no que es aplicado a los procesos.</p>	ANDREA CATALINA Camacho Lopez. Lina Maria Alzate Castano	2011-03-31	Acciones de mejoramiento ejecutadas / acciones programadas.	<p>• Se realizó en el primer semestre actividad frente al día del servicio no conforme, se realizó capacitación en comité de calidad, y se identificaron algunos servicios no conformes los cuales han sido reiterativos, a estos servicios reiterativos se les estableció el plan de mejoramiento correspondiente.</p> <p>Se va a realizar durante el mes de octubre de 2011, otra vez la actividad de reporte de oportunidades de mejora para los procesos misionales del Departamento.</p> <p>Actividad del servicio no conforme se va a extender a todos los procesos del Departamento.</p> <p>• Se realizó formación en auditoría interna a todos los líderes de proceso.</p> <p>Se ha socializado el procedimiento de control del servicio no conforme.</p> <p>Se han reportado los servicios no conformes que se han identificado y se han establecido las acciones correspondientes.</p>	100%	<p>• No aplica.</p> <p>• El día 18 de octubre de 2011, se envió SAIA solicitando nuevamente a los líderes de los procesos Misionales, el registro de los servicios no conformes.</p>
11	Debilidad en la formulación de indicadores que demuestren la gestión del proceso y su impacto al Sistema de Gestión de Calidad.	<p>Realizar jornada de capacitación y taller práctico utilizando el aplicativo de indicadores, para mejorar la formulación y redefinir nuevos indicadores que aporten al mejoramiento y al cumplimiento de los objetivos trazados en los procesos.</p> <p>Definir en el cronograma del I semestre del 2011, la actividad de capacitación y taller práctico para el mejoramiento de los indicadores, e incluir el monitoreo a los mismos para evaluar su impacto en el S.G.C.</p>	Lina Maria Alzate Castano, Alejandra Ramirez Bedoya	2011-04-01	No de indicadores redefinidos- mejorados/ total de indicadores existentes.	<p>• Se tiene el aplicativo disponible en SAIA, en la presente vigencia se mejorarán los indicadores de todos los procesos.</p> <p>• El proceso de evaluación independiente realiza medición a los cuatro (4) indicadores de acuerdo a la periodicidad requerida. Igualmente se hace análisis de datos, que no sirve de base para la toma de decisiones en la planeación de las actividades de evaluación y seguimiento contenidas en el plan de auditorías de la DCI.</p>	62.5%	
12	Infraestructura inadecuada para almacenar bienes y archivo documental del Departamento	<p>Informar al Gobernador sobre el riesgo para que desde la Alta Dirección se tomen las medidas pertinentes.</p> <p>Proteger de forma temporal los archivos y bienes haciendo monitoreo visual constante para realizar reubicación de elementos y archivo cuando sea necesario hasta tanto la Alta Dirección tome los correctivos del caso</p>	JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA, Victor Manuel Tamayo Vargas, Carlos Javier Lopez Lopez, Maria Nancy Escobar Morales	2011-02-28	Avance registrado de manera oficial frente a las decisiones que se tomen	<p>• La documentación en peligro por la humedad se trasladó a una bodega que se tomó en arrendamiento provisionalmente, hasta que se realicen las reparaciones respectivas que han sido detectadas en el estudio contratado para tal fin.</p> <p>• Los bienes que se encuentran bajo responsabilidad de la Dirección de Recursos Físicos se encuentran protegidos y ubicados en zona que no presenta deterioro.</p>	75%	<p>• En cuanto a la infraestructura física, es el departamento el que está a la espera de resolver la situación legal de la demanda de la plazoleta, proceso que no depende de esta dirección.</p>