



INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

|                                            |                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBIO EL PLAN | GOBERNACION DE RISARALDA                                                                                                                                          |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL             | CARLOS ALBERTO BOTERO LOPEZ                                                                                                                                       |
| NOMBRE DEL JEFE DE CONTROL INTERNO         | Ruby Lucia Aguirre Torres                                                                                                                                         |
| FECHA SUSCRIPCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | 2013-10-22                                                                                                                                                        |
| DESCRIPCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO       | Este plan de mejoramiento se suscribe como producto de la auditoria interna al Sistema de Gestion de Calidad, para la vigencia 2013 - Proceso Gestión Documental. |
| FECHA DE SEGUIMIENTO A COMPROMISOS         | 2014-10-20                                                                                                                                                        |
| <b>RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL</b> |                                                                                                                                                                   |
| CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO GENERAL DEL PLAN | El nivel de cumplimiento del plan es ADECUADO: 100%                                                                                                               |
| CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS  | Se da cumplimiento a los compromisos suscritos.                                                                                                                   |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN        | 100.00                                                                                                                                                            |
| CONCLUSIONES                               | Se da por terminado el plan y se cierra en el aplicativo SAIA.                                                                                                    |

| No | DEFICIENCIA ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                | COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | RESPONSABLE                 | TERMINO    | INDICADORES DE CUMPLIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LOGROS ALCANZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES                                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | El indicador del proceso "Producción y recepción documental", no tiene seguimiento, ni medición a junio de 2013, incumpliendo los numerales 8.2.3 (ISO 9001), Mec 2.1.4.                                                                                                  | 1. Analizando la periodicidad de medición para el indicador "Producción y recepción documental" se evidencia que ésta no es pertinente dado que la información o insumos para su cálculo se recolectan anualmente. Por tanto se decide extender la periodicidad del mismo, pasando de ser semestral a anual. 2. El proceso se compromete a llevar a cabo el seguimiento y control de los indicadores en el tiempo idóneo(anualmente). | JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA | 2013-11-29 | 1. Evidenciar el cambio de periodicidad para el indicador "Producción y recepción documental", para el cual se extendera la periodicidad del mismo, pasando de ser semestral a anual (verificar SAIA). 2. Evidenciar los seguimientos y controles establecidos para el indicador "Producción y recepción documental", (verificar SAIA). | Se realiza el cambio en la plataforma SAIA de la periodicidad de medición para el indicador de la referencia, quedando evidenciado que anualmente se realizaran las mediciones correspondientes. De igual manera para el hayasgo se deja claridad de el compromiso que tiene el responsable de realizar las mediciones en los tiempos programados. | 100%                       | Ninguna                                                                                                             |
| 2  | Falta de claridad sobre la periodicidad del seguimiento a cada uno de los riesgos.                                                                                                                                                                                        | Se realizarán los seguimientos faltantes del período de Julio a Diciembre de 2012 y de Enero a Junio de 2013. Se agendará dentro de las actividades prioritarias del líder de calidad el seguimiento a cada uno de los riesgos.                                                                                                                                                                                                       | JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA | 2013-10-31 | Riesgos del proceso con seguimientos al día / total de riesgos del proceso.                                                                                                                                                                                                                                                             | Durante el mes de abril los riesgos quedaran actualizados en la nueva plataforma de acuerdo con los lineamientos del DAFF.                                                                                                                                                                                                                         | 100%                       |                                                                                                                     |
| 3  | Falta evidencias con relación a las reuniones internas con los funcionarios, en la socialización de políticas de Calidad, riesgos, indicadores.                                                                                                                           | Dejar evidencia formal de las respectivas socializaciones, capacitaciones, reuniones realizadas frente al Sistema de Gestión de Calidad u otros temas revisados en el proceso.                                                                                                                                                                                                                                                        | JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA | 2013-12-13 | Reuniones realizadas con los respectivos registros que avalan su realización.                                                                                                                                                                                                                                                           | Socialización POLITICAS DE CALIDAD con 7 funcionarios y contratistas                                                                                                                                                                                                                                                                               | 100%                       | se entrego folleto con las Políticas de Calidad, Objetivos de Calidad, Vision, Mision y los Valores Institucionales |
| 4  | Seria importante evaluar la pertinencia de la redacción e identificación de cada una de las actividades del Programa de Gestión Documental, en las cuales debe reflejarse el documento o registro involucrado, así como establecer el punto de control de cada actividad. | Debida revisión y ajuste del documento Programa de Gestión Documental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA | 2013-09-25 | Documento debidamente revisado y con el visto bueno de la Secretaría Jurídica.                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realizó el Programa de Gestión Documental el cual fue aprobado en Comité Interno de Archivo y se oficializa en Calidad para ser incorporado en el Proceso.                                                                                                                                                                                      | 100%                       |                                                                                                                     |
| 5  | El registro "Préstamo Historias Laborales" el cual se encuentra en el LMD en versión 0 y vigencia 04/2012, no se encontró en el LMR.                                                                                                                                      | Solicitar a la Coordinación de Calidad, la debida actualización del listado maestro de documentos y listado maestro de registros. Realizar una revisión semestral de los documentos del proceso con el fin de evaluar pertinencia y actualización conforme a los requerimientos del S.G.C                                                                                                                                             | JHON JAIRO JIMENEZ VALENCIA | 2013-12-13 | Registro "Préstamo Historias Laborales" visualizado en el LMR. Documentos del proceso debidamente revisados.                                                                                                                                                                                                                            | Favor ingresar el formato de Prestamo Historias laborales al Listado Maestro de Registros                                                                                                                                                                                                                                                          | 100%                       | Anexo copia del formato                                                                                             |

|   |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |                   |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                             |  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 6 | <p>Analizar la pertinencia de estandarizar el formato Gestión de Documentos Usuarios Externos, como mecanismo de control, en el Sistema gestión de Calidad.</p> | <p>Solicitar a la Coordinación de Calidad la vinculación del formato al LMD y al LMR. Revisar si hay otros documentos que hacen parte del proceso y no se hayan formalizado en Calidad para solicitar su respectiva inclusión.</p> | <p>JHON JAIRO<br/>JIMENEZ<br/>VALENCIA</p> | <p>2013-10-31</p> | <p>Visualizar en SAIA y en el LMD y el LMR, el formato de Atención Usuarios Externos y demás documentos según revisión realizada.</p> | <p>Se encuentra en el aplicativo de Calidad Proceso Gestión Documental el Formato Usuarios Externos, el cual se encuentra vigente y en uso en versión 0.</p> | <p><a href="#">100%</a></p> |  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|

**Ruby Lucia Aguirre Torres**  
Directora De Control Interno