

ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTERACCION SOCIAL PROTECCIÓN INTEGRAL RANKIN Y JAHIER	PROCESO	MEJORAMIENTO CONTINUO												CÓDIGO:	E-MEJ-FT-005
	SUBPROCESO	MEJORA CONTINUA												VERSIÓN:	04
	FORMATO	PLAN DE MEJORAMIENTO												PAGINA:	1 de 1

PROCESO: Protección Integral de niños, niñas, jóvenes y adolescentes con situación de vida y en calle

LÍDER DEL PROCESO: CARLOS ALFONSO LARA

C: Corrección; AC: Acción Correctiva ; AP: Acción Preventiva; AM: Acción de Mejora

PROCESO: Unidad de Protección Integral La Favorita

LÍDER DEL PROCESO: CARLOS ALFONSO LARA

CODIGO: E-MEJ-FT-005

VERSIÓN: 04

PAGINA: 1 de 1

DESDE: 27/10/2011

UNIDAD: Unidad de Protección Integral La Favorita

COMEDOR:

SUBPROCESO:

FECHA D/M/A ORIGEN (1) SITUACIÓN ENCONTRADA (2) CAUSAS (3) EFECTO (4) TIPO DE ACCIÓN A TOMAR (5) DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN (6) RESPONSABLE (7) FECHA (8) D/M/A SEGUIMIENTO AVANCE ACCIÓN (9) Verificación cumplimiento (diligenciado por la OCI)

C INICIA TERMINA Fecha Revisión Avance Fecha Verificación Cerrada Sin Cerrar Observaciones

1 19/09/2011 Auditoria Interna El manual de procedimiento no se encuentra completamente implementado Falta de conocimiento y/o de socialización del manual de procedimiento Se afecta el servicios prestado debido a la falta de claridad en el desarrollo de los procedimientos. Dar a conocer el manual de procedimientos de Idipron al equipo interdisciplinario de la Upi e iniciar con el adecuado manejo de la información y la utilización de formatos Responsable de Unidad 01 de mayo de 2012 30 de agosto de 2012 30 abril de 2012 Se realizo capacitación a los profesionales mediante la interacción con el manual de procedimientos y reconocimiento de cada uno de los procedimientos según el caso y utilización de los formatos estipulados. 07/10/2013 x Se solicita evidencia por el cual se observa que respectivo, puesto que en Acta del 27 de Marzo de 2012, se capacito al equipo psicosocial en el manejo del manual de procedimientos para conocimiento general, implementación y verificación de los respectivos formatos a utilizar.

2 19/09/2011 Auditoria Interna No hay enfermera ni botiquín Que la Unidad no cuenta con un espacio adecuado para prestar el servicio de enfermería. Que los jóvenes beneficiarios no cuenten con los servicios de enfermería de manera oportuna Se implementará sitio para la enfermería con los implementos necesarios para una adecuada atención, se solicitará la auxiliar de enfermería con el fin de prestar sus servicios. Responsable de Unidad 01 de mayo de 2012 30 de agosto de 2012 Enero de 2013 En la actualidad La Upi Favorita cuenta con un lugar adecuado para la presentación del servicio de enfermería, dotado de los implementos necesarios para su adecuado manejo con la correspondiente auxiliar de enfermería 07/10/2013 x En visita de seguimiento realizada a la Unidad el 09 de Octubre de 2013, se evidenció adecuación de espacio para la enfermería con los insumos requeridos para su operación. Aunque es de anotar, que se implementó en la actualidad una sala grande con fecha de vencimiento vencido, así mismo el lugar adecuado para la operación de la enfermería presenta malos olores debido a que se encuentra ubicado encima de los baños del Edificio de la Calle 15, al parecer por el deterioro que tiene la tubería en la Infraestructura.

3 19/09/2011 Auditoria Interna Las UPIS no están manejando planes de mejoramiento Falta de conocimiento en cuanto al adecuado manejo de las herramientas para el mejoramiento continuo Que no se documente las acciones que se toman cuando surgen las no conformidades dentro de la Unidad Dar aplicación a los formatos establecidos para documentar el subproceso de mejora continua, cada vez que sea necesario Responsable de Unidad 01 de mayo de 2012 30 de diciembre de 2012 30 abril de 2012 Se implementa el uso del plan de mejoramiento de la upi donde se evidencia el seguimiento a los hallazgos encontrados por la oficina de control interno. 07/10/2013 x Se observa implementación de plan de mejoramiento en la Unidad.

4 19/09/2011 Auditoria Interna Es necesario realizar un mantenimiento en el segundo piso de la Unidad, se encuentra obra suspendida en el baño, no tiene tomas, ni cuenta con luz Falta de adecuación y mantenimiento del segundo piso Debido al no adecuado mantenimiento de las áreas que impide la utilización de estos sitios generando subutilización de los espacios El hallazgo relacionado anteriormente hace parte de la infraestructura de la UPI, la cual a la fecha se encuentra en construcción y nos encontramos temporalmente ubicados en el edificio de la avenida caracas No. 15-42 también a nivel provisional, a la espera que sea entregada ya la estructura del conservatorio terminada. Responsable de Unidad 01 de mayo de 2012 30 de diciembre de 2012 Enero de 2013 El hallazgo relacionado anteriormente hace parte de la infraestructura de la UPI, la cual a la fecha se encuentra en construcción y nos encontramos temporalmente ubicados en el edificio de la avenida caracas No. 15-42 también a nivel provisional, a la espera que sea entregada ya la estructura del conservatorio terminada. 07/10/2013 x En visita realizada a la Upi el 09 de Octubre de 2013, se evidencia adecuación de los espacios de la Unidad de manera temporal debido a las mejoras que se encuentran realizando a la infraestructura en el lugar de origen.

5 19/09/2011 Auditoria Interna No se aplica acta de retiro voluntario Falta de conocimiento en la aplicación del procedimiento. No se tiene evidencia física de las razones de abandono del proceso por parte de los usuarios Solicitar al componente sociolegal diligenciar el acta de retiro voluntario y proceder a su correspondiente archivo. Responsable de Unidad 01 de mayo de 2012 30 de diciembre de 2012 30 abril de 2012 Se implementa el uso de las actas de retiro las cuales se pueden evidenciar anexas a las historias sociales los los beneficiarios retirados de la UPI 07/10/2013 x De acuerdo a la solicitud de evidencia, se puede observar aplicación de Acta de Egreso cuyo punto de control establecido es M-PIN-FI-116 o 121, versión 03 - 02, vigencia del 04/05/2012. Esta información reposa en las Historias Sociales de los beneficiarios.

6 19/09/2011 Auditoria Interna Las decisiones tomadas por el comité técnico no se encuentran consignadas en la carpeta social Las actas de comité Técnico se han ejecutado desde el año 2012, debido a que dicho proceso se estipulo durante el ultimo trimestre del año anterior. Al realizar los comités técnicos no se envía con prioridad el memorando estipulado para el proceso lo que no genera claridad en las acciones a seguir Solicitar y archivar en carpeta acta de comité técnico desarrollado según los casos individuales. Establecer indicador ej. Comités celebrados / casos presentados- \*100 Equipo social de la Unidad 01 de mayo de 2012 30 de diciembre de 2012 30 abril de 2012 Referente a este hallazgo se hizo la consulta a los Lideres de Componente Familiar y Terapéutico en donde manifestaron que a ninguna Upi se le entrega copia de las actas de Comité Técnico para que se anexen a las carpetas, solamente cuando el resultado de las decisiones tomadas lo estime estrictamente conveniente. 07/10/2013 x Se evidencia en Acta de Reunión de Febrero 20 de 2013, conceptos de cierre por parte de la Upi, además de relacionar tareas pendientes por cada profesional del área psicosocial.

(1): El origen pueden ser: Auditoria Interna - Auditoria Externa - Revisión por la Dirección - Producto y/o Servicio No Conforme - Medición de Indicadores - Mapa de Riesgos - Autoevaluación del Proceso - Quejas y Reclamos- Inspecciones del Proceso.

(2): Se describe brevemente la situación encontrada, teniendo cuidado de no confundir la situación con la causa o el efecto. La situación puede ser: Real: cuando proviene de la identificación de un hallazgo, o por el incumplimiento de un requisito (del cliente, implícito, legal - reglamentario o adicional); Potencial: proviene del análisis de los riesgos identificados para el proceso, el producto y/o servicio; De Mejora: incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas.

(3): Para la identificación de las causas de las situaciones se acude a la metodología de 3 Porque s. Ej: El auto no arranca (el problema). 1.¿Por qué no arranca? Porque la batería está muerta; 2.¿Por qué la batería está muerta? porque el alternador no funciona; 3.¿Por qué el alternador no funciona? Porque el alternador está fuera de su tiempo útil de vida y no fue reemplazado.

(4): Describa brevemente la consecuencia derivada de la situación identificada.

(5): Seleccione con una X el tipo de acción o corrección que adoptará el proceso, producto y/o servicio para subsanar o corregir la situación. Teniendo en cuenta: Acción Correctiva: para eliminar la causa de una situación real ; Acción de Mejora: para incrementar la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas; Acción Preventiva: para eliminar la causa de una situación potencial ; Corrección: para subsanar la situación.

(6): Describa brevemente la acción o corrección que emprenderá. En caso de Acción Correctiva o Preventiva verificar que la acción realmente elimine la causa de la situación.

(7): Se refiere al cargo que dará cuenta de la acción o corrección propuesta.

(8): Se indica la fecha en la que se propone iniciar la ejecución de la acción o corrección y la fecha que se propone terminar.

(9): El seguimiento será realizado por el responsable del proceso (cuando se requiera también lo podrá realizar el responsable de la Unidad, componente o comedor) y se registrar la fecha.

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROCESO A MEJORAR

VO. BO. JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICA