|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Datos Generales** | | | | | | | | | |
| **Regional:** | | | | **Centro Zonal:** | | | | | |
| **Proceso:** | | | | **Modalidad de Atención:** | | | | | |
| **Nombre de la Entidad:** | | | | **Nombre Representante Legal:** | | | | | |
| **Dirección Sede Administrativa:** | | | | **Teléfono fijo:** | | | | | |
| **Nombre Unidad de Servicio** | | | | **Nombre responsable de la unidad:** | | | | | |
| **Dirección de la unidad de servicio** | | | | **Teléfono de la Unidad de Servicio** | | | | | |
| **Nombre Unidad de Servicio** | | | | **Nombre responsable de la unidad:** | | | | | |
| **Dirección de la unidad de servicio** | | | | **Teléfono de la Unidad de Servicio** | | | | | |
| **Teléfono móvil:** | | | | **Fax:** | | | | | |
| **Dirección electrónica:** | | | | **Fecha de visita:** | | | | | |
| **Personería Jurídica:** | | | | **Licencia de funcionamiento:** | | | | | |
| **Autorización para prestación de Servicios de Cuidado y/o Albergue** | | | | (No., fecha, vigencia y Regional ICBF que la otorga) | | | | | |
| **Concepto Sanitario** | | | |  | | | | | |
| **Habilitación en Salud** | | | |  | | | | | |
| **No. de contrato:** | | | | **Nombre del supervisor del contrato:** | | | | | |
| **Si no tiene contrato con ICBF, identifique la fuente de los recursos:** | | | | | | | | | |
| **Hora de inicio** |  | | | | **Hora de finalización** | | | |  |
| 1. **Caracterización del Servicio y la población atendida.** | | | | | | | | | | |
| (descripción de la población: género, rango de edad, modalidad y jornada de atención en la prestación del servicio) | | | | | | | | | | |
| 1. **Objeto de la Auditoría.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Alcance de la Auditoría.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Agenda programada** | | | | | | | | | | |
| 1. Lectura del Auto de Visita 2. Comunicación del Auto 3. Presentación del Equipo Auditor 4. Presentación del Objetivo, Alcance, Procedimientos y Metodología de la Auditoría 5. Requerimientos logísticos para la realización de la Auditoría 6. Permisos (toma de fotografías, entre otros) | | | | | | | | | | |
| 1. **Acuerdos para el desarrollo de la Auditoría** | | | | | | | | | | |
| Identificación de profesionales de la entidad que acompañaran la verificación de cada componente, tiempo definido para recibir la documentación requerida, etc. | | | | | | | | | | |
| 1. **Desarrollo de la Auditoría** | | | | | | | | | | |
| Siendo las xxxx a.m., del día xxx de xxx de xxx, los profesionales de la Oficina de Aseguramiento de la Dirección General de la Sede Nacional delegados mediante Auto No. xxxx de fecha xxx de xxx de xxx, se presentan en la Fundación/Entidad xxxxx, ubicada en la dirección arriba relacionada, donde son atendidos por el señor xxxxx y la señora xxxxx en calidad de xxxxx.  Acto seguido se procede a dar lectura y comunicar el Auto a las personas en mención, quienes en calidad de XXXX y XXXX reciben y firman la comunicación del Auto y son contextualizados sobre la auditoría.  Se realiza el recorrido preliminar por las instalaciones de la Fundación/Entidad, y posteriormente los profesionales se desplazan a cada uno de los lugares donde realizaran su trabajo, alineado con el instrumento de verificación aplicable a la auditoría; se toma de registro fotográfico de las instalaciones y de las condiciones en que se encuentran los beneficiarios de la modalidad al momento de la visita, y se solicitan los siguientes documentos:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Documentos solicitados** | **Entrega** | **No entrega** | **Para revisión y análisis en la OAC** | | **Componente Legal** | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | **Componente Técnico** | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | **Componente Administrativo** | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | **Componente Financiero** | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   Profesionales que acompañan y participan en la visita por parte de la entidad u operador:   |  |  | | --- | --- | | **Profesional – Cargo desempeñado en la institución** | **Nombres** | |  |  |   A continuación, se describe desde cada uno de los componentes, el resultado de la auditoría:   1. **Componente legal**    1. Personería Jurídica 2. **Componente Técnico**    1. Proceso de Atención       1. Herramientas de desarrollo       2. Herramientas de participación       3. Herramientas de seguimiento    2. Proceso pedagógico    3. Salud y Nutrición 3. **Componente Administrativo**    1. Infraestructura y dotación   3.1.1. Especificaciones de la planta física  3.1.2. Condiciones locativas   |  |  | | --- | --- | | **Condición** | **Observaciones** | |  |  |   3.1.3. Proporcionalidad de los espacios  **Dormitorios (3 mts2)**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ubicación** | **Denominación** | **Rango de edad** | **Medidas** | **Área** | **Capacidad máxima** | **Camas ubicadas** | **observaciones** | |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Unidades sanitarias**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ubicación** | **Sanitario** | **Orinal** | **Lavamanos** | **Ducha** | **Observaciones** | |  |  |  |  |  |  |   **Aulas (1.50 mts2)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Denominación** | **Ubicación** | **Medidas** | **Área** | **Capacidad máxima** | **observaciones** | |  |  |  |  |  |  |   **Taller (2.30 mts2)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Denominación** | **Ubicación** | **Medidas** | **Área** | **Capacidad máxima** | **observaciones** | |  |  |  |  |  |  |   3.1.4. Manejo y ubicación de las historias de atención   * 1. Dotación   2. Talento humano   3. Otros aspectos  1. **Componente financiero**   **Otras situaciones observadas durante la auditoría:** | | | | | | | | | | |
| 1. **Pronunciamiento del operador sobre el equipo interdisciplinario que efectuó la Auditoría** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Metodología del Informe** | | | | | | | | | | |
| La Oficina de Aseguramiento de la Calidad, recopilará la información de la visita de inspección y consolidará un informe con el detalle de los hallazgos, los cuales tendrán la connotación de administrativos o sancionatorios de acuerdo con la información registrada en la presente acta; así como los planes de mejora y los correctivos que puedan aplicarse en caso de encontrarlo pertinente. Este informe será de conocimiento de las dependencias del ICBF e instancias externas a que haya lugar y se procederá conforme lo señalado en la Resolución 3899 de 2010. | | | | | | | | | | |
| 1. **Miembros de la Persona Jurídica o persona natural** | | | | | | | | | | |
| **Nombres y apellidos** | | | | **Cédula** | | | | **Cargo** | **Firma** | |
|  | | | |  | | | |  |  | |
|  | | | |  | | | |  |  | |
| 1. **Servidores Públicos que realizaron la visita** | | | | | | | | | | |
| **Nombres y apellidos** | | | **Cédula** | | | | **Cargo** | | **Firma** | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |