|  |
| --- |
| **Fecha de la visita:**  |
| **Nombre del punto de entrega:**  |
| **Código del punto de entrega:** |

1. **Registro de existencias de AAVN en el punto de entrega (entradas):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alimento de Alto Valor Nutricional** | **Mes al que corresponde la entrega** | **Cantidades de AAVN (bolsas/cajas 200mL)** | **Observaciones** |
| **Recibidas según acta de entrega****(A)** | **Trasladadas según lo registrado en actas de traslado****(B)** | **Total recibidos****(C) = (A + B)** | **Cantidad de AAVN existentes****en el punto de entrega según inspección visual** **(D)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Control de salida de AAVN (salidas):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alimento de Alto Valor Nutricional** | **Mes al que corresponde****la entrega** | **Cantidades de AAVN** | **¿Los valores anteriores, coinciden con el formato de control de inventarios?** | **Observaciones** |
| **Total Recibidos****(C)** | **Cantidad de AAVN existentes****en el punto de entrega según inspección visual** **(D)** | **Trasladadas (salidas) según lo registrado en actas de traslado****(E)** | **Entregadas a beneficiarios o unidades de servicio o unidades ejecutoras****(F)= (C – D – E)** |
| **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de quien atiende la visita en el punto de entrega:** |  | **Firma** |  |
| **Nombre de quien realiza la visita al punto de entrega:** |  | **Firma** |  |

**INSTRUCTIVO**

**De acuerdo con la Directiva Presidencial Nro. 9 del 09/11/2018 sobre las directrices de austeridad del gasto, para el instructivo de diligenciamiento se debe utilizar medios digitales, de manera preferente y evitar impresiones.**

El personal responsable de realizar la visita (profesional, técnico, interventor, visitador) debe diligenciar el formato de control de inventarios de AAVN, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

**Fecha de la visita:** Registre la fecha en que se está realizando la visita en el formato (día/mes/año).

**Nombre del punto de entrega**: Registre el nombre completo del punto primario de atención.

**Código del punto de entrega:** Registre el código del punto primario de atención.

1. **Registro de producto recibido en el punto de entrega**

**Alimento de Alto Valor Nutricional:** Registre cada tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional (Bienestarina Más®, Bienestarina Más® sabor Vainilla Natural, Bienestarina Más® sabor Fresa Natural, Alimento para Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia, Bienestarina® Líquida).

**Mes al que corresponde la entrega:** Registre el mes que corresponda la entrega que se está verificando según lo establecido en el acta de entrega.

**Cantidades de AAVN:**

**Recibidas según acta de entrega (A):** Registre el número de unidades de AAVN que aparecen registradas en el acta de entrega del mes correspondiente.

**Trasladadas según lo registrado en acta de traslado (B):** registre el número de unidades de AAVN que hayan ingresado al punto de entrega y estén registradas en el acta de traslado, en el mes correspondiente.

**Total recibido (C) = (A + B):** Sume las casillas A y B.

**Cantidad de AAVN existentes en el punto de entrega según inspección visual (D):** Realice una inspección visual y cuente el producto existente (en físico) por tipo de AAVN, registre la información encontrada.

**Observaciones:** Registrar las características particulares de cada producto verificado, incluyendo el lote.

1. **Control de salida de AAVN (salidas):**

**Alimento de Alto Valor Nutricional:** Registre cada tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional (Bienestarina Más®, Bienestarina Más® sabor Vainilla Natural, Bienestarina Más® sabor Fresa Natural, Alimento para Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia, Bienestarina® Líquida).

**Cantidades de AAVN:**

**Total Recibidos (C):** transcriba el dato de la columna C de la tabla de registro de existencias de AAVN en el punto de entrega (entradas).

**Mes al que corresponde la entrega:** transcriba el mes que corresponda la entrega que se está verificando según lo establecido en el acta de entrega.

**Cantidad de AAVN existentes en el punto de entrega según inspección visual (D):** transcriba el dato de la columna D de la tabla de registro de existencias de AAVN en el punto de entrega (entradas).

**Trasladadas (salidas) según lo registrado en actas de traslado (E):** registre el número de unidades de AAVN que hayan salido del punto de entrega y estén registradas en el acta de traslado, en el mes correspondiente.

**Entregadas a beneficiarios o unidades de servicio o unidades ejecutoras (F) = (C – D - E):** reste los datos de las columnas C, D y E a la columna F.

**¿Los valores anteriores, coinciden con el formato de control de inventarios?:** revise elFormatocontrol de inventarios de AAVN (F1.P5.PP) del punto de entrega y determine si los valores corresponden a los registrados en: Recibidas según acta de entrega (A), Trasladadas según lo registrado en acta de traslado (B), Total recibido (C), Cantidad de AAVN existentes en el punto de entrega según inspección visual (D), Trasladadas (salidas) según lo registrado en actas de traslado (E) y Entregadas a beneficiarios o unidades de servicio o unidades ejecutoras (F).

**Observaciones:** si se observan diferencias entre el resultado, preguntar al responsable del punto o la persona que está atendiendo la visita y registrar en la columna la observación del por qué se presenta la diferencia y registrar. Si en el periodo verificado en el punto de entrega se realizó el procedimiento de desnaturalización de AAVN, esta cantidad debe de registrarse en este campo.

**Nombre quien atiende la visita en el punto de entrega:** Registre el nombre completo de la persona que atiende la visita en el punto primario de atención.

**Firma de quien atiende la visita en el punto de entrega:** solicite a la persona que atendió la visita que firme el formato.

**Nombre de quien realiza la visita al punto de entrega:** Registre el nombre completo de la persona que realiza la visita al parte del punto de entrega.

**Firma de quien realiza la visita al punto de entrega:** Registre la firma de la persona que realiza la visita al parte del punto de entrega.

**NOTA:** Una vez finalizado el registro de la información, anule los renglones sobrantes del formato trazando una línea continua desde donde quedó el registro al final del formato (ver imagen 1).

**Imagen 1**

