|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Datos Generales** | |
| **Fecha de la visita de inspección: año/mes/día** | |
| **Hora de Inicio:** | **Hora de finalización:** |
| **Regional ICBF:** | **Centro Zonal:** |
| **Modalidad y/o Servicio/Programa:** | **Nombre de la institución:**  Relacione el nombre como se encuentra establecido en la Personería Jurídica |
| **Nit:** | **Nombre Representante Legal:** |
| **Dirección Sede Administrativa:**  Relacione la dirección con nomenclatura, municipio y departamento. | **Teléfono fijo:** |
| **Nombre Unidad de Servicio y/o Sede Operativa:** | **Nombre responsable de la unidad y/o Sede Operativa:** |
| **Dirección de la unidad de servicio y/o Sede Operativa:** | **Teléfono de la Unidad de Servicio y/o Sede Operativa:** |
| **Teléfono móvil:** Relacione la totalidad de los números con los cuales cuenta la entidad u operador, incluyendo el del Representante Legal | **Correo electrónico:** |
| **Personería Jurídica:** Relacione número de la Resolución, fecha e institución que la otorgó, reconoció o emitió. | **Licencia de funcionamiento:** Relacione número del Acto Administrativo, fecha, clase (si aplica) y quien lo otorgó o renovó. |
| **Autorización para prestación de Servicios de Cuidado y/o Albergue:** (No., fecha, vigencia y Regional ICBF que la otorga).  (Si aplica) | **Concepto Sanitario:** Relacione el número del concepto, fecha, concepto y nombre de la institución que emitió el concepto. |
| **No. de contrato:** Relacione el número del contrato, fecha de suscripción y finalización, si este abarca varios servicios, discriminar la información. | **Nombre del supervisor del contrato:**  Relacione el nombre, cargo y nombre de la Regional o Centro Zonal. |
| **Si no tiene contrato con ICBF, identifique la fuente de los recursos:** | |
| 1. **Caracterización del Servicio y la población atendida.** | |
| Relacione en este espacio la caracterización del servicio y población como se encuentra relacionado en la Guía Operativa.  Para los servicios de Protección relacionar la población como se encuentra establecida en la Licencia de Funcionamiento, la cual debe estar acorde a la Guía Operativa, recordemos que solamente puede variar las edades (grupo etario) y el género. | |
| 1. **Objeto de Visita de Inspección** | |
| Realizar visita motivada por denuncia/solicitud relacionada con presuntas irregularidades en la prestación del servicio, para verificar que este, cumplan con las condiciones establecidas en la normatividad vigente y en los documentos técnicos definidos por el ICBF, en la modalidad y/o servicio/programa xxx administrado/operado por XXXX, ubicado en el municipio de XXX departamento de XXXX. | |
| 1. **Agenda programada** | |
| 1. Lectura, y firma de comunicación del auto que ordena la visita inspección por parte del Representante Legal o su delegado. 2. Presentación del equipo de la visita designado. 3. Socialización el listado de documentos, plazo máximo de entrega y mecanismos de entrega por parte de la institución. 4. Socialización de los principales aspectos de la denuncia, siguiendo las políticas de operación **No**. **3.5 y 3.6.,** del procedimiento de visitas de inspección. 5. Realizar los requerimientos logísticos para la realización de la visita de inspección, (toma de fotografías, identificación del talento humano con el cual se podrá interactuar durante la acción sin afectar la atención de los usuarios, entre otros). 6. Socialización del mecanismo de pronunciamiento de la institución y firma del acta de la visita de inspección de acuerdo con la política de operación **No.** **3.14,** del procedimiento de visitas de inspección. 7. Realizar visita de inspección. 8. Realizar reunión de cierre donde se presentarán de manera general los resultados de la visita de inspección y se responderán las inquietudes, que se presenten por parte de la institución. | |
| 1. **Acuerdos para el desarrollo de la visita de inspección** | |
| Como ejemplo se sugiere dejar  En la reunión de apertura de la visita de inspección, se establecen los siguientes acuerdos:  • Durante el desarrollo de la visita de inspección, se realizará toma de fotografías, videos u otros, conforme a lo señalado en el auto de visita antes descrita.  • Por parte de la entidad administradora y/o operador en cabeza de la Representante Legal o su delegado, se asignará el talento humano disponible para el acompañamiento al equipo de la visita para la verificación de cada uno de los componentes, garantizando el cumpliendo de manera permanente de todos los protocolos de bioseguridad que considere pertinente y sean necesarios, y sin afectar la prestación del servicio.  • La información solicitada por el equipo designado será entregada de manera física y/o digital en los tiempos establecidos en el auto de la visita de inspección, pasado este tiempo no se recibirá información y esta deberá ser entregada para la subsanación de los hallazgos que son resultado del informe de la visita de inspección.  • Se establece como tiempo máximo de entrega de la documentación solicitada el día XXXX del mes XXXX del año XXXX, no posterior a las XXXX.  • Al finalizar la visita de inspección, se socializará a la Representante Legal o su delegado (s) los resultados preliminares, entregando copia de la presente acta firmada por las partes, así como la socialización de las acciones posteriores conforme al procedimiento de visitas de inspección.  **Nota:** se pueden incluir algunos otros acuerdos relevantes que se determinen para el desarrollo de la visita de inspección.  **Profesionales designados por la institución para el desarrollo de la visita.**   | **Componente** | **Nombre del profesional** | **Rol** | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |
| 1. **Desarrollo de la Visita** | |
| Siendo las XXX, del día XX de XX de XXXX los profesionales de la Oficina de Aseguramiento a la Calidad de la Dirección General, delegados mediante **Auto No. XX de fecha XX de XX de XX**, se presentaron en la XXXXXX, ubicada en la dirección arriba relacionada, donde fueron atendidos por el (la) señor(a) XXXXXXX en calidad de XXXXXXX, se procedió a dar lectura y comunicar el Auto a la persona en mención siendo contextualizado sobre el motivo de la visita de inspección, y se procede con la firma y entrega de una copia de este.  Posteriormente, se realizó el recorrido preliminar por las instalaciones de XXXXXX, se solicitaron los documentos y se verificaron las condiciones de prestación del servicio con énfasis en los hechos que motivaron la visita, el equipo de la visita se desplazó a cada uno de los lugares en donde desarrollaron su trabajo.  Adicionalmente, se toma registro fotográfico de las instalaciones y de las condiciones en que se encuentra el servicio al momento de la visita.  **Documentos solicitados:** Se anexa listado de documentos solicitados y su estado de entrega.  A continuación, se describe desde cada uno de los componentes, el resultado de la visita de inspección:   1. Componente Técnico (Este se definirá atendiendo a las características de la modalidad y/o servicio) 2. Componente Salud y Nutrición (Este se definirá atendiendo a las características de la modalidad y/o servicio) 3. Componente Administrativo ((Este se definirá atendiendo a las características de la modalidad y/o servicio)  |  |  | | --- | --- | | **Condición** | **Observaciones** | |  |  |   3.1. Proporcionalidad de los espacios  **Dormitorios**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ubicación** | **Denominación** | **Rango de edad** | **Medidas** | **Área** | **Capacidad máxima** | **Camas ubicadas** | **observaciones** | |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Unidades sanitarias**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ubicación** | **Sanitario** | **Orinal** | **Lavamanos** | **Ducha** | **Observaciones** | |  |  |  |  |  |  |   **Espacios Pedagógicos y/o aulas**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Denominación** | **Ubicación** | **Medidas** | **Área** | **Capacidad máxima** | **observaciones** | |  |  |  |  |  |  |   **Taller (Si Aplica)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Denominación** | **Ubicación** | **Medidas** | **Área** | **Capacidad máxima** | **observaciones** | |  |  |  |  |  |  |   **Nota:** Si se requiere anexar alguna tabla adicional dependiendo de la modalidad y/o servicio anexarla e indicarlo en la presente acta.   * 1. Manejo y ubicación de los anexos de historias de atención      1. Dotación      2. Talento humano   3.2.3 Otros aspectos   1. Componente de Talento Humano 2. Componente financiero   **Otras situaciones observadas durante la visita de inspección:** | |
| 1. **Pronunciamiento de la institución sobre el equipo interdisciplinario que efectúa la visita de inspección** | |
| Indicarle a la institución que cuenta hasta con 30 minutos para dejar consignado su pronunciamiento con relación al desarrollo de la visita de inspección. Si la institución considera que dicho tiempo es insuficiente, se le informará que puede realizarlo mediante correo electrónico al **siguiente día calendario** del cierre de la visita, dirigido al Líder y se registrará dicha situación en el Instrumento de verificación - acta de visita de inspección o vigilancia. Este pronunciamiento hará parte integral de los soportes de la visita de inspección. | |
| 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, de acuerdo con la información registrada en el presente Instrumento de verificación - acta de visita de inspección o vigilancia, en el marco de la normativa vigente y los documentos técnicos definidos por el ICBF para el servicio; Este informe será de conocimiento del Representante Legal y las dependencias del ICBF e instancias externas a que haya lugar y se procederá conforme lo señalado en la Resolución 6300 de 2024. | |

Para constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C., a los XX días del mes de XX del año XXX.

Por parte de la Institución

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos** | **Cédula** | **Rol** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Por parte de los profesionales que realizaron la visita de inspección.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos** | **Cédula** | **Componente** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nota:** En los campos de datos generales donde se indica Si Aplica, en caso de que No Aplique se deberá colocar N/A.