|  |  |
| --- | --- |
| **Proceso** | **Inspección, Vigilancia y Control** |
| **Nombre de la Entidad** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitácora de acciones de inspección y vigilancia** | Relacione el número de la bitácora y fecha. | |
| **Auto expedido para la Acción** | Relacione el número del auto y fecha | |
| **Fecha de la Acción** |  | |
| **Regional** |  | |
| **Nit Entidad y/o Operador** |  | |
| **Personería Jurídica** | Relacione el número de la Personería Jurídica, fecha y quien la otorgó o reconoció. | |
| **Licencia de Funcionamiento** | Relacione el número de la Licencia de Funcionamiento, fecha, regional que otorgó o renovó y clase. | |
| **Representante Legal** |  | |
| **Dirección** | Relacione la dirección de la sede administrativa y operativa para las modalidades de protección.  Relacione la dirección de la sede administrativa y la unidad de servicio para las modalidades de prevención. | |
| **Teléfono** | Relacione el número de teléfono de la sede administrativa y operativa para las modalidades de protección.  Relacione el número de teléfono de la sede administrativa y la unidad de servicio para las modalidades de prevención. | |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Concepto Sanitario** | Relacione el número del concepto sanitario, fecha y concepto (favorable, desfavorable o desfavorable con requerimiento). | |
| **Autorización para prestación de Servicios de Cuidado y/o Albergue** | Relacione el número de la autorización, fecha y Regional que la otorgó y/o renovó (Si aplica) | |
| **Modalidad** |  | |
| **Población Atendida** | Relacione la población que se encuentra en el PAI, PIYC o PM  Relacione la población que se encuentra establecida en el Manual Operativo. | |
| **No. de Contrato con ICBF** | Relacione el número de contrato y vigencia.  Cupos Contratados: | |
| **Muestra Seleccionada** | Relacione el número de la muestra seleccionada para los usuarios atendidos y talento humano.  Cupos atendidos: | |
| **Equipo profesional que realiza la Acción** | **Líder** |  |
| **Profesional 1** |  |
| **Profesional 2** |  |
| **Profesional 3** |  |

1. **OBJETO**

Verificar el cumplimiento de los lineamientos técnicos, manuales, guías, protocolos expedidos por el ICBF y en general, de la normatividad vigente aplicable a la modalidad de servicio y población atendida. Dicha verificación será llevada a cabo por el equipo de profesionales designados por parte de la Oficina de Aseguramiento a la Calidad.

1. **ALCANCE**

Verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas en los componentes técnico (proceso pedagógico y de cuidado, salud y nutrición), Ambientes adecuados y seguros (Infraestructura y Dotación), Talento Humano, y Financiero, en la Modalidad/Servicio **XXXX**, administrado/operado por **XXXX**, ubicado en el municipio de **XXX** departamento de **XXXX.**

1. **ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Reunión de Apertura** | **Reunión de Cierre** |
| Fecha:  Lugar:  Hora: | Fecha:  Lugar:  Hora: |

Siendo las XXX a.m., 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 contextualizados sobre el motivo de la auditoría.

Posteriormente, se realizó el recorrido preliminar por las instalaciones de XXXXXX, seguidamente los profesionales se desplazaron a cada uno de los lugares en donde desarrollarían su trabajo, solicitaron los documentos alineados, con los instrumento y acta de las acciones de inspección y vigilancia. Adicionalmente, se tomó registro fotográfico de las instalaciones y de las condiciones en que se encontraban los usuarios de la modalidad/servicio al momento de la auditoría. Todo lo anterior, hace parte integral del presente informe.

Es de precisar, que la visita se llevó a cabo de acuerdo con el Procedimiento para auditoría a las instituciones que prestan el servicio público de bienestar familiar versión10, por muestreo[[1]](#footnote-2).

A continuación, se relacionan los profesionales que atendieron la acción de inspección y vigilancia:

| **Componente** | **Nombre del profesional designado por parte del operador** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **ANTECEDENTES**

La Oficina de Aseguramiento a la Calidad, formuló el Programa de Auditorías, identificando e incluyendo a las instituciones prestadoras de los servicios de protección a niños, niñas, adolescentes, jóvenes o las familias que serán auditadas durante la vigencia **XXXX**, entre ellas indique el nombre de la entidad y la modalidad/servicio.

* 1. **ACCIONES INMEDIATAS DENTRO DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA**

Relacione aquellas situaciones que fueron objeto de acciones inmediatas durante el desarrollo de la auditoría.

Las acciones inmediatas se activan por la identificación de algunas de las siguientes situaciones:

* Riesgo eminente a nivel de infraestructura que afecte la integridad de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes o familias atendidos.
* Posible identificación de situaciones como. maltratos, violencia sexual, negligencia, entre otros.
* Posible vulneración de derechos a nivel: salud, educación, recreación, entrega de alimentos, entre otros.
  1. **ANÁLISIS DE DOCUMENTACIÓN SOLICITADA**

La documentación solicitada en el desarrollo de la auditoría se revisó conforme a los requisitos establecidos en los lineamientos, manuales, guías y demás documentos aplicables a la modalidad de atención, (Ver anexo No.1 “listado de documentos”).

Es preciso indicar que por fuerza mayor/caso fortuito, los siguientes documentos se revisaron y analizaron en la Oficina de Aseguramiento a la Calidad (Si aplica), así:

| **No** | **Documento** | **Componente** | **Describa fuerza mayor/caso fortuito** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ahora bien, en el ejercicio realizado de la verificación de las condiciones de la prestación del servicio, se identificaron situaciones de incumplimiento que, ameritan la formulación de un plan de mejoramiento y un posible inicio de un proceso administrativo sancionatorio, descritos de la siguiente manera:

| **REGISTRO DE RESULTADOS** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **HALLAZGO** | **EVIDENCIA** | **NORMATIVA APLICABLE** |
| **COMPONENTE TÉCNICO** | | | |
|  |  |  |  |
| **COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN** | | | |
|  |  |  |  |
| **COMPONENTE ADMINISTRATIVO** | | | |
|  |  |  |  |
| **COMPONENTE TALENTO HUMANO** | | | |
|  |  |  |  |
| **COMPONENTE FINANCIERO** | | | |
|  |  |  |  |

1. **ACCIONES COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA:**

Remitir el presente informe para su conocimiento y fines pertinentes de acuerdo con su competencia a:

* + 1. Subdirección General del ICBF.
    2. Dirección de Contratación.
    3. Oficina Asesora Jurídica.
    4. Oficina de Gestión Regional.
    5. Dirección de XXXX (Según aplique).
    6. Subdirección de XXXX (Según aplique).
    7. Dirección Regional XXX (Según aplique).
    8. Supervisor de contrato.
    9. Remitir el presente informe y formato de Plan de mejoramiento al Representante legal de la **Entidad/Institución** para su diligenciamiento e implementación.
    10. Presentar los resultados de la visita ante el Comité de Inspección, Vigilancia y Control**[[2]](#footnote-3)**.
    11. Realizar seguimiento a las acciones propuestas y la ejecución del plan de mejoramiento por parte de la Oficina de Aseguramiento a la Calidad conforme a lo señalado en la Resolución XXX de XXXX, o aquellas que la modifiquen o sustituyan, así como a los procedimientos vigentes.

1. **EQUIPO IVC[[3]](#footnote-4)**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Profesión** | **Cargo** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Revisó:***

***Aprobó:***

1. Se asocia el principio de “*incertidumbre”,* al no ser posible verificar la totalidad de la información, por tanto, es susceptible que puedan existir observaciones no detectadas y documentadas en el presente informe [↑](#footnote-ref-2)
2. ICBF. Resolución 5068 de 2010, modificada por la Resolución 8608 de 2015, articulo 1. “(…) *el cual conceptuará sobre la toma de medidas legales, técnicas, administrativas o financieras, respecto de las personas naturales y jurídicas que prestan servicios de protección integral y de prevención a los niños, niñas y adolescentes. El Comité actuará garantizando siempre los derechos prevalentes y el interés superior de los niños, niñas y adolescentes”* y modificada por la Resolución 1130 de 2019, artículo primero, integración de comité. El Comité Técnico de Inspección, Vigilancia y Control, estará integrado así (….). [↑](#footnote-ref-3)
3. *El contenido del presente documento corresponde estrictamente a las situaciones encontradas durante la visita/auditoría. Hemos revisado el documento y el contenido se encuentra ajustado a las normas, disposiciones legales, lineamientos técnicos y manuales operativos vigentes al momento de efectuar la visita/auditoría.* [↑](#footnote-ref-4)