|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de la visita de inspección**  | Día/mes/año |
| **Nombre de la Institución**  | Indicar el nombre como se registra en la Personería Jurídica y/o Licencia de Funcionamiento según aplique. |
| **Modalidad/ Servicio/Programa** | Incluir la modalidad y/o servicio/programa según aplique |
| **Población Atendida**  | Relacione la población que se encuentra en el PAI, PIYC o PMRelacione la población que se encuentra establecida en el Manual Técnico y/o la Guía Operativa  |
| **Bitácora de acciones de inspección y vigilancia** | No. xx del xx de xx de 202x |
| **Auto expedido para la visita**  | No. xx del xx de xx de 202x |
| **Regional ICBF** | ICBF xxxx |
| **Nit**  | Relacionar el Nit con el digito de verificación |
| **Personería Jurídica** | Resolución No. xxxx del xx reconocida/ otorgada por xxxx |
| **Licencia de Funcionamiento** | Resolución xx del xx julio de xx, Bienal/Provisional/Otra otorgada/renovada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Xxx O indicar No aplica. |
| **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) |
| **Representante Legal** | Incluir el nombre completo del Representante Legal  |
| **Dirección** | Sede Administrativa: Ejemplo Calle 24 No 9 - 27, en el municipio de XXXX del departamento de Xxxx |
| Sede Operativa/ Unidad de Servicio o como denomine de acuerdo con la Modalidad y/o servicio: Ejemplo Calle 24 No 9 - 27, XXX, departamento de XXX |
| **Teléfono** | Sede Administrativa: indicativo xxxxx |
| Sede Operativa/ Unidad de Servicio o como denomine de acuerdo con la Modalidad y/o servicio: indicativo xxxxx |
| **Correo electrónico** |  |
| **Concepto Sanitario** | Relacione el número del concepto sanitario, fecha y concepto (favorable, desfavorable o desfavorable con requerimiento) y la entidad que lo expidió. |
| **Contrato con ICBF** | **No del Contrato:****Fecha de suscripción:****Fecha de finalización:****Cupos Contratados:** |
| **Muestra Seleccionada Usuarios**  | **Total cupos atendidos**  |  |
| Describan la muestra seleccionada de acuerdo con la política de operación No 3.8 del procedimiento. |
| **Muestra Seleccionada Talento Humano** | Describan la muestra seleccionada de acuerdo con la política de operación No 3.8 del procedimiento. |
| **Equipo profesional que realiza la visita** | **Líder** |  |
| **Profesional 1** |  |
| **Profesional 2** |  |
| **Profesional 3** |  |

1. **OBJETO**

Realizar visita motivada por denuncia/solicitud relacionada con presuntas irregularidades en la prestación del servicio, con el objetivo de verificar la atención a xxxx en xxxx, ubicada(o) en el municipio de xxx en el departamento del xxxx.

1. **ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

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 procedió con la firma y entrega de una copia de este.

Posteriormente, el equipo realizó un recorrido preliminar por las instalaciones de XXXXXX, solicitó los documentos pertinentes y verificó la prestación del servicio, con especial atención a los hechos que motivaron la visita. Luego, se desplazó a cada uno de los lugares donde desarrollaría su labor para continuar con la verificación.

Adicionalmente, se tomó registro fotográfico de las instalaciones y de las condiciones en que se encontraba el servicio/programa al momento de la visita de inspección. 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 visita de inspección vigente, por muestreo[[1]](#footnote-2).

A continuación, se relacionan los profesionales de la institución que atendieron la visita de inspección:

| **Componente** | **Nombre del profesional**  | **Rol** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DESCRIPCIÓN DE LO OBSERVADO FRENTE A LOS HECHOS QUE MOTIVARON LA VISITA DE INSPECCIÓN.**

La Oficina de Aseguramiento a la Calidad, tuvo conocimiento de presuntas irregularidades en la prestación de servicio, mediante denuncia/solicitud, recibida a través de XXXX relacionada con XXXXXXX en xxxxx, ubicado en el municipio de XXX departamento de XXXX.

El equipo que efectuó la visita identificó los siguientes aspectos en relación con los hechos que motivaron la visita de inspección:

Describa con exactitud y precisión lo observado frente a cada uno de los hechos que motivaron la denuncia/solicitud y que se indicaron en el párrafo inicial del numeral 3.

1. **ACCIONES COMO RESULTADO DE LA VISITA DE INSPECCIÓN**

**4.1** **VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1918 DE 2018, MODIFICADA POR LA LEY 2375 DE 2024, REFERENTE A LA CONSULTA DEL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD.**

De conformidad con lo establecido en la Ley 1918 de 2018, modificada por la Ley 2375 de 2024, se procedió, a verificar el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 2 y 4 de la Ley referida, referentes al deber de:

1. **Verificación del Registro de Inhabilidades** a partir de la información que reposaba en las carpetas del talento humano de la muestra seleccionada cuyo cumplimiento se corroboró de la siguiente forma:
* **Durante el proceso de selección del talento humano:**se constató que la institución **no/sí** realizó la verificación **posterior/anterior** al proceso de contratación.

**Nota:** En caso de identificar que no se realizó la verificación o que ésta fue posterior, indicar los nombres del talento humano, rol,fecha del contrato y fecha de la consulta del del registro de inhabilidades por delitos sexuales en la siguiente tabla.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Rol** | **Fecha del contrato** | **Fecha de la consulta del del registro de inhabilidades por delitos sexuales** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

* **Verificación cada cuatro (4) meses:**Se comprobó que la institución **no/sí** realizó la verificación periódica después de la contratación. **Nota:** Si por el tiempo de contratación no se cumplen los primeros cuatro meses, eliminar.

**Nota:** En caso de identificar que no se realizó la verificación o que ésta fue posterior, indicar los nombres del talento humano, rol,fecha del contrato y fecha de la consulta del del registro de inhabilidades por delitos sexuales en la siguiente tabla.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Rol** | **Fecha del contrato** | **Fecha de la consulta periódica del del registro de inhabilidades por delitos sexuales** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**ii) Verificación de NO contratación de personas inhabilitadas.** Previa autorización del talento humano de la institución, una vez suscrito el Formato de Autorización, se procedió a verificar los datos de estos en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales constatando que **no/sí** se encontraron en el Registro.

**Nota:** En caso de identificar talento humano contratado que aparece en el Registro de Inhabilidades, indicar los nombres del talento humano y el rol en la siguiente tabla

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Rol** |
|   |   |
|   |   |

* 1. **ACCIONES INMEDIATAS DENTRO DEL DESARROLLO DE LA VISITA DE INSPECCIÓN[[2]](#footnote-3)**

Durante el desarrollo de la visita de inspección se solicitaron las siguientes acciones inmediatas:

Relacione aquellas situaciones que fueron objeto de acciones inmediatas durante el desarrollo de la visita de inspección. Las acciones inmediatas se activan por la identificación de algunas de las siguientes situaciones:

* Riesgo inminente 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, entrega de alimentos, recreación, entre otros.
	1. **SITUACIONES A INFORMAR**

El equipo designado informó mediante correo electrónico[[3]](#footnote-4) de fecha xx, situaciones que se observaron durante el desarrollo de la visita, para que en el marco de las competencias se tomen acciones dirigido a:

* Ejemplo Dirección de xxx
* Ejemplo Dirección Regional xxx
* Ejemplo Supervisor de Contrato
1. **REMISIÓN DEL INFORME**

Remitir el presente informe, registro fotográfico y formato de plan de mejoramiento al Representante Legal de la **nombre de la institución** para su diligenciamiento e implementación.

Por otra parte, remitirlo para conocimiento y fines pertinentes de acuerdo con su competencia a:

* + - xxxx
		- xxxx
		- xxx
1. **EQUIPO DESIGNADO PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN[[4]](#footnote-5)**

Para constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C, 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. *Resolución 6300 del 26 de diciembre de 2024,* ***ARTICULO 28°. ACCIONES INMEDIATAS EN EL EJERCICIO DE LA INSPECCIÓN Y VIGILANCIA****. Cuando en el ejercicio de las acciones de inspección y vigilancia se identifique que existe una situación que vulnera, amenaza o inobserva los derechos de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, la Oficina de Aseguramiento a la Calidad deberá, de manera inmediata, adoptar las medidas a que haya lugar e informar sobre los hechos que se identifiquen a aquellas dependencias o entidades que deban asumir el conocimiento de las situaciones encontradas, en el marco de sus competencias y, de esta manera, corregir o mitigar el riesgo asociado al mismo. Lo anterior, sin perjuicio de las demás acciones disciplinarias, contractuales, sancionatorias o penales que corresponda adelantar al ICBF.* [↑](#footnote-ref-3)
3. *El correo electrónico hace parte integral del expediente físico y digital de la visita.* [↑](#footnote-ref-4)
4. *El contenido del presente documento corresponde estrictamente a las situaciones encontradas durante la visita de inspección. 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 de inspección.* [↑](#footnote-ref-5)