BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO ACTA DE VISITA DEL INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL EN PUNTO DE ENTREGA	F2.IN5.P5. PP	20/02/2019
		Versión 3	Página 1 de 9

Regional: Bogotá		**Fecha de visita:**	13 - 10 - 2022
Centro Zonal:	Santa Fe	**Municipio:**	Santa fe
Nombre punto de entrega:	CDI Convivencia		
Código SIM del punto:		11100030007	
Dirección punto:	Kr 9 1 C30		
Nombre del Responsable punto:	Diana Rocio Piñeros Parra		
Documento Identificación:		5252 0518	
Nombre de quien atiende la visita:	Viz Dary Parra Angel		
Hora de inicio de la visita:	12 : 13	**Hora de finalización de la visita:**	13 : 30

1. Objetivo de la visita:

Realizar la verificación de las condiciones de recibo, almacenamiento y entrega de Bienestarina y otros alimentos de alto valor nutricional-AAVN a los Beneficiarios de los programas establecidos por el ICBF en los puntos de entrega primarios.

2. RESULTADOS DE LA VISITA

Variable 1. Calidad del empaque primario y secundario de los AAVN almacenados (SRI)	**Calificación:**	0	5	10	NA
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 2. Rotulado del empaque primario y secundario de los AAVN	**Calificación:**	0		10	NA
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 3. Oportunidad en la entrega de productos al punto de entrega primario	**Calificación:**	0	5	10	NA
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 4. Comparativo de información FT1 Vs Acta de Entrega Vs Información Punto Entrega	**Calificación:**	0	5	10	
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 5. Diligenciamiento de los formatos	**Calificación:**	0	5	10	NA
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 6. Reposiciones de producto	**Calificación:**	0	5	10	NA
Descripción del resultado: No se han realizado reclamos - no reposiciones					
Variable 7. Condiciones de almacenamiento	**Calificación:**	0	5	10	
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 8. Condiciones higiénicas del espacio de almacenamiento	**Calificación:**	0	5	10	
Descripción del resultado: Cumple completamente					

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Variable 9. Control de existencias y entrega de Alimentos de AAVN	**Calificación:**	0	~~10~~	NA
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 10. Control de rotación de inventarios (SRI)	**Calificación:**	0	5	~~10~~	NA
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 11. Cumplimiento a las observaciones generadas en la visita anterior	**Calificación:**	0	5	10	~~NA~~
Descripción del resultado: No se registraron compromisos en la visita anterior					
Variable 12. Servicios básicos	**Calificación:**	0	~~10~~		
Descripción del resultado: Cumple completamente					
Variable 13. Uso adecuado de los Alimentos de Alto Valor Nutricional (SRI)	**Calificación:**	0	~~10~~		
Descripción del resultado: Cumple completamente					

3. Novedades críticas encontradas (marque con una X)	
Ninguna	X
Calidad del empaque primario y secundario de los AAVN almacenados:	
Control de rotación de inventarios:	
Uso adecuado de los Alimentos de Alto Valor Nutricional:	

4. Resultado consolidado

a. Porcentaje grupo Resultado

Número Variable	1	2	3	Valor Máx. (1)	Valor máximo descontando N.A. (2)	Calificación Obtenida (3)	Porcentaje de cumplimiento (3/2)*100
Resultado	10	10	10	30	30	30	100 %

b. Porcentaje grupo Proceso

Número Variable	4	5	6	7	8	9	10	11	13	Valor Máx. (1)	Valor máximo descontando NA (2)	Calificación Obtenida (3)	Porcentaje de cumplimiento (3/2)*100
Resultado	10	10	NA	10	10	10	10	NA	10	90	70	70	100 %

c. Porcentaje grupo Estructura

Número variable	12	Valor Máx. (1)	Valor máximo descontando NA (2)	Calificación Obtenida (3)	Porcentaje de cumplimiento (3/2)*100
Resultado	10	10	10	10	100 %

5. Porcentaje de cumplimiento por Responsable

5.1 Porcentaje de cumplimiento Responsable Contratista Productor y Distribuidor

Número variable	1	2	3	4	6	Valor Máx. (a)	Valor máximo descontando N.A .(b)	Calificación Obtenida (c)	Porcentaje de cumplimiento (c/b * 100)
Resultado	10	10	10	10	NA	50	40	40	100 %

5.2 Porcentaje de cumplimiento Regional y Centro Zonal

Número variable	1	4	5	7	8	9	10	11	12	Valor Máx. (a)	Valor máximo descontando N.A. (b)	Calificación Obtenida (c)	Porcentaje de cumplimiento (c/b * 100)
Resultado	10	10	10	10	10	10	10	NA	10	90	80	80	100 %

5.3 Porcentaje de cumplimiento Responsable Punto de entrega

Número variable	1	4	5	7	8	9	10	11	13	Valor Máx. (a)	Valor máximo descontando NA (b)	Calificación Obtenida (c)	Porcentaje de cumplimiento (c/b * 100)
Resultado	10	10	10	10	10	10	10	NA	10	90	80	80	100 %

6. Seguimiento según el porcentaje de cumplimiento	Regional y Centro Zonal	Punto de entrega
	X	X
Cumple con el 100%		
Requiere asistencia técnica (80% - 99%)		
Requiere asistencia técnica, definición y cumplimiento de plan de mejora (60 - 79%)		
Requiere definición de continuidad o cierre del punto primario de atención (menos del 59%)		

7. Concepto general de lo encontrado en la visita:

la unidad Cumple con el 100% del estandar
Correcta rotacion de inventario
Cumple con la entrega a el beneficiario

8. Cumplimiento a los compromisos de la visita anterior:

visita antena 12-08-2022 Sin compromisos

9. Observaciones por parte del visitador:

Se deja fotocopia de Acta
Se realiza inspeccion del Producto almacenado
Se socializan Variables y Calificaciones

10. Observaciones por parte del punto de entrega:

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Sin novedad

Información del punto de entrega que atendió la visita			
Recibió copia del acta:	Si: X	No:	Porque:

Nombres y Apellidos	Nro. Cédula	Firma
Luz dary parra Angel	53002761	

Información de la Persona que realiza la visita			
Nombres y Apellidos	Entidad	Nro. Cédula	Firma
Mayerly Barajas Alvarez	CONSORCIO E&F	1´023.910.366	