## ANEXO 1. INSTRUMENTO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A CONTRATOS EN EL MARCO DE LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

| | | |
|---|---|---|
| REGIONAL:Bolívar | CENTRO ZONAL: Mompós | NÚMERO DE CONTRATO: 1300549-2022 |
| NOMBRE DE LA EAS : Fundación Social y Cultural Agroambiente | NUMERO UDS: 2 | Fecha de visita o llamada: 02 / 03 /2023 |
| MUNICIPIOS DE LA UDS: | Mompós, San Fernando, Margarita, Talaigua Nuevo, Cicuco, Altos del Rosario, Barranco de Loba, Hatillo de Loba y El Peñón. | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, QUIEN REALIZA LA VISITA :Ebely Rosa Pertuz Yancy | | |
| NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Aranxa Urzola Méndez Coordinadora UDS 1 - 2 | | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| **Componente 1: Alistamiento (hoja 1)** | | | | | | | | | |
| 1.1 | Alistamiento | Realizar la identificación de actores claves del territorio con el fin de articular acciones en el proceso de atención de los beneficiarios | Solicite a la EAS las evidencias de las acciones realizadas con los actores claves del territorio para socializar y coordinar acciones relacionados con el objeto del convenio.(actas, oficios, listas de asistencia | Al iniciar contrato | | X | | Se evidencia soporte en el informe técnico de etapa de alistamiento. | |
| 1.2 | Alistamiento | ¿En esta etapa la EAS realiza inducción sobre la modalidad al Talento Humano? | Solicite a la EAS las evidencias del proceso de capacitación e inducción al Talento Humano sobre el manejo de la modalidad.(actas, listas de asistencia, fotografías, entre otras). Verifique las temáticas. | Al iniciar contrato | | X | | Se evidencia acta de capacitación e inducción al talento humano contratado | |
| 1.3 | Alistamiento | ¿La EAS cuenta con los datos de georeferenciación de la UDS? | Verifique en el sistema de información Cuéntame, si la EAS realizó el registro de las coordenadas geográficas de latitud y longitud que corresponden a las Unidades de Servicio - UDS. | Al iniciar contrato | | X | | Se evidencia en aplicativo Cuéntame la georeferenciación de las UDS | |

Una vez realizado el seguimiento al total de las categorías definidas en este formato, se efectuará el análisis de cada uno de los ítems verificados, identificando puntos críticos urgentes e insumos. Se deberá solicitar su cumplimento de inmediato y de ser necesario definir las acciones de mejora (utilizar el formato F2 g7 ABS-acciones de mejora) o lo pertinente de acuerdo con lo definido en el contrato y en la guía de supervisión del ICBF. En la columna (j) se deberá registrar el seguimiento y los acuerdos por cada ítem.
A los 5 días hábiles de la aplicación de este formato, se debe presentar a la Dirección de Nutrición los siguientes documentos: El presente formato diligenciado y firmado por el supervisor, profesional de apoyo a la supervisión y el o los integrantes de la EAS y el F2 g7 con las acciones de mejora o de acuerdos con la EAS dependiendo el caso (cuando aplique).
Nota1: Estos instrumentos se podrán imprimir o diligenciar de manera digital. En cualquier caso, las firmas que se incluyan en los documentos finales deberán ser de puño y letra.
Nota2: Este es un material de insumo para el cumplimiento de las funciones generales que deben ejercer el supervisor de los contratos (guía general para la función del supervisor G6.ABS).
Nota3: Identifique los puntos críticos urgentes y solicite su cumplimento de inmediato y remita estas alertas a la Dirección de Nutrición.



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

| DESCRIPCIÓN DE COMPROMISOS (resumen de los compromisos) | | |
|---|---|---|
| Actividad | Responsable | Fecha de cumplimiento |
| | | |
| | | |

| FIRMA DE ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | Cargo | Entidad | Firma |
| Aranxa Urzola Méndez | Coordinadora | FUNDACIÓN AGROAMBIENTE | Aranxa U. cel. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nombre del Supervisor (a) ___Esther María Guzmán Machuca_____

Firma del Supervisor (a) Esther María Guzmán M

Nombre del Profesional de apoyo a la supervisión Ebely Rosa Pertuz Yancy_____

Firma del Profesional de apoyo a la supervisión_____

Nombre (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____Aranxa Urzola Méndez_____

Firma (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS Aranxa Urzola cel.

Nombre (2) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**ANEXO 1. INSTRUMENTO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A CONTRATOS EN EL MARCO DE LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO**

| | | |
|---|---|---|
| REGIONAL: Bolívar | CENTRO ZONAL: Mompós | NÚMERO DE CONTRATO: 1300549-2022 |
| NOMBRE DE LA EAS : Fundación Social y Cultural Agroambiente | NUMERO UDS: 2 | Fecha de visita o llamada: 02 / 03 /2023 |
| MUNICIPIOS DE LA UDS: | Mompós, San Fernando, Margarita, Talaigua Nuevo, Cicuco, Altos del Rosario, Barranco de Loba, Hatillo de Loba y El Peñón. | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, QUIEN REALIZA LA VISITA : Ebely Rosa Pertuz Yancy | | |
| NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Aranxa Urzola Méndez Coordinadora UDS 1 - 2 | | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| **Componente 2 - VISITA A SEDE ADMINISTRATIVA: Aspectos administrativos, financieros, infraestructura, dotación y personal (hoja 2)** | | | | | | | | | |
| 2.1 | Búsqueda Activa /Georeferenciación Usuarios | ¿La EAS toma los datos de georreferenciación al 100% de los sitios de ubicación de los usuarios (hogares). De acuerdo con los documentos y las orientaciones impartidas por el ICBF? | Solicite el **Formato 1** correspondiente a los usuarios focalizados durante este periodo y verifique si el 100% de los usuarios cuentan con los datos de georeferenciación de acuerdo a lo definido en el Manual Operativo. (expresados en Latitud N (Norte) S (Sur) y Longitud W (Oeste)). | Mensual | | X | | Se revisan los formatos de focalización de los beneficiarios observando la georeferenciación de los hogares. | |
| 2.2 | Ingreso* | ¿El 100% de las niñas y niños que ingresan a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo cumplen con los criterios de ingreso? | Verificar información mediante la revisión de los siguiente insumos: _Reporte de aplicativo CUÉNTAME, en el que se evidencie que todos los niños y niñas atendidos en el periodo cumplen con criterios de ingreso de acuerdo con el Manual Operativo, (indicador P/T menor -1 DE y mayor o | Mensual | | X | | Se evidencia en el aplicativo Cuéntame que los niños - niñas beneficiarios vinculados cumplen con los criterios de ingreso para la modalidad. | |
| 2.3 | Ingreso | ¿El 100% de las mujeres gestantes atendidas en la modalidad cumple con el criterio de ingreso? | Verificar información mediante la revisión de los siguiente insumos: _Reporte de aplicativo CUÉNTAME, en el que se evidencie que todas las madres atendidas en el periodo cumplen con criterios de ingreso de acuerdo con el Manual Operativo (bajo peso gestacional según | Mensual | | X | | Se evidencia en el aplicativo Cuéntame que las mujeres gestantes beneficiarias vinculadas cumplen con los criterios de ingreso para la modalidad. | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.4 | Cobertura | ¿Se han cumplido las coberturas al 100%, de acuerdo a lo definido en el contrato?. | Verificar en CUENTAME, por Unidad de Servicio si se cuenta con la cobertura completa de acuerdo con el esquema escalonado en la Regional. Solicite justificación para aquellas | Mensual | | X | | De acuerdo con el reporte generado del aplicativo Cuéname, se evidencia el cargue del 100% de los beneficiarios. | |
| 2.5 | Unidad Administrativa | ¿ La EAS dispone de un espacio físico adecuado para la ubicación del | Visite o solicite fotos del espacio físico donde el equipo organiza y planea las actividades propias del presente contrato | 2 veces durante el periodo de ejecución | | X | | La EAS cuenta con una sede administrativa para el desarrollo de las actividades del talento humano, ubicada en la carrera 1 # 22-45 | |
| 2.6 | Talento Humano | El operador cuenta con el equipo completo (Recurso humano) de acuerdo con lo especificado en el Manual Operativo. | Verificar si el equipo correspondiente a las hojas de vida aprobadas por la Regional o centro zonal en el primer comité del contrato, continúa contratado por la EAS para la atención en la presente modalidad. Previamente revise el formato de costos entregado por el operador el cual debe coincidir con | Mensual | | X | | El talento humano contratado por la EAS corresponde a las Hojas de vida aprobadas por el Centro Zonal en el comité técnico. A partir del 1 de febrero se realizo una novedad de contratación con el auxiliar administrativo. | |
| 2.7 | Talento Humano | ¿La EAS invierte el costo asignado para el Talento Humano, de acuerdo a lo estipulado en el contrato? | La estructura para el talento humano, de acuerdo con lo establecido en la estructura de costos definida para el contrato y a lo establecido en la última versión del Manual Operativo. Previo a la visita, solicite a la EAS los contratos, los pagos de aporte a seguridad social de cada | Mensual | | X | | De acuerdo con la verificación realizada por el profesional financiero asignado por la Regional Bolívar, la EAS contrata al talento humano de acuerdo con la estructura de costos. | |
| 2.8 | Talento Humano** | El equipo cuenta con los implementos de bio-seguridad para el contacto con la comunidad. | Verificar con la EAS, si compraron los implementos de bio-seguridad recomendados de acuerdo a la situación de salud pública, según orientaciones de la Dirección de Nutrición. (solicite registro fotográfico o copias de | Mensual | | X | | La EAS cuenta con elementos para la desinfección de manos y equipos antropométricos. | |
| 2.9 | Talento Humano | ¿Los gestores comunitarios habitan en las zonas en donde se lleva a cabo la prestación del servicio? | A partir de la revisión de las HV y entrevista con los gestores comunitarios; verifique si este recurso humano habita en alguna de las comunidades o zonas específicas donde se desarrolla el convenio, de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo. | Al iniciar contrato y cada vez que exista un cambio de este perfil. | | X | | De acuerdo con la revisión de las hojas de vida se evidencia que los gestores comunitarios son de los diferentes municipios de influencia. | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.17 | Atención*** | ¿Se han realizado estudios de caso para los usuarios que lo requieren? | Solicite los estudios de caso de los usuarios que no han logrado mejoramiento o recuperación del estado nutricional y/o cursan con otra excepción (previo a la llamada o visita). Del total de estudios de caso, seleccione uno al azar y solicite copia de este " estudio de caso" .*** **Verifique** la justificación técnica, la cual se debe enmarcar dentro de los criterios definidos en el manual operativo. | Mensual | | **NA** | | No aplica para el periodo evaluado debido a que solo ha pasado 2 meses de atención directa con los beneficiarios. | |
| 2.18 | Atención / Sistema de Información* *** | ¿La EAS realiza reporte oportuno de los fallecimientos, ocurridos por cualquier causa, durante el periodo de atención? | De acuerdo a las orientaciones emitidas por la Dirección de Nutrición en relación al reporte de fallecimientos de usuarios por cualquier causa, verifique si la EAS fue oportuna en este reporte y si la calidad de la información se presentó acorde a los lineamientos definidos. | Mensual | | **NA** | | Para el periodo evaluado no se han presenyado casos de fallecimientos. | |
| 2.19 | Atención/Sistema de información **** | En caso defallecimiento de un usuario por desnutrición o causa asociada a ella, la EAS presenta el informe detallado en el término máximo de 48 horas, de acuerdo con lo estipulado contractualmente y según orientaciones técnicas emitidas por el supervisor. | Revise si para este periodo se presentaron casos de fallecimientos de usuarios por desnutrición. En caso de ser afirmativo, verifique si se cuenta con el informe de acuerdo a las orientaciones técnicas emitidas y si este se allegó durante el término máximo de 48 horas de haber sucecedido el evento. | Mensual | | **NA** | | Para el periodo evaluado no se han presentado muertes por desnutrición o causa asociada a ella. | |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.10 | Talento Humano | ¿La EAS cuenta con un plan de capacitación y fortalecimiento en los temas propios del convenio ? | Solicite a la EAS el Plan de capacitación al equipo y revise metodología, cronograma, temática, intensidad horaria, periodicidad, entre otros. Este debe estar aprobado por la supervisión del contrato | Como mínimo cada dos meses o cuando se requiera | | X | | 'La EAS presentó Plan de Cualificación al talento humano dentro de los insumos de la etapa de alistamiento. | |
| 2.11 | Talento Humano | De acuerdo con lo observado en el ítem 2.10. ¿La EAS realiza actividades de | Verifique sí, como mínimo el equipo de la EAS es capacitado con los siguientes temas: Nutricionista: | Mensual | | X | | Se evidencia actas de capacitación al talento humano en los temas relacionados. | |
| 2.12 | Legalización de cuentas | La EAS invierte los recursos definidos "gastos administrativos" , de acuerdo a las orientaciones definidas por la Regional. | Solicite a la EAS la relación de los recursos destinados al concepto "gastos administrativos" y verifique contra soportes la utilización del mencionado concepto de acuerdo a las orientaciones emitidas por el ICBF. | Mensual | | X | | De acuerdo con lo informado por el enlace financiero de la Regional Bolívar, la EAS invierte los recursos definidos para gastos administrativos, según las orientaciones realizadas en el primer comité técnico operativo. | |
| 2.13 | Legalización de cuentas | ¿La EAS realiza la presentación de informes y requisitos para pagos de manera oportuna y adecuada? | Verifique si la EAS presenta los informes para pago los primeros 5 días habiles del mes con cuenta de cobro del mes inmediatametne anterior. | Mensual | | | X | La EAS presentó de manera extemporanea los informes técnico y financiero de la etapa de alistamiento y el mes de enero del 2023. | Presentar los informes técnico y financiero dentro de los 5 días hábiles de cada mes como requisito para la legalización de cuentas. |
| 2.14 | Legalización de cuentas | La EAS presenta mensualmente ante el supervisor del contrato, las certificaciones de pago a | Verifique si la EAS en el mes inmediatamente anterior, presentó al supervisor las certificaciones de pagos a proveedores. | Mensual | | | X | Los certificados de pago a proveedores fueron presentados demanera extemporanea. | Presentar los informes para la legalización de cuentas dentro de los 3 días hábiles de cada mes. |
| 2.15 | Atención | ¿Los beneficiarios atendidos durante el periodo cuentan con carpetas individuales? | Verifique, sí los beneficiarios que ingresan a la modalidad cuentan con una carpeta individual en la cual se archivan los documentos de ingreso y gestión de | Mensual | | X | | Se evidencia que los beneficiarios cuentan con una carpeta individual para la organización de los documentos. | |
| 2.16 | Atención | ¿La EAS realiza la remisión de beneficiarios egresados de la modalidad a la oferta territorial de atención para la Primera Infancia? | Verificar si los NN que cumplieron el tiempo de atención (durante el último mes), fueron remitidos a una modalidad de atención a la primera infancia (Formato F7.MO7.PP). | Mensual | | NA | | Para el periodo evaluado no se realizaron egresos de beneficiarios. | |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.20 | Complementación alimentaria | ¿La minuta por intercambios de las RFPP , fue concertada con la comunidad y/o las familias de los usuarios de la modalidad? | Previamente solicite a la EAS las actas de concertación y documentos que respalden esta acción. Verifique que la minuta aprobada contenga las recomendaciones producto del proceso de concertación con la comunidad, de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo de la modalidad.<br><br>(1) en la parte inferior ver nota complementaria. | Mensual | | X | | Se evidencia acta de concertación de la minuta patrón con los beneficiarios de las UDS de los municipios de influencia. | |
| 2.21 | Complementación alimentaria | ¿La EAS realiza mensualmente compras locales en el porcentaje y condiciones, establecidas contractualmente? | Revise facturas y demás documentación que le permita verificar si la EAS para este mes realizó COMPRAS LOCALES , cuya inversión corresponde al porcentaje mínimo establecido contractualmente y a las condiciones establecidas. | Mensual | | X | | Variable revisada por el enlace Financiero de la Regional Bolívar | |
| 2.22 | Complementación alimentaria | ¿La EAS realiza entrega de Raciones Familiares para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional y Alimento Listo para el Consumo ALC? (Formato F4.MO7.PP). | Solicitar a la EAS los formatos de Entrega de Raciones Familiares para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional y Alimento Listo para el Consumo (Formato F4.MO7.PP). En este formato se evidencian firmas de los acudientes o huellas dactilares. Verifique que esta información coincida con el total (número) del consolidado final del reporte diario de entrega de RFPP . | Mensual | | | X | A corte del 01 de marzo la EAS no ha realizado la entrega de las RFPP del mes de febrero 2023. Se evidencia los formatos diligenciados de la RFPP de los meses de diciembre del 2022 y enero del 2023. | Realizar la entrega de las RFPP del mes de febrero a los beneficiarios y enviar los formatos F4 diligenciados con las firmas delos beneficiarios.g |
| 2.23 | Complementación alimentaria | ¿La entrega de Alimento Listo para el Consumo -ALC que realiza la EAS es adecuada y acorde con el estado nutricional de ingreso del beneficiario? | Mediante la visita a las EAS, entreviste a la nutricionista de la UDS y verifique que el ALC haya sido entregado de manera individualizada, en las cantidades estipuladas de acuerdo con el estado nutricional del NN. Tome al azar dos casos de usuarios que recibieron ALC a su ingreso y solicite a la Nutricionsita que le informe sobre el manejo y la evolución de los casos. | Mensual | | X | | Durante el mes de enero se entegó ALC a 60 beneficiarios y durante el mes febrero se entregó a 9 beneficiarios. | |



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

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.24 | Complementación alimentaria-Atención***** | Revise: si a este contrato le fue asignado la entrega de alimentos y otros productos de donaciones y alianzas de acuerdo a los lineamientos definidos por la Dirección de Nutrición. De ser afirmativo, verifique si la EAS realiza la entrega de estos alimentos o productos de acuerdo con lo establecido por la supervisión | Sí existen alianzas de donaciones de alimentos u otros productos: Verifique si la EAS desarrolla las actividades relacionadas con almacenamiento, distribución, consumo y documentación de acuerdo a lo definido por la DN. | Mensual | | NA | | Al corte del 28 de febrero no existen alianzas para la entrega alimentos y otros productos de donaciones. | |
| 2.25 | Sistemas de información | ¿La EAS realiza el registro en el sistema de información Cuentáme con oportunidad y calidad del 100% de la información de beneficiarios atendidos : Tomas de seguimiento nutricional, registro de novedades y variables de las categorías de análisis del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD) de acuerdo a las condiciones y periodicidad definidas por el M.O y el contrato? | Previa revisión en el aplicativo CUÉNTAME, determine el cumplimiento y calidad de la información relacionada con tomas de seguimiento nutricional, registro de novedades y variables de las categorías de análisis del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD) de acuerdo a las condiciones y periodicidad definidas por el M.O y el contrato. | Mensual | | X | | Se revisa en el aplicativo cuéntame y se evidencia el registrocon calidad del 100 % de los beneficiarios con tomas nutricionales. | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.26 | Sistemas de información | Al identificar registros sin calidad, la EAS realiza las acciones necesarias para realizar las subsanaciones requeridas para mejorar la calidad del dato. | De acuerdo con los reportes de alertas de calidad remitidos por la DN (incluyendo los registros sin calidad remitidos con las bases de los indicadores PA26 - PA27), verifica los soportes que evidencien la subsanación y/o su gestión. | Mensual | | X | | No se evidenciaron alertas de calidad en las bases remitidas de los indicadores PA 26 - PA 27 | |
| 2.27 | Sistemas de información | ¿Todos los beneficiarios cuentan con la primera toma de peso y talla **al ingreso** de la modalidad y son registrados en el sistema de información Cuéntame? | Previa revisión en el aplicativo CUÉNTAME, determine el estado actual del registro de la toma de peso y talla al ingreso del 100 % de los NN vinculados a la UDS y defina su cumplimiento (tenga presente que la fecha de la primera valoración nutricional debe corresponder a la fecha de ingreso)<br><br>Socialice con la EAS lo encontrado y solicite justificación en caso de presentar inconsistencias con el dato . | Mensual | | X | | Se evidencia el registro de la primera y segunda toma de peso y talla. | |
| 2.28 | Sistemas de información | Teniendo en cuenta que la cuarta valoración nutricional registrada en Cuéntame corresponde a la última toma de seguimiento nutricional de los niños y niñas menores de cinco años (periodo de atención de 4 meses, según manual operativo), verifique que los usuarios que egresaron durante este periodo cumplieron con el criterio de egreso. | Revisar en el aplicativo CUÉNTAME, la existencia de la última toma de peso y talla al egreso de los usuarios a la modalidad, verificando la calidad del dato. Realice esta actividad, previo a la comunicación vía telefónica con la EAS. Solicite justificación en caso de presentar inconsistencias con el dato o en caso de presentar dificultades para la toma del dato. | Mensual | | NA | | A corte del mes de febrero los niños solo cuentan con 2 tomas nutricionales. | |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 2.29 | Sistemas de información | ¿ El equipo de las EAS realiza de manera adecuada la toma de medidas antropométricas a los usuarios? | Solicite a la nutricionista que realice un ejercicio de valoración antropometrica y valore la técnica aplicada, la cual debe coincidir con la definida en la guía de seguimiento nutricional.(un caso real). | Mensual | | X | | El equipo de salud y nutrición utiliza una técnica adecuada en la toma de medidas antropométricas. | |
| 2.30 | Egreso | ¿Se realizó la entrega del Kit "alimentación complementaria en familia", de acuerdo con lo definido por el Manual Operativo? | Solicitar a la EAS las actas donde se evidencie la entrega y las orientaciones para el uso del Kit "alimentación complementaria en familia",al egreso del usuario, de acuerdo con lo definido en el Manual Operativo.<br><br>Verifique si fueron entregados los implementos de acuerdo con lo establecido .<br>(2) En la parte inferior ver nota complementaria. | Mensual | | NA | | No aplica par el periodo evaluado teniento en cuenta la fecha de inicio del contrato de aportes vigente. | |

Para el caso del ítem 2.2 , existe un NO APLICA: sólo para los casos de NN remitidos de la modalidad Centro de Recuperación Nutricional (verificar).Registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H "NA"

** Este criterio definido en el item 2.8 sólo aplica si en este periodo existe alguna orientación del gobierno relacionada con medidas de bioseguridad para contacto con comunidades; de lo contrario registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H "NA".

***Cuando no existen casos con criterios para aplicar el "estudios de caso" (de acuerdo al Manual Operativo), se define como NO APLICA: Registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H "NA".

**** En los item 2.18. y 2.19 relacionados con el reporte de posibles fallecimientos de usuarios, existe un NO APLICA, sólo cuando la EAS ha minifestado NO existir fallecimientos de beneficiarios en el marco del presente contrato.Registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H "NA".

***** En el item 2.24, existe un NO APLICA, sólo si NO existen alianzas para donaciones de alimentos u otros productos; de no existir registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H "NA".

Una vez realizado el seguimiento al total de las categorías demitidas en este formato, se efectuará el análisis de cada uno de los ítems verificados, identificando puntos críticos urgentes e insumos. Se deberá solicitar su cumplimento de inmediato y de ser necesario definir las acciones de mejora (utilizar el formato F2 g7 ABS-acciones de mejora) o lo pertinente de acuerdo con lo definido en el contrato y en la guía de supervisión del ICBF. En la columna (j) se deberá registrar el seguimiento y los acuerdos por cada ítem.

A los 5 días hábiles de la aplicación de este formato, se debe presentar a la Dirección de Nutrición los siguientes documentos: El presente formato diligenciado y firmado por el supervisor, profesional de apoyo a la supervisión y el o los integrantes de la EAS y el F2 g7 con las acciones de mejora o de acuerdos con la EAS dependiendo el caso (cuando aplique).

Nota1: Estos instrumentos se podrán imprimir o diligenciar de manera digital. En cualquier caso, las firmas que se incluyan en los documentos finales deberán ser de puño y letra.

**DESCRIPCIÓN DE COMPROMISOS**

| Actividad | Responsable | Fecha de cumplimiento |
|---|---|---|
| Realizar la entrega de las RFPP del mes de febrero. | Operador AGROAMBIENTE | 7/03/2023 |
| Presentar los formatos de compras locales en las fechas | Operador AGROAMBIENTE | febrero a noviembre del 2023 |
| Presentar el informe técnico y el informe financiero dentro de | Operador AGROAMBIENTE | 7/03/2023 |

**FIRMA DE ASISTENTES**

| Nombre | Cargo | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Aranxa Urzola Méndez | Cordinadora UDS | undación AGROAMBIENTE | Aranxa U. M. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |

Nombre del Supervisor (a) _Esther María Guzmán Machuca_____

Firma del Supervisor (a) Esther María Guzmán M

Nombre del Profesional de apoyo a la supervisión ___Ebely Rosa Pertuz Yancy_____

Firma del Profesional de apoyo a la supervisión_____

Nombre (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS__Aranxa Urzola Méndez_____

Firma (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____

Nombre (2) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____

Firma (2) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

## ANEXO 1. INSTRUMENTO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A CONTRATOS EN EL MARCO DE LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

| | | |
|---|---|---|
| REGIONAL: Bolívar | CENTRO ZONAL: Mompós | NÚMERO DE CONTRATO: 13549-2022 |
| NOMBRE DE LA EAS : Fundación Social y Cultural AGROAMBIENTE. | NUMERO UDS: 2 | Fecha de visita o llamada: 02 / 03 /2023 |
| MUNICIPIOS DE LA UDS: | Mompós, San Fernando, Margarita, Talaigua Nuevo, Cicuco, Altos del Rosario, Barranco de Loba, Hatillo de Loba y El Peñón. | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, QUIEN REALIZA LA VISITA : Ebely Rosa Pertuz Yancy | | |
| NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Aranxa Urzola Méndez | | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| **Componente 3: Almacenamiento y ensamble de alimentos de alimentos -Visita a Bodega- (hoja 3 )** | | | | | | | | | |
| 3.1 | Unidad Administrativa | ¿Cuenta con bodega en adecuadas condiciones para el ensamble de las RFPP? | Visite la bodega que el operador dispone para el almacenamiento de las RFPP/ALC/AAVN . Verifique,que la EAS cuente con un espacio que cumpla con los requerimientos adecuados para el ensamble y almacenamiento transitorio de los alimentos.(Buenas Practicas de Manufactura de alimentos - BPM). | Mensual | | X | | El proveedor de la EAS cuenta con bodegas ubicada en la ciudad de Sincelejo y el municipio de Simití. Mediante registro fotográficos se observa que cuentan con la capacidad y condiciones para el adecuado ensamblaje de las RFPP. | |
| 3.2 | Unidad Administrativa | ¿La ubicación de la bodega cumple con las características de calidad de acuerdo a la normatividad vigente para el almacenamiento de alimentos? | Visite la bodega. Observe la ubicación del espacio destinado para bodega de los alimentos que conforman las RFPP, ALC y los AAVN. La ubicación del sitio de almacenamiento debe estar aislado de cualquier riesgo de contaminación para los alimentos (Ejemplo: cuando el | Mensual | | X | | | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 3.3 | Unidad Administrativa | ¿ En general las condiciones de almacenamiento de los alimentos en bodega, cumplen con los aspectos exigidos en la normatividad sanitaria vigente y los documentos establecidos por el ICBF para el espacio de | Observe el espacio y las condiciones de almacenamiento de los alimentos e identifique los aspectos exigidos por la normatividad sanitaria (ejemplo: condiciones de estibas, libre de plagas, auscencia de humedad, condiciones de pisos, paredes y techos, abastecimiento de agua, etc)<br>Previo a la visita de la bodega revise las variables 7 y 8 del anexo 57 - ICBF (*) | Mensual | | X | | Se verifica a través de registros fotográficos. | |
| 3.4 | Unidad Administrativa | ¿El empaque de los alimentos (empaque primario) se encuentran en buen estado? | Verificar si el empaque de los alimentos se encuentra en buen estado, libre de humedad, moho, rotos o averiados, fechas de vencimiento vigentes. | Mensual | | X | | Se verifica a través de registros fotográficos. | |
| 3.5 | Unidad Administrativa | ¿El empaque secundario de las RFPP cumple con lo descrito en el manual operativo? | Sí al visitar la bodega encuentra RFPP : Verifique , si el empaque secundario contiene la descripción del tipo de alimentos y sus cantidades de acuerdo a | Mensual | | X | | Se verifica a través de registros fotográficos. | |
| 3.6 | Atención | ¿Se realiza recepción, almacenamiento, suministro, inventario y custodia de los AAVN y del | En coordinación con el equipo de la Regional, encargado del tema, verifique si la EAS desarrolla las actividades relacionadas con la distribución y consumo de | Mensual | Entidad Administradora de Servicio | X | | La EAS cuenta con un punto de distribución primario para la recepción, almacenamiento, distribución, inventario y | |
| 3.7 | Atención** | Revise: si a este contrato le fue asignado la entrega de alimentos y otros productos de donaciones y alianzas de acuerdo a los lineamientos definidos por la Dirección de Nutrición.<br>De ser afirmativo | Sí existen alianzas de donaciones de alimentos u otros productos: Verifique las condiciones de almacenamiento y manipulación de estos productos. | Mensual | Entidad Administradora de Servicio | X | | A corte del 28 de febrero el contrato 13549-2022 no tiene asignado la entrega de alimentos y otros productos por donaciones. | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |

* Documento de consulta: ANEXO No. 57: INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA RECEPCION, ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL EN PUNTO DE ENTREGA. Revisar y aplicar las principales variables que apliquen.
**En el ítem 4.7, existe un NO APLICA, sólo si NO existen alianzas para donaciones de alimentos u otros productos; de no existir registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H "NA"

Una vez realizado el seguimiento al total de las categorías definidas en este formato, se efectuará el análisis de cada uno de los ítems verificados, identificando puntos críticos urgentes e insumos. Se deberá solicitar su cumplimento de inmediato y de ser necesario definir las acciones de mejora (utilizar el formato F2 g7 ABS-acciones de mejora) o lo pertinente de acuerdo con lo definido en el contrato y en la guía de supervisión del ICBF. En la columna (j) se deberá registrar el seguimiento y los acuerdos por cada ítem.
A los 5 días hábiles de la aplicación de este formato, se debe presentar a la Dirección de Nutrición los siguientes documentos: El presente formato diligenciado y firmado por el supervisor, profesional de apoyo a la supervisión y el o los integrantes de la EAS y el F2 g7 con las acciones de mejora o de acuerdos con la EAS dependiendo el caso (cuando aplique).
Nota1: Estos instrumentos se podrán imprimir o diligenciar de manera digital. En cualquier caso, las firmas que se incluyan en los documentos finales deberán ser de puño y letra.
Nota2: Este es un material de insumo para el cumplimiento de las funciones generales que deben ejercer el supervisor de los contratos (guía general para la función del supervisor G6.ABS).
Nota3: Identifique los puntos críticos urgentes y solicite su cumplimento de inmediato y remita estas alertas a la Dirección de Nutrición.

## DESCRIPCIÓN DE COMPROMISOS

| Actividad | Responsable | Fecha de cumplimiento |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## FIRMA DE ASISTENTES

| Nombre | Cargo | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Aranxa Urzola Méndez | Coordinadora UDS | ación AGROAMBIENTE | |
| Ebely Rosa Pertuz Yancy | Profesional Universitario | ICBF CZ Mompós | |
| | | | |
| | | | |

Nombre del Supervisor (a) __Esther María Guzmán Machuca_____

Firma del Supervisor (a) _____

Nombre del Profesional de apoyo a la supervisión __Ebely Rosa Pertuz Yancy_____

Firma del Profesional de apoyo a la supervisión _____

Nombre (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS__Aranxa Urzola Méndez_____

Firma (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____

Nombre (2) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____

**ANEXO 1. INSTRUMENTO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A CONTRATOS EN EL MARCO DE LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| REGIONAL: Bolívar | CENTRO ZONAL: Mompós | | NÚMERO DE CONTRATO: 1300549-2022 |
| NOMBRE DE LA EAS : Fundación Social y Cultural AGROAMBIENTE | | NUMERO UDS: 2 | Fecha de visita o llamada: 02 /03 /2023 |
| MUNICIPIOS DE LA UDS: | | Mompós, San Fernando, Margarita, Talaigua Nuevo, Cicuco, Altos del Rosario, Barranco de Loba, Hatillo de Loba y El Peñón. | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, QUIEN REALIZA LA VISITA : Ebely Rosa Pertuz Yancy | | | |
| NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Aranxa Urzola Méndez | | | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| **Componente 4 - Operación para la atención: Visita de campo, encuentro grupal, entrega de RFPP, capacitación y valoración nutricional a usuarios. (hoja 4)** | | | | | | | | | |
| 4.1 | Encuentros grupales | ¿El equipo de la EAS, al realizar una actividad individual o grupal con los usuarios, se presenta y deja claro el objetivo de la jornada? | En el acompañamiento a los encuentros grupales con usuarios, observe si el equipo de la EAS, se dirige al grupo, presenta y dá a concoer el objtivo de la jornada y utiliza una comunicación verbal amigable. | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | Cumple con lo establecido. | |
| 4.2 | Talento Humano* | El equipo cuenta con los implementos de bio-seguridad para el contacto con la comunidad. | Observe, si los equipos de la EAS portan los implementos de bio-seguridad recomendados de acuerdo a la situación de salud pública, según orientaciones de la Dirección de Nutrición. | Mensual | | X | | El equipo cuenta con elementos para la desinfección de manos y equipos antropométricos. | |
| 4.3 | Encuentros grupales | ¿La EAS realiza entrega de RFPP/ AAVN o ALC a los usuarios convocados al encuentro ? | Verifique si, de acuerdo a los criterios definidos en el M.O. le entregaron a cada usuario una RFPP o el ALC según aplique. | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | | X | A corte del 28 de febrero del 2023 la EAS no ha realizado laentrega de la RFPP del mes de febrero. | Realizar la entrega de las RFPP durante los primeros días de cada mes, sin exceder la segunda semana del mes. |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 44 | Encuentros grupales - Complementación alimentaria | ¿Los alimentos que conforman las raciones familiares para preparar que la EAS entrega a los usuarios cumplen con las | Verifique si los alimentos que conforman las RFPP entregadas a los usuarios, cumplen con las características de cantidad y calidad de acuerdo a las fichas técnicas entregadas al | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | Se verifica el cumplimiento de acuerdo con lo aprobado en las fichas técnicas | |
| 45 | Complementación | ¿La EAS registra la | Solicitar a la EAS los formatos de Entrega de | Mínimo una visita | | X | | Se evidencia los formatos F4 | |
| 46 | Complementación alimentaria | ¿El empaque secundario de las RFPP entregadas a los usuarios | Verificar, si el empaque secundario contiene la descripción del tipo de alimentos y sus cantidades (mediante | Mensual | | X | | Se evidencia que el empaque secundario cumple con la descripción de los alimentos que contiene | |
| 47 | Atención** | Revise: si a este contrato le fue asignado la entrega de alimentos y | Si existen alianzas de donaciones de alimentos u otros productos Verifique si la EAS realiza la distribución a los | Mensual | | NA | | No existen alianzas para entrega de alimentos por donaciones | |
| 48 | Sistemas de información | ¿ El equipo de las EAS realiza de manera adecuada la toma de medidas antropométricas a los usuarios? | Observe al profesional en nutrición y/o auxiliar de enfermería, en el momento de realizar la valoración antropometrica a los usuarios y valore la técnica aplicada, la cual debe coincidir con la definida en la guía de seguimiento nutricional. | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | La Profesional de Nutrición utiliza la técnica adecuada para la toma de medidas antropométricas. | |
| 49 | Valoración antropométrica Sistemas de información | ¿ La EAS cumple con los equipo para la toma de medidas antropométricas con las especificaciones técnicas de acuerdo a lo definido en el Manual Operativo? | Observe al profesional en nutrición en el momento de realizar la valoración antropométrica y valore la técnica aplicada, la cual debe coincidir con la definida en la guía de seguimiento nutricional. | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | La EAS cuenta con equipos antropométricos adecuados de acuerdo con lo definido en el manual operativo | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 4 10 | Valoración antropométrica Sistemas de información** | ¿ El equipo de las EAS, realiza el análisis para la definición del correcto **diagnóstico nutricional** de acuerdo a los lineamientos definidos en la guía de seguimiento nutricional?. | Solite al profesional en nutrición quien realizó la valoración antropometrica, los resultados con el diagnóstico nutricional. Analice y verifique, sí estos resultados son los correctos de acuerdo a la técnica aplicada y el analisis e intrepretación de los datos de acuerdo a lo establecido en la guía de seguimiento nutricional. | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | Se verifica que la profesional de nutrición realiza un adecuado análisis e interpretación de los datos de peso y talla. | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| 4.11 | Complementación alimentaria | ¿La entrega de Alimento Listo para el Consumo -ALC que realiza la EAS, es adecuada y acorde con el estado nutricional de | Si en el encuentro grupal o visita de campo la EAS entrega ALC a usuarios Revise si la cantidad de ALC entregado corresponde al estado nutricional del usuario (a) | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | La entrega de los ALC se realiza en la cantidad adecuada de acuerdo con su estado nutricional. | |
| 4.12 | Sistemas de información | ¿ El equipo de las EAS, le informa a los usuarios y/o cuidadores sobre el diagnóstico nutricional y les emite orientaciones al respecto? | la EAS socializa con los usuarios y/o cuidadores los resultados del estado nutricional y da orientaciones técnicas dependiendo el caso, enmarcado dentro del proceso de fortalecimiento y manejo de los temas de salud y nutrición | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | Se observa la socialización del estado nutricional a los beneficiarios | |
| | Atención | ¿ Las acciones de fortalecimiento y acompañimiento en los encuentros grupales o en las visitas familiares que | Verifique si las acciones de fortalecimiento desarrolladas con los usuarios y sus familias cumplen con los criterios establecidos en el Manual Operativo<br>-Objtivo Claro<br>-Material Didáctico<br>-Dinámicas de integración | Mínimo una visita a un encuentro grupal por UDS | | X | | La EAS desarrolla actividades con los usuarios de acuerdo con las orientaciones del manual operativo | |

* Este criterio definido en el ítem 4.2 sólo aplica si en este periodo existe alguna orientación del gobierno relacionada con medidas de bioseguridad para contacto con comunidades, de lo contrario registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H **"NA".**
** En el ítem 4 7, existe un **NO APLICA,** sólo si NO existen alianzas para donaciones de alimentos u otros productos; de no existir registre en las casillas correspondiente a las columnas G y H **"NA"**
*** **En el ítem 4 10,** Si se observa una incorrecta aplicación de la técnica o una inadecuada interpretación de la información, de inmediato se debe hacer la retroalimentaicón y solicitar una nueva toma e intrepetación, hasta contar con unos resultados adecuados.

Una vez realizado el seguimiento al total de las categorías definidas en este formato, se efectuará el análisis de cada uno de los ítems verificados, identificando puntos críticos urgentes e insumos. Se deberá solicitar su cumplimiento de inmediato y de ser necesario definir las acciones de mejora (utilizar el formato F2 g7 ABS-acciones de mejora) o lo pertinente de acuerdo con lo definido en el contrato y en la guía de supervisión del ICBF. En la columna (j) se deberá registrar el seguimiento y los acuerdos por cada ítem
A los 5 días hábiles de la aplicación de este formato, se debe presentar a la Dirección de Nutrición los siguientes documentos: El presente formato diligenciado y firmado por el supervisor, profesional de apoyo a la supervisión y el o los integrantes de la EAS y el F2 g7 con las acciones de mejora o de acuerdos con la EAS dependiendo el caso (cuando aplique).
Nota1: Estos instrumentos se podrán imprimir o diligenciar de manera digital. En cualquier caso, las firmas que se incluyen en los documentos finales deberán ser de puño y letra
Nota2: Este es un material de insumo para el cumplimiento de las funciones generales que deben ejercer el supervisor de los contratos (guía general para la función del supervisor G6.ABS)
Nota3: Identifique los puntos críticos urgentes y solicite su cumplimento de inmediato y remita estas alertas a la Dirección de Nutrición.

**DESCRIPCIÓN DE COMPROMISOS**

| Actividad | Responsable | Fecha de cumplimiento |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**FIRMA DE ASISTENTES**

| Nombre | Cargo | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| **Aranxa Urzola Méndez** | **Coordinadora UDS** | **Fundación AGROAMBIENTE** | Aranxa U. M. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nombre del Supervisor (a) ___Esther María Guzmán Machuca_____

Firma del Supervisor (a) _____

Nombre del Profesional de apoyo a la supervisión _Ebely Rosa Pertuz Yancy_____

Firma del Profesional de apoyo a la supervisión _____

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FRECUENCIA DE APLICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |

Nombre (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS___Aranxa Urzola Méndez_____

Firma (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS Aranxa Urzola M.

Nombre (2) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____

Firma (2) de quien atendió la visita por parte de la EAS_____



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