## Anexo 3 - INSTRUMENTO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A CONTRATOS DEL SERVICIO – UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA - UBA

| | | |
|---|---|---|
| REGIONAL: LA GUAJIRA | CENTRO ZONAL: REGIONAL | NÚMERO DE CONTRATO: 44003272022 |
| NOMBRE DE LA EAS : | FUNDACION FUNDALIANZA | Fecha de visita o llamada: 12/04/2023 |
| MUNICIPIOS DE INTERVENCIÓN DE LA UBA DEL PERIODO DE REFERENCIA: | MANAURE | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN QUIEN REALIZA LA VISITA O LLAMADA: MARIA PAULA VARGAS | | |
| NÚMERO DE UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA VINCUALDAS AL CONTRATO:_____4_____<br><br>NÚMERO Y/O NOMBRE DE LA UNIDAD DE BÚSQUEDA ACTIVA SUPERVISADA: _____3_____ | | |
| NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EAS, QUE ATIENDE LA VISITA: SUSAN GUERRERO- COORDINADOR NUTRICIONISTA | | |

| ÍTEM | CATEGORÍA | CRITERIO DE SEGUIMIENTO | MODO DE VERIFICACIÓN | FUENTE/INFORMANTE | ESTADO | | OBSERVACIONES / DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO | COMPROMISOS / PLAN DE MEJORA (descripción del compromiso, acción de mejora, fecha de cumplimiento) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE | | |
| **2.Visita de campo** | | | | | | | | |
| 2.1 | Etapa de planeación | ¿La presente visita de campo, se encuentra planeada en el plan operativo del contrato?. | Previamente solicite a la EAS el plan operativo y verifique que el municipio correspondiente a la presente visita de campo se encuentra planeada en el plan operativo presentado a la supervisión del contrato. | | X | | | |
| 2.2 | Etapa de planeación | ¿Se realizó la coordinación con las administraciones municipales o lideres de las comunidades donde se realizan las jornadas de identificación o focalización?.<br><br>Aplica: Cada que inicia un nuevo municipio. | Verifique si el equipo de la EAS, cuenta con algún soporte que permita establecer que se realizó la coordiación con líderes y/o con la administración municipal. | | X | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.3 | Proceso de focalización | ¿El equipo de la EAS, al establecer contacto con los usuarios, se presenta y deja claro el objetivo de la actividad? | En el acompñamiento a las visitas de campo con usuarios, observe sí el equipo de la EAS, cuando se dirige a las familias e integrantes de la comunidad, se presenta, da a conocer el objetivo de la jornada y utiliza una comunicación verbal amigable. | | X | | | |
| 2.4 | Unidad Administrativa | ¿La EAS dispone de los equipos de antropometria de acuerdo a las especificaciones técnicas establecidas en la tabla No.3. "elementos de dotación por cada Unidad de Búsqueda Activa", del anexo No. 1. | Observe: Si el equipo de la EAS lleva y usa los equipos de antropometría de acuerdo con lo definido en el anexo 1 del lineamiento. Verifica sí, mínimo cuanta con los siguientes:<br>-Balanza para trabajo de campo con función de tara<br>-Tallímetro para trabajo de campo<br>-Infantómetro para trabajo de campo<br>-Cinta para toma de Perímetro Braquial | | X | | | |
| 2.5 | Talento Humano | ¿El operador cuenta con el talento humano completo, de acuerdo a lo especificado en el Anexo 1 sobre el funcionamiento de las UBA? | Previamente a la visita solicite al operador los datos del talento humano actual y verifique si corresponde a las hojas de vida aprobadas por la Regional o centro zonal. Durante el acompañamiento a la visita de campo, observe y verifique sí el equipo de la EAS corresponde al aprobado por la supervisión. | | X | | | |
| 2.6 | 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 y según orientaciones de la Dirección de Nutrición. | | | NA | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.7 | 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 enfermeria en el momento de realizar la valoración antropometrica a los usuarios y valore la técnica aplicada, la cual debe coincidir con la definido en la guía de seguimiento nutricional. | | X | | | |
| 2.8 | Sistemas de información | ¿El profesional en nutricióny/o auxiliar de enfermería, aplican la técnica y las herramientas adecuada para el análisis de los datos antropométricos ? | Solicite el formato F3 donde estan registrando los datos y tome 10 datos de usuarios con diferente clasificación nutricional y realicé el análisis de estos con la misma herramienta que utiliza la EAS (preferiblemente aplicativo | | X | | | |
| 2.9 | Atención | ¿El equipo de las EAS diligencia el F3.LM2.PP Formato de Focalización UBAs.? | Revise que el formato F3 de focalización este siendo diligenciado de manera correcta (físico o en magnético). Verifique la calidad de la información y si se encuentra diligenciado completamente, según cada caso. | | X | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.10 | Atención | ¿Se realiza remisión y gestión para la atención de niñas y niños que se identifican con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda, así como, las mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, de acuerdo con lo definido en la ruta de operación de las Unidades de Búsqueda Activa UBA? | Verifique sí el equipo de la EAS, aplica los formatos de acuerdo a lo definido en la ruta de operación de las UBAs. :<br>_F1.LM2.PP Formato de caracterización familiar unidades de búsqueda activa,<br>_Formato canalización a salud, dependiendo del caso que aplique. | | X | | | |
| 2.11 | Atención | ¿Se realiza la canalización en el caso que corresponda para la vinculación a un servicio del ICBF u otra oferta disponible en el territorio ? | Verifique sí la EAS indaga con la familia, responsable o cuidador si el usuario valorado se encuentra en algún servicio de atención. También determine si la EAS orienta a la familia en los casos de desnutrición aguda para su atención por el sector salud y riesgo de desnutrición y bajo peso para la edad gestacional en la vinculación en modalidades de atención de nutrición del ICBF o Primera Infancia. Además, observe si la EAS asesora a la familia en la oferta institucional del territorio y si conoce el proceso para la vinculación de los usuarios que lo requieran. Finalmente, concluya si la información que suministra la EAS a la comunidad y las familias es clara y precisa. | | X | | | |

Una vez realizada la revisión y verificación del total de categorías definidas en este formato, se efectuará el análisis de cada uno de los ítems verificados, identificando puntos críticos urgentes, de inmediato se solicitaría el cumplimento 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 (I) de compromisos en el marco delplan de mejora
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 y el F2 g7 con las acciones de mejora o con los acuerdos con la EAS dependiendo el caso (cuando aplique).
Este es un material de insumo para el cumplimiento de las funciones generales que deben ejercer los supervisores de los contratos (guía general para la función general del supervisor G6.ABS).

¡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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| DESCRIPCIÓN DE COMPROMISOS | | | |
|---|---|---|---|
| **Actividad** | | **Fecha de cumplimiento** | |
| | | | |
| | | | |
| **FIRMA DE ASISTENTES** | | | |
| **Nombre** | | **Entidad** | **Firma** |
| **MARIA PAULA VARGAS** | | **GAT-ICBF** | |
| **SUSAN GUERRERO** | | **FUNDACION FUNDALIANZA** | |
| | | | |
| | | | |

Nombre del Supervisor (a) ELKA COBO CAMPO
Firma del Supervisor (a) _____

Nombre del Profesional de apoyo a la supervisión MARIA PAULA VARGAS

Firma del Profesional de apoyo a la supervisión_____

Nombre (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS SUSAN GUERRERO

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_____

¡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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012