ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A CONTRATOS DE LA MODALIDAD CENTROS DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL - CRN

REGIONAL: CESAR	CENTRO ZONAL: AGUSTIN CODAZZI	NÚMERO DE CONTRATO: 20001992023
NOMBRE DE LA EAS : DUSAKAWI IPSI	NUMERO UDS: 2	Fecha de visita o llamada: 24/11/2023
MUNICIPIO DE UBICACIÓN DEL CRN-CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: AGUSTIN CODAZZI - RESGUARDO IROKA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR O DEL PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN, QUIEN REALIZA LA VISITA : DAYAN L. BLANCO		
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EAS, QUE ATIENDE LA VISITA: CAMILA VANNESSA GONZALEZ GUTIERREZ - COORDINADORA EXT.		

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		
1.Aspectos generales								
1.1	Ingreso	¿El 100% de los niños y niñas que ingresan al CRN cumple con los criterios de ingreso?	Verificar información mediante reporte de aplicativo CUÉNTAME, en el que se evidencie que todos los niños y niñas cumplieron con criterios de ingreso de acuerdo con el Manual Operativo, indicador P/T por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE). En caso de incumplimiento, socialice esta información con el operador, durante la visita al CRN.	**REPORTE APLICATIVO CUENTAME**	**x**			
1.2	Ingreso	¿Los usuarios ingresan después de la atención de salud? o fueron remitidos al sector salud (para el caso de ser identificados por el CRN).?	Previamente identifique los NN activos del reporte cuéntame a la fecha y seleccione al azar como mínimo dos NN. Solicite a la EAS las carpetas de los NN seleccionado y verifique el cumplimiento de la atención a la desnutrición (todos los NN deben ser ingresados despues de su atención por el sector salud). Si el NN fue identificado por el CRN, verifíca su remisión al sector salud para el plan de manejo.	**VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL**	**x**			

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		
1.3	Permanencia	¿La estancia de los usuarios se encuentran en los tiempos estimados según manual operativo ?	A partir del análisis de los reportes del aplicativo CUÉNTAME, previo a la visita, revise los registros de los NN activos en el CRN e identifique si el tiempo de permanencia es coherente a lo definido en el manual operativo (de acuerdo a su estado nutricional de ingreso). Para aquellos casos donde el tiempo de permanencia excede a lo definido por el manual operativo, verifique, sí la EAS cuenta con estudios de caso donde se	**REPORTE APLICATIVO CUENTAME**	**x**			
1.4	Egreso	¿El 100% de los niños y niñas que egresan del CRN presentaron un peso adecuado para la talla P/T.?	Verificar en CUÉNTAME, si el estado nutricional de los egresos P/T es adecuado de acuerdo a lo definido en el manual operativo.(verificar el mes inmediatamente anterior).	**REPORTE APLICATIVO CUENTAME**	**X**			
2. Aspectos administrativos, financieros, infraestructura, dotación y personal								
2.1	Unidad Administrativa	¿Cuenta con la dotación adecuada para el CRN de acuerdo a lo definido en el Manual Operativo?	Verifique, como mínimo la siguiente dotación: -El número de cunas y colchonetas corresponder al número de cupos del CRN?. -El número de mesas y sillas del comedor de acuerdo a los cupos?. -Cuenta con mesas y sillas diferentes a la de los niños para los adultos? -El consultorio esta dotado con: Báscula, pesa bebés, infantómetro y tallímetro?	**VERIFICACION EN SITIO**	**X**			

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

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		
2.2	Unidad Administrativa	¿El CRN cuenta con las condiciones higiénico-sanitarias de acuerdo con lo establecido en el contrato?	Verifique si el CRN cuenta con el plan de saneamiento de acuerdo con lo establecido en las obligaciones del eje de gestión ambiental del contrato. Durante la visita solicite a la EAS el plan de saneamiento, donde cómo mínimo deben contener los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos y control de plagas.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	X			
2.3	Unidad Administrativa	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.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	X			
2.4	Talento Humano	El operador cuenta con el equipo del recurso humano completo, de acuerdo a lo especificado en el Manual Operativo.	Verificar si el equipo correspondiente a las hojas de vida aprobadas por la Regional o centro zonal, continúa contratado por la EAS para la atención en la presente modalidad. Solicite al operador los datos (contratos) del equipo actual, correspondiente al CRN y verifique su cumplimiento.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	X			
2.5	Talento Humano	¿La EAS invierte el costo asignado para el Talento Humano, de acuerdo a lo estipulado en el contrato?	La EAS contrata el talento humano, de acuerdo a lo establecido en la estructura de costos definida para el contrato. Previo a la visita, solicite a la EAS los contratos, los pagos de aporte a seguridad social de cada uno de los perfiles y verifique su cumplimiento.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	X			

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

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		
2.6	Talento Humano*	El equipo cuenta con los implementos de bio-seguridad para el contacto con la comunidad.*	Durante la visita al CRN, observe, si el equipo de personal cuentan con los implementos de bio-seguridad en la cantidad y calidad de acuerdo a lo definido durante la emergencia generada por la pandemia Covid 19.		NA	NA		
2.7	Legalización de cuentas	¿La EAS realiza la presentación de informes y requisitos para pagos de manera oportuna y adecuada?	Solicite a la EAS el soporte del radicado de la cuenta de cobro del mes inmediatamente anterior. Verifique si la EAS presentó los informes para pago durante los siguientes 5 días hábiles del mes vencido de acuerdo a lo estipulado en el Manual Operativo.	**VERIFICACION EN CZ**	**X**			
3. Operación para la atención								
3.1	Atención	¿Los usuarios atendidos durante este periodo cuentan con carpetas individuales?.	Verifique la existencia del archivo donde reposan las carpetas de los NN, en la cual se ubican los documentos de ingreso y gestión de las atenciones recibidas. Mediante la revisión de la carpeta de los NN seleccionado previamente (ítem1.2), verifique si contiene la historia de ingreso totalmente diligenciada.	**VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL**	**x**			
3.2	Atención	¿Las carpetas cuentan con la evolución integral del niño o niña?	A partir de las carpetas solicitadas al azar, verifique si se evidencia la evolución en el estado de salud (órdenes médicas diarias realizadas por el médico), la evolución en el estado nutricional (ordenes de dieto-terapia diaria, realizadas por la Nutricionista) y la curva de control diario de peso (formato F9. mo 8.pp). Verifique si en el plan de manejo se incluyeron las indicaciones dadas por el sector salud	**VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL**	**x**			

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

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		
3.3	Atención	Remisión de usuarios a otras modalidades	Solicite el formato F14.MO8.PP y verifique si se realizá la remisión de los usuarios egresados a otros programas de atencion para la Primera Infancia en el territorio.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	x			
3.4	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 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.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	x			
3.5	Atención	¿Se han realizado actividades de orientación y capacitación a los padres o cuidadores de los NN usuarios?	Indague con la EAS, sobre las actividades que han realizado con los cuidadores y los niños durante la última semana en el CRN. Previamente solicite a la EAS el plan de capacitación del último mes y verifique su cumplimiento..	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	x			
3.6	Atención	¿Para los casos que presentan dificultades de salud, se realiza remisión oportuna al sector salud? .	Revisa las carpetas tomadas al azar y verifique (en evolución médica), si el NN ha requerido una remisión al sector salud. (si o no). En caso de ser afirmativo, verifique si fue remitido oportunamente. En caso de ser negativo, desciba "No aplica" en la columna de observaciones.	VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL	x			

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

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		
3.7	Sistemas de información	¿Todos los beneficiarios cuentan con la primera toma de peso y talla **al ingreso** al CRN y son registrados en el sistema de información Cuéntame? *	Previa revisión en el aplicativo CUÉNTAME, determine el estado actual de registro en cantidad y calidad de los ingresos del mes que se esta supervisando. Socialice con la EAS lo encontrado y solicite justificación en caso de presentar inconsistencias con el dato. Defina su cumplimineto o incumplimiento.	**REPORTE APLICATIVO CUENTAME**	**X**			
3.8	Sistemas de información	Se realiza toma de peso y talla al **egreso** del CRN de los usuarios..	Previa revisión en el aplicativo CUÉNTAME , determine el estado actual de registros en cantidad y calidad de los egresos del mes inmediatamente anterior. socialice con la EAS lo encontrado y solicite justificación en caso de presentar inconsistencias con el dato.	**REPORTE APLICATIVO CUENTAME**	**x**			
3.9	Complementación alimentaria	¿El CRN cumple con el ciclo de minutas y con el menú del día?.	De acuerdo al ciclo de menús aprobado para el contrato, indague: que día del ciclo se está elaborando?, observe el tiempo de comida en ejecucion y verifique el cumplimiento de las preparaciones correspondientes a éste menú. En caso de presentar intercambios solicite la justificación (estos deben corresponder al listado de intercambios aprobado)		NA	NA	No aplica debido a que se aplicó instrumento vía remota.	

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

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		
3.10	Complementación alimentaria	¿Se evidencia el suministro de FTLC de acuerdo a la prescripción dietaría?.	De las carpetas tomadas al azar, revise en la evolución nutricional el manejo de la FTLC, de acuerdo a la prescripción dada por salud y a su evolución. (si aplica) La FTLC debe ser aportada por el sector salud, de lo contrario verifique la gestión que realizó el operador con el sector salud para su adquisisción.		NA	NA	No aplica debido a que se aplicó instrumento vía remota.	
3.11	Complementación alimentaria	¿La EAS realiza entrega de Raciones para Preparar RPP al egreso de los NN de acuerdo a lo definido en el contrato?.	Solicitar a la EAS los formatos de Entrega de Raciones para Preparar RPP , correspondiente a las entregas del mes anterior. Verique si estos formatos cuentan con firmas o huella en caso de ser necesario y si el tipo de ración corresponde a la definida de acuerdo a la edad del NN.(ver tipos RPP hoja 2).	**VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL**	**X**			
3.12	Complementación alimentaria	¿Las Raciones para Preparar RPP, cumplen con las condiciones de calidad?	Previamente solicite a la EAS el inventario de alimentos que compone las RPP entregadas al egreso, especificando tipo de alimento, cantidad y fecha de vencimiento. Verifique si los alimentos están acorde a lo definido en el manual operativo anexo: (a1.mo8_.pp_anexo_aporte_nutricional_alimentos_que_conforman_las_raciones_alimentarias_para_preparar_y_fichas_tecnicas_-_crn_v2.pdf).	**VERIFICACION EN MEDIO DIGITAL**	**x**			

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

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		
* Este criterio definido en el ítem 2.6, 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								

Nota: Una vez se realice el seguimiento y verificación completa a las diferentes categorías, se efectuará el análisis de cada uno de los ítems verificados, socializar los resultados de ésta supervisión con la EAS y proceder a recoger las firmas de las partes (ubicada en la parte inferior del instrumento). Es importante garantizar las firmas antes de retirarse de la UDS (CRN), recordemos que las firmas garantizan la evidencia y validez de los resultados de la supervisión.

Al final de la visita en reunión con la EAS, se deben identificar puntos críticos urgentes y solicitar su cumplimento de inmediato y de ser necesario definir plan de mejoramiento de los aspectos identificados en "no cumple", para la próxima visita o lo pertinente de acuerdo con lo definido en la guía de supervisión del ICBF. Para la validez del presente documento

DESCRIPCIÓN DE COMPROMISOS		
Actividad	**Responsable**	**Fecha de cumplimiento**

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

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		

FIRMA DE ASISTENTES

Nombre		Entidad	Firma
CAMILA VANNESA GONZALEZ GUTIERREZ	Coordinadora Ext.	Dusakawi IPSI	
DAYAN LISSETT BLANCO GOMEZ	Nutricionista	ICBF	
CARMEN CECILIA CASTAÑO MATUTE	Coordinadora CZ	ICBF	

Nombre del Supervisor (a) CARMEN CECILIA CASTAÑO MATUTE

Firma del Supervisor (a) _____

Nombre del Profesional de apoyo a la supervisión DAYAN LISSETT BLANCO GOMEZ

Firma del Profesional de apoyo a la supervisión _____

Nombre (1) de quien atendió la visita por parte de la EAS CAMILA VANNESA GONZALEZ GUTIERREZ

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 _____

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