



ANEXO 7. Protocolo de Visita Inspectiva

Yo _____ (nombre completo) cumpliendo el cargo de _____ (cargo) del Proyecto _____ (nombre/código) del Colaborador Acreditado _____ (nombre/código), dejo constancia que se ha efectuado visita inspectiva de Fiscalizador/a Regional del Servicio Mejor Niñez en instalaciones del proyecto, ubicado en _____ (dirección/comuna), según el siguiente detalle:

Fecha:
Hora Inicio:
Hora Término:
Tipo Fiscalización:
Fiscalizador/a:

Hago presente que Fiscalizador/a Regional me ha explicado el proceso de fiscalización, los procedimientos a realizar y los plazos de los resultados de dicho proceso y que he contado con un espacio para resolver dudas e inquietudes.

El Fiscalizador/a Regional ha realizado inspección ocular básica de las inmediaciones del recinto, lo que contempla las siguientes condiciones mínimas de habitabilidad:

	Sí	No
Limpieza, higiene general de espacios		
Limpieza, higiene general de NNA		
Ropa/ zapatos de NNA acordes con la talla y estación del año		
Estado de infraestructura		

Así también, dejo constancia de que he facilitado las carpetas personales de NNA usuarios del proyecto y/o todo medio de verificación solicitado para su revisión, en concordancia con la normativa legal, técnica y reglamentaria vigente del Servicio Mejor Niñez.



Unidad de Fiscalización
División de Supervisión, Evaluación y Gestión

De acuerdo con los resultados de la visita inspectiva y según lo establecido en los lineamientos del proceso de fiscalización, a continuación, se individualizan los documentos que deberá adjuntar en formato digital, en un plazo de 48 horas máximo a partir de la finalización de esta visita inspectiva, es decir, hasta _____ (hora/fecha), al correo electrónico _____ del Fiscalizador/a Regional:

FIRMA

Nombre:

Cargo: