



### INSTITUCIÓN

**Instrumento de compromiso** (Consigne tipo y número de acto administrativo mediante el cual se formaliza el compromiso asumido)

Nº de Expediente: \_\_\_\_\_ Nº de Convenio: \_\_\_\_\_ Nº de Protocolo: \_\_\_\_\_ Nº de Res \_\_\_\_\_

Entidad Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de visita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN NÚMERO DE PRESTACIÓN/PROYECTO

Código de A.T. \_\_\_\_\_ Código de Programa \_\_\_\_\_ Código de Proyecto \_\_\_\_\_

### 1. ADMINISTRACIÓN DE LA VISITA (Indique si pudo acceder a la prestación)

¿Pudo efectuar la visita? **SÍ:**  (Pase a 2)

**NO:**  Domicilio existe: **SI**  (Fin visita)

**NO**  (Fin visita)

En caso de marcar **SI** en la opción "Domicilio existe" el resultado es "Sin Resultado" y fin de la visita. Si marcó **NO**, fin de la visita y resultado es "Observado"

### 2. DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN/PROYECTO

**2.1 ¿La prestación/proyecto inició?** **SÍ:**  Consigne fecha real de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **NO:**  (Pase a 5)

**2.2 Actividades que se realizan al momento de la visita. Coinciden con el proyecto aprobado:** **SÍ:**  **NO:**  (Pase a 5)

Describe qué tareas realizan: \_\_\_\_\_

### 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESPACIO FÍSICO

**3.1 Indique si el espacio físico está originalmente diseñado/ construido/ pensado para realizar las actividades formativas.**

**SÍ:**  (Pase 3.2)

**NO:**  (Pase 3.3)

**3.2 Verifique el estado, condiciones y grado de utilización del espacio físico para las actividades propuestas.**

| Características a evaluar | N/C (por ser una Escuela Pública) | Óptimo | Apropiado | Poco apropiado (completar 3.3) | Inapropiado con observaciones (completar 3.3) |
|---------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|--------------------------------|---|
| Accesibilidad             |                                   |        |           |                                |   |
| Dimensiones               |                                   |        |           |                                |   |
| Iluminación               |                                   |        |           |                                |   |
| Mobiliario                |                                   |        |           |                                |   |
| Climatización             |                                   |        |           |                                |   |
| Sanitarios                |                                   |        |           |                                |   |
| Elementos de seguridad    |                                   |        |           |                                |   |
| Conexión a internet       |                                   |        |           |                                |   |

### 3.3 Observaciones

---



---



---

| 4. RUBROS FINANCIADOS. VERIFICACIÓN DE LA ADQUISICIÓN |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
|---|-------------------|------------------|-----------------|-----|---------------------------------|----|-----------------|---------------------------------------|------------------|----|--|
| Denominación del rubro                                | No<br>Corresponde | ¿Se adquirieron? |                 |     | ¿Son aplicados a la prestación? |    |                 | ¿Coinciden con la propuesta aprobada? |                  |    |  |
|   |                   | Sí               | Parcialmente    |     | No<br>(Pase a 5)                | Sí | Parcialmente    |                                       | No<br>(Pase a 5) | Sí | Presenta<br>modificaciones<br>(Pase a 4.1 y 5) |
|   |                   |                  | ✓<br>(Pase a 5) | (%) |                                 |    | ✓<br>(Pase a 5) | (%)                                   |                  |    |  |
| Insumos / Materias primas                             |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Herramientas / Equipamiento                           |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Material didáctico (manuales, cuadernillos, etc.)     |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Ropa de trabajo / Elementos de higiene y seguridad    |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Tutoría   |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Traslado y refrigerio                                 |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Honorarios del capacitador/tutor                      |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Habilitaciones / Instalaciones eléctricas y de gas    |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |
| Otros rubros, indique cuáles:                         |                   |                  |                 |     |                                 |    |                 |                                       |                  |    |  |

### 4.1 Observaciones

---



---



---

### 5. FACTORES/RAZONES QUE INCIDEN NEGATIVAMENTE EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN/PROYECTO (Marque las opciones que usted considere que intervienen en la situación observada)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No se recibió / Se recibió con atrasos la transferencia del MTEySS.</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas con la cuenta bancaria u otras condiciones para la transferencia.</li> <li><input type="checkbox"/> Inconvenientes con la facturación o rendición de cuentas.</li> <li><input type="checkbox"/> Modificación del cronograma actividades/cambio de fecha de inicio.</li> <li><input type="checkbox"/> No se realizó la derivación de los participantes a la prestación.</li> <li><input type="checkbox"/> El emprendedor no se encuentra en el domicilio declarado/El entrenado/empleo renunció o se ausentó sin aviso.</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultades con los trámites administrativos de distinta índole.</li> <li><input type="checkbox"/> Se modificó la localización de la prestación.</li> <li><input type="checkbox"/> Modificación de la tipología de la prestación.</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultades con la habilitación / asignación / acondicionamiento del espacio físico/ la instalación de equipos.</li> <li><input type="checkbox"/> La infraestructura edilicia es inadecuada para el desarrollo de la actividad y/o es utilizada para otras tareas/atraso en reparaciones previstas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Problemas con la calidad o suministro de insumos o servicios (electricidad, gas, agua, etc.).</li> <li><input type="checkbox"/> Aumento de los costos originales/Falta de stock para completar las adquisiciones.</li> <li><input type="checkbox"/> No se pudieron adquirir los insumos, herramientas y/o ropa de trabajo.</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultades con la entrega de los dispositivos para el Proyecto (maquinarias, herramientas, insumos, material didáctico, etc.).</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas con la convocatoria y/o derivación de participantes.</li> <li><input type="checkbox"/> No se contrataron los RRHH/ Inconvenientes con la presencia regular de los RRHH contratados (tutor, capacitador, etc.).</li> <li><input type="checkbox"/> El docente/tutor/capacitador ha renunciado y debe ser reemplazado/Escasez de profesionales en la región con un perfil adecuado.</li> <li><input type="checkbox"/> Conflicto en el equipo o cambios de gestión, directivos/Problemas de administración y organización interna.</li> <li><input type="checkbox"/> Cuestiones climáticas/contexto geográfico.</li> </ul> |
|---|--|



**7.2 Agregue los participantes que no se encuentran vinculados al proyecto pero que se encuentran presentes al momento de la visita**

| CUIL | Apellido y nombre | Tipo de Doc. | Número de Documento | Sexo | Correo electrónico |
|------|-------------------|--------------|---------------------|------|--------------------|
|      |                   |              |                     |      |                    |
|      |                   |              |                     |      |                    |
|      |                   |              |                     |      |                    |
|      |                   |              |                     |      |                    |

**8. CONDICIONES PARA PAGOS PENDIENTES**

Dadas las condiciones de desarrollo de la prestación, se recomienda prever los mecanismos para realizar la transferencia/emisión de títulos para la cancelación de deudas fiscales a la Entidad Responsable, según corresponda y sujeta a los controles estipulados en la Resolución Reglamentaria.

SÍ:                       NO:                       N/C:

**9. RESULTADO DE LA VISITA. Indique resultado de la visita**

SIN RESULTADO:             POSITIVO:             OBSERVADO:

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistado/a                      Aclaración                      D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor/a                      Aclaración

**10. SECCIÓN DE USO EXCLUSIVO DEL SUPERVISOR**

Dato distinto no reflejado en el formulario de visita.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración Supervisor/a



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2020 - Año del General Manuel Belgrano

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo III - Linea Formacion Profesional - Formulario N° 2

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.