



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)

Describa qué tareas realizan:

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESPACIO FÍSICO

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

Características a evaluar	Óptimo	Apropiado	Poco apropiado (completar 3.2)	Inapropiado con observaciones (completar 3.2)
Accesibilidad				
Dimensiones				
Iluminación				
Mobiliario				
Climatización				
Sanitarios				
Elementos de seguridad				
Conexión a internet				

3.2 Observaciones

3.3 Indique si existe cartelería del MTEySS en el lugar donde se desarrollan las actividades **SÍ:** **NO:**

4. RUBROS FINANCIADOS. VERIFICACIÓN DE LA ADQUISICIÓN

Denominación del rubro	No Corresponde	¿Se adquirieron?			¿Son aplicados a la prestación?			¿Coinciden con la propuesta aprobada?		
		Sí	Parcialmente		No (Pase a 5)	Sí	Parcialmente		Sí	Presenta modificaciones (Pase a 4.1 y 5)
			✓ (Pase a 5)	(%)			✓ (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"> <input type="checkbox"/> No se recibió / Se recibió con atrasos la transferencia del MTEySS. <input type="checkbox"/> Problemas con la cuenta bancaria u otras condiciones para la transferencia. <input type="checkbox"/> Inconvenientes con la facturación o rendición de cuentas. <input type="checkbox"/> Modificación del cronograma actividades/cambio de fecha de inicio. <input type="checkbox"/> No se realizó la derivación de los participantes a la prestación. <input type="checkbox"/> El emprendedor no se encuentra en el domicilio declarado/El entrenado/empleo renunció o se ausentó sin aviso. <input type="checkbox"/> Dificultades con los trámites administrativos de distinta índole. <input type="checkbox"/> Se modificó la localización de la prestación. <input type="checkbox"/> Modificación de la tipología de la prestación. <input type="checkbox"/> Dificultades con la habilitación / asignación / acondicionamiento del espacio físico/ la instalación de equipos. <input type="checkbox"/> La infraestructura edilicia es inadecuada para el desarrollo de la actividad y/o es utilizado para otras tareas/atraso en reparaciones previstas. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas con la calidad o suministro de insumos o servicios (electricidad, gas, agua, etc.). <input type="checkbox"/> Aumento de los costos originales/Falta de stock para completar las adquisiciones. <input type="checkbox"/> No se pudieron adquirir los insumos, herramientas y/o ropa de trabajo. <input type="checkbox"/> Dificultades con la entrega de los dispositivos para el proyecto (maquinarias, herramientas, insumos, material didáctico, etc.). <input type="checkbox"/> Problemas con la convocatoria y/o derivación de participantes. <input type="checkbox"/> No se contrataron los RRHH / Inconvenientes con la presencia regular de los RRHH contratados (tutor, capacitador, etc.). <input type="checkbox"/> El docente/tutor/capitador ha renunciado y debe ser reemplazado/Escasez de profesionales en la región con un perfil adecuado. <input type="checkbox"/> Conflicto en el equipo o cambios de gestión, directivos/Problemas de administración y organización interna. <input type="checkbox"/> Cuestiones climáticas/contexto geográfico. |
|---|---|

**6. OBLIGACIONES Y COMPROMISOS REGLAMENTARIOS/CONVENIADOS DE LA INSTITUCIÓN.
VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO**

Descripción de la obligación	Verificación		
	N/C	Sí	No
Gratuidad en el acceso y/o provisión de los elementos comprometidos para realizar la prestación			
Contratación de RRHH comprometidos (capacitador/tutor/personal técnico, etc.).			
Coincidencia identidad del capacitador/tutor/personal técnico, etc.			
Desarrollo de las actividades delegadas a los RRHH.			
Espacio de infraestructura adecuada para el desarrollo de las actividades de la prestación.			
Espacio físico accesible para personas con discapacidad.			
Pago de honorarios y asistencia regular del capacitador/tutor/personal técnico, etc.			
Pago proporcional de la prestación económica / Traslado de participantes.			
Cumplimiento de carga horaria/actividades/tareas correspondientes al puesto de trabajo.			
Notificación de novedades e inasistencias a las Oficinas de Empleo.			
Cooperación con el supervisor al momento de realizar la visita.			
Cumplimiento de los protocolos de salud/higiene.			

7. VERIFIQUE DATOS DE LOS PARTICIPANTES, ASISTENCIA A LA PRESTACIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

CUIL	Tipo y número de documento	Apellido y nombre	Correo electrónico	No coincide identidad	Asistencia regular	Nunca asistió	Abandonó (Participante que inició y no tuvo continuidad)	¿Sufre o sufrió algún tipo de violencia de género en su participación en el proyecto? (Describe 7.1)
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

7.1 Observaciones

7.2 Agregue los participantes que no se encuentran vinculados a la prestación/ 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 IV - Línea Orientación Laboral - Formulario N° 3

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