GOBIERNO DEL ECUADOR | Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano

SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDADES

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL SERVICIO DE DISCAPACIDADES

FICHA DE AUDITORIA DE CALIDAD

Nombre del servicio: Atención a personas con discapacidad. *(Detallar el nombre del servicio conforme a la taxonomía)*	**Versión: 2.0**
Modalidad o Caso: Atención a personas con discapacidad en centros diurnos de desarrollo integral *(Señale público, privado)*	**Código:** MDH-CGPGE-DSPC-INT-001-FC-0019
Tipo de gestión: Público y por convenio **(Detallar si es público, privado, por convenio)**	**Fecha de aprobación de ficha:** 28/05/2026

DATOS GENERALES DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Nombre de la organización:
(Registre el nombre completo de la Persona natural o jurídica; GAD,ONG o Fundaciones; sino N/A).

Nombre de la Unidad de Atención:
(Detallar el nombre completo del centro)

Nombre del responsable de la Unidad de atención con quien se levantó la información:
(Persona responsable del levantamiento)

Código SIIMDH:
(Registre el código del permiso de funcionamiento o número de Trámite del proceso)

Cobertura de autorización de Permisos de Funcionamiento:
(Número de usuarios por los cuales se firmó el convenio para la autorización del Permiso de Funcionamiento, por ejemplo: al momento de la visita se verifica que el convenio se firmó por 45 usuarios, por tanto, se registrarían los 45.)

Cobertura encontrada al momento de la visita:
(Registrar el número de usuarios/as encontrados al momento de la visita)

PRESENTES/ATENDIDOS: *(Definir el porcentaje de atención)* *Fórmula= (cobertura encontrada/ cobertura aprobada por permiso de funcionamiento)x100%*	**%** *(Marcar con una X según el porcentaje de la parte de abajo)*
>=95%	
>80%<95%	
<=80%	

COMPONENTES DE EVALUACIÓN DE CALIDAD

	COMPONENTE 1: PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA	**SI**	**NO**	**Evidencia**
1	¿Los usuarios/as cumplen con los criterios de ingreso establecidos en la Norma Técnica (Personas con discapacidad con diferentes niveles de apoyo, edad de 18 a 64 años, 11 meses, 29 días, privados de su medio familiar, o que se encuentre en condición de vulnerabilidad, riesgo, de la integridad física, psicológica, emocional o sexual, con medida de protección o medida de cumplimiento obligatoria emitida por autoridad competente? Señale la casilla correspondiente SI los usuarios/as cumplen con los criterios de ingreso establecidos en la Norma Técnica, caso contrario seleccione literal d. a) Mayor a 95% b) Mayor al 80% de usuarios c) Entre el 50% y el 80% de usuarios d) Menos del 50% de usuarios			Verificar requisitos de ingreso al servicio
	a) Mayor a 95%			
	b) Mayor al 80% de usuarios			
	c) Entre el 50% y el 80% de usuarios			
	d) Menos del 50% de usuarios			
2	¿La unidad de atención cuenta con el acta de compromiso por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, cuando la unidad de atención cuente con el acta de compromiso por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Tomar muestra aleatoria del 10% de expedientes in situ-Anexo Acta Compromiso SD-CD-003
3	¿La unidad de atención cuenta con la ficha de valoración (en físico y digital) de Desarrollo de Habilidades (inicial/semestral/final) por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, la unidad de atención cuenta con la de valoración (en físico y digital) de Desarrollo de Habilidades (inicial/semestral/final) por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Tomar una muestra aleatoria in situ Anexo SD-CD-001-02
4	¿La unidad de Atención cuenta con un Plan de Vida por cada uno de los usuarios? Señalar SI, la unidad de atención cuenta con un Plan de Vida por cada uno de los usuarios, caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-001

5	¿La unidad de atención cuenta con un Plan Anual de Desarrollo de Habilidades por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, la unidad de atención cuenta con un Plan Anual de Desarrollo de Habilidades por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Tomar una muestra aleatoria del 10% de expedientes in situ y Verificar Anexo SD-CD-001
6	¿La Unidad de atención cuenta con una planificación mensual/semanal? Señalar SI, la Unidad de atención cuenta con una planificación mensual/semanal, caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-001 Ficha de ejecución
7	¿En la unidad de atención se cuenta con los expedientes de los usuarios que contienen: informes mensuales, Plan de Vida, Planificación anual, .)? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con los expedientes de los usuarios que contienen: informes mensuales, Plan de Vida, Planificación anual, ., caso contrario señalar NO.			Tomar una muestra mínima del 10% de los expedientes de los usuarios/as, de manera aleatoria
8	¿De los usuarios de nivel 4 cuántos tienen plan de egresamiento? Señalar el casillero correspondiente SI, de los usuarios de nivel 4 cuántos tiene plan de egresamiento, caso contrario señalar NO. a) >=90% de usuarios b) <90% > 70% de usuarios c) <70% >50% de usuarios d) <50% de usuarios			Tomar una muestra mínima del 10% de los expedientes de los usuarios/as, de manera aleatoria
	d) <50% de usuarios			
	a) >=90% de usuarios			
	b) <90% > 70% de usuarios			
	c) <70% >50% de usuarios			
	d) <50% de usuarios			
	e) No aplica si no cuenta con usuarios de nivel 4.			
	COMPONENTE 2: PROCESO SOCIO-EDUCATIVO			
9	¿La unidad de atención cuenta con la caracterización de la familia por cada uno de los usuarios/as? Señalar SÍ, en caso de que la unidad de atención cuenta con la caracterización de la familia por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Tomar muestra aleatoria del 10% de expedientes in situ-Anexo SD-CD-003
10	¿La unidad de atención cuenta con planificación y ejecución de actividades con la familia por cada uno de los usuarios/as? (Esta información debe contar la Psicóloga y /o el Trabajador Social) Señalar SI, la unidad de atención cuenta con planificación y ejecución de actividades con la familia por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Anexo-Norma Técnica de CD Componente 5.4 Familia y Comunidad /(Verificable Planificación de actividades)
11	¿La unidad de atención cuenta con la ficha de entidades de la comunidad? Señalar SI, la unidad de atención cuenta con la ficha de entidades de la comunidad, caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-005
12	¿La unidad de atención cuenta con una planificación para articular acciones con la comunidad? Señalar SI, la unidad de atención cuenta con una planificación para articular acciones con la comunidad, caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-005
13	¿La unidad de atención tiene conformado el Comité de Cuidadores (Acta de conformación de comités)? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención tenga conformado el Comité de Cuidadores (Acta de conformación) caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-004
14	¿La unidad de atención cuenta con el plan anual de acción del comité? (Plan de Acción Comités) Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con el plan anual de acción del comité (Plan de Acción Comités), caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-004
	COMPONENTE 3: SALUD PREVENTIVA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN			
15	¿Los usuarios cuentan con un diagnóstico inicial y semestral del estado de salud integral y nutricional? Esta pregunta está relacionada al chequeo médico o de consultas realizadas por el usuario/a en medicina primaria, secundaria o terciaria. Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuenta con el diagnóstico inicial y semestral del estado de salud integral y nutricional , de cada uno se los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo SD-CD-006
16	¿La unidad de atención coordina el asesoramiento para elaboración del menú con el sistema de salud o con una entidad correspondiente? (GAD, ACADEMIA, ONG, ENTIDAD PRIVADA) Señalar SI, en caso de que la unidad de atención coordina con el Sistema de Salud para validar el menú semanal de ingestas de los usuarios/as del centro, caso contrario señalar NO.			Debe estar validado por un/una nutricionista privado o del Sistema Público de Salud y debe estar publicado en las carteleras de la unidad de atención.
17	¿La unidad de atención brinda los cuatro momentos de alimentación? (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio) Señale SI, cuando se cumple los cuatro momentos de alimentación, caso contrario señale NO.			Verificar en el menú publicado y fotografía de la alimentación del momento de la visita (desayuno, refrigerios, almuerzo) Conforme Norma Técnica CD Componente 5.5.4 Tiempos de alimentación
18	¿El personal que prepara y/o reparte los alimentos cuenta con el vestuario adecuado? (mandil, gorro, uñas cortas sin pintar) Señale SI, en caso de que el personal que prepara y/o reparte los alimentos cuenta con el vestuario adecuado (mandil, gorro, uñas cortas sin pintar), caso contrario señale NO.			Verificar el Chek lista del Manual de Buenas Prácticas de Manufactura actualizado Respaldo fotográfico del personal de cocina

19	La unidad de atención evidencia la aplicación de las siguientes medidas de higiene y saneamiento de espacios: a) Señale SI en caso de que se evidencie la aplicación de Mecanismos de limpieza diaria, caso contrario señale NO. b) Señale SI en caso de que se evidencie la aplicación de Desinfección de espacios, mobiliario y equipamiento, caso contrario señale NO. c) Señale SI en caso de que se evidencie la aplicación de Manejo de residuos, caso contrario señale NO.			Verificar el Chek lista del Manual de Buenas Prácticas de Manufactura actualizado Respaldo fotográfico del personal de limpieza
	a) Mecanismos de limpieza diaria			
	b) Desinfección de espacios, mobiliario y equipamiento			
	c) Manejo de residuos			
20	¿El Coordinador/Equipo Técnico/representante legal de la Unidad de Atención ha realizado acciones (conocen y siguen la hoja ruta, cuentan con informes sobre los casos reportados, asistencia técnica a la familia/ personal técnico del servicio) en caso de violencia? Señale SI, en caso de que en la unidad de atención se hayan ejecutado acciones, se cuente con informes y se haya realizado la asistencia técnica a la familia/ personal técnico en caso de violencia, caso contrario señale NO.			Verificar en casos de violencia los informes sobre los casos reportados Conforme Anexo Acuerdo Ministerial 014- Protocolo General de actuación frente a la violencia-Anexo 5-ficha 1 Pasos para abordar a personas con discapacidad posibles víctimas de violencia)
	a) No aplica			
21	¿Cuántas capacitaciones sobre la prevención de la violencia sexual y promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad a las familias se han ejecutado en la unidad de atención? Señale la casilla correspondiente SI, la unidad de atención ha realizado capacitaciones sobre la prevención de la violencia sexual y promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad a las familias, caso contrario señale el literal d. a) Más de 3 capacitaciones a la fecha de visita b) Hasta 2 capacitaciones a la fecha de la visita c) Hasta 1 capacitación a la fecha de la visita d) No ha realizado capacitaciones a la fecha de la visita.			Verificar Anexo SD-CD-009
	a) Más de 3 capacitaciones a la fecha de visita			
	b) Hasta 2 capacitaciones a la fecha de la visita			
	c) Hasta 1 capacitación a la fecha de la visita			
	d) No ha realizado Capacitaciones a la fecha de la visita			
	COMPONENTE 4: TALENTO HUMANO			
22	¿La unidad de atención cuenta con el equipo completo y perfiles de talento humano según la Norma Técnica? (1 Coordinador/a por Unidad de Atención, 1 facilitador/a por cada 15 usuarios, 1 auxiliar de facilitación por cada 15 personas con discapacidad, 1 terapista ocupacional, 1 trabajador social por unidad de atención, 1 psicólogo por unidad de atención, 3 personas de servicios generales por unidad de atención. Señale SI, en caso de que en la unidad de atención cuente con el equipo completo y perfiles de talento humano según la Norma Técnica, caso contrario señale NO.			Verificar Nómina de personal o insumo donde conste personal de la Unidad de Atención
23	¿El/la Coordinador/a o responsable del Centro ejecuta el Plan anual de la unidad de atención? Señale SI, en caso de que el/la Coordinador/a o responsable del Centro ejecute el Plan anual de la unidad de atención, caso contrario señale NO.			Se verifica Anexo SD-CD-008
24	¿El/la Terapista Ocupacional tiene un informe de terapia ocupacional por cada uno de los usuarios/as? Señale SI, el/la Terapista Ocupacional tiene un informe de terapia ocupacional por cada uno de los usuarios/a, caso contrario señale NO.			Verificar Informe de Terapia Ocupacional Conforme Norma Técnica CD Componente 5.6.2 Funciones del Talento Humano/Terapista ocupacional
25	¿El/la Trabajador Social tiene un informe social actualizado por cada uno de los usuarios/as? Señale SI, el/la Trabajador Social tiene un informe social actualizado por cada uno de los usuarios/as caso contrario señale NO.			Verificar Informe social Conforme Norma Técnica CD Componente 5.6.2 Funciones del Talento Humano/Trabajador social
26	¿El/la Psicólogo/a tiene un informe psicológico individual actualizado por cada uno de los usuarios/as? Señale SI, el/la Psicólogo/a tiene un informe psicológico individual actualizado por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señale NO.			Verificar Informe psicológico Conforme Norma Técnica CD Componente 5.6.2 Funciones del Talento Humano/Psicólogo
27	¿Cuántas capacitaciones ha realizado la entidad cooperante para el personal que labora en la unidad? : Señale el casillero correspondiente SÍ, las capacitaciones han sido realizadas por la entidad cooperante para el personal que labora en la unidad, caso contrario seleccione el literal d. a) Más de 3 Capacitaciones a la fecha de visita b) Hasta 2 Capacitaciones a la fecha de visita c) Una Capacitación a la fecha de visita d) No ha realizado Capacitaciones a la fecha de visita.			Verificación in situ – Hoja de asistencia a talleres Anexo SD-CD-009
	a) Más de 3 Capacitaciones a la fecha de visita			
	b) Hasta 2 Capacitaciones a la fecha de visita			
	c) Una Capacitación a la fecha de visita			
	d) No ha realizado Capacitaciones a la fecha de visita			

	COMPONENTE 5: INFRAESTRUCTURA, AMBIENTES SEGUROS Y ACCESIBLES			
28	¿La Unidad de Atención cuenta con? Señale el casillero que corresponde SÍ, la unidad de atención cuenta con los siguientes espacios: a) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios básicos para la atención individualizada por parte de cada uno de los profesionales del equipo técnico (trabajador social, psicología, terapista físico, ocupacional), caso contrario señale NO b) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios adecuados para facilitar encuentros, reuniones y/o talleres con las personas con discapacidad y sus familias, caso contrario señale NO c) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios verdes, deportivos, de recreación (jardín y/o patio), caso contrario señale NO d) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios para huertos y práctica de jardinería accesibles, caso contrario señale NO e) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios Comunitarios, caso contrario señale NO.			Verificar con la visita in situ: Anexo SD-CD-007 Contar con fotografía de respaldo cuando se aplique la presente ficha
	a) Espacios básicos (escritorio, oficina) para la atención individualizada por parte de cada uno de los profesionales del equipo técnico (trabajador social, psicología, terapista físico, ocupacional)			
	b) Espacios adecuados para facilitar encuentros, reuniones y/o talleres con las personas con discapacidad y sus familias.			
	c) Espacios verdes, deportivos, de recreación (jardín y/o patio)			
	d) Espacios para huertos y práctica de jardinería accesibles.			
	e) Espacios Comunitarios			
29	¿La unidad de atención cuenta con las siguientes áreas para la atención a los grupos? Señale el casillero correspondiente SÍ, la unidad de atención cuenta con las siguientes áreas para la atención a los grupos: a) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacio para arte: cuenta con caballetes, bastidores de varios tamaños, pinceles, telas, papel, ., caso contrario señale NO b) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacio para actividades de la vida diaria: área para práctica de labores diarias, caso contrario señale NO c) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios para desarrollo de habilidades pre ocupacionales y pre laborales, caso contrario señale NO d) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con Espacios para recreación Interna, caso contrario señale NO.			Verificar Norma Técnica CD Componente 5.7 Ambientes seguros y accesibles/ 5.7.2 Áreas para los grupos de atención Verificar con visita in situ Contar con fotografía de respaldo cuando se aplique la presente ficha
	a) Espacio para arte: cuenta con caballetes, bastidores de varios tamaños, pinceles, telas, papel, .			
	b) Espacio para actividades de la vida diaria: área para práctica de labores diarias (cocina, baño, dormitorio)			
	c) Espacios para desarrollo de habilidades pre ocupacionales y pre laborales (talleres)			
	d)Aumentar espacios seguros para recreación interna			
30	¿La unidad de atención cuenta con una área de higiene que posee? Señale el casillero correspondiente SÍ, la unidad de atención cuenta con un área de higiene que posea: a) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Servicios higiénicos, y lavamanos accesibles, para hombres y mujeres, caso contrario señale NO b) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Duchas con agarraderas con privacidad y piso antideslizante, caso contrario señale NO.			Verificar con la visita in situ: Anexo SD-CD-007 Contar con fotografía de respaldo cuando se aplique la presente ficha
	a) Servicios higiénicos y lavamanos con apoyos, con altura accesible, para personas con discapacidad			
	b) Duchas con agarraderas con privacidad y piso antideslizante			
31	¿La unidad de atención dispone de un área de cocina equipada con? Señale el casillero correspondiente SÍ, la unidad de atención dispone de un área de cocina equipada con: a) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Cocina industrial o inducción, refrigerador y electrodomésticos para el almacenaje y procesamiento adecuado de los alimentos, así como menaje y utensilios para la preparación de alimentos, caso contrario señale NO b) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Espacios adecuados para el almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles, así como del material de limpieza y aseo, que no sean accesibles para personas con discapacidad, caso contrario señale NO c) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Mueble para implementos de aseo con sus respectivas seguridades, alejado de los alimentos, caso contrario señale NO d) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Servicio de alimentación externalizado, caso contrario señale NO.			Verificar Norma Técnica CD Componente 5.7 Contar con fotografía de respaldo cuando se aplique la presente ficha
	a) Cocina industrial o de inducción, electrodomésticos, menaje y utensilios, en buen estado de funcionamiento, para facilitar la preparación de alimentos.			
	b) Espacios adecuados para el almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles, así como del material de limpieza y aseo, que no sean accesibles para personas con discapacidad			

	c)Mueble para implementos de aseo con sus respectivas seguridades, alejado de los alimentos			
32	La unidad de atención, cuenta con una edificación que cumpla con las siguientes características: a) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Paredes limpias y sin humedad, y techos sin goteras, caso contrario señale NO b) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Edificaciones sin fisuras o grietas, con iluminación y ventilación, caso contrario señale NO c) Señale SI en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente con: Conexiones eléctricas, de agua potable y residuales en buen estado, caso contrario señale NO.			Verificar con visita in situ: Anexo SD-CD-007 Contar con fotografía de respaldo cuando se aplique la presente ficha
	a) Paredes limpias y sin humedad, y techos sin goteras			
	b) Edificaciones sin fisuras o grietas, con iluminación y ventilación			
	c) Conexiones eléctricas, de agua potable y residuales en buen estado			
33	¿La unidad de atención cuenta con permiso de bomberos actualizado y los tanques de gas se encuentran colocados en el exterior con seguridades? Señale SI, en caso de que la unidad de atención cuenta con permiso de bomberos actualizado y los tanques de gas se encuentran colocados en el exterior con seguridades, caso contrario señale NO.			Verificar con visita in situ Contar con fotografía de respaldo cuando se aplique la presente ficha
34	¿Qué acciones ha realizado la unidad de atención para poner en práctica el Plan de gestión de riesgos (Simulacros, capacitaciones personal técnico y usuarios/as, socialización a la familia y comunidad, otros) Señale SI, cuando la unidad de atención haya ejecutado acciones en base al Plan de gestión de riesgos (Simulacros, capacitaciones personal técnico y usuarios/as, socialización a la familia y comunidad, otros), caso contrario señale NO.			Verificar Registro de asistencia y respaldo fotográfico
	COMPONENTE 6: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN			
35	¿La unidad de atención informa trimestralmente sus actividades a la Dirección Distrital a la que está adscrita? Señale SI, en caso de que en la unidad de atención informe trimestralmente sus actividades a la Dirección Distrital a la que está adscrita, caso contrario señale NO.			Verificar Norma Técnica CD Componente 5.8.3 Registro de socialización o circular de la socialización de actividades
36	¿ Qué acciones ha realizado la unidad de atención para poner en práctica el Plan de gestión de riesgos (salida de emergencia, flujo de evacuación con su respectiva señalética, extintores en funcionamiento y sirena de emergencia sonora y de iluminación)? Señale SI, en caso de que en el centro cuente haya realizado acciones para poner en práctica el Plan de gestión de riesgos, caso contrario señale NO.			Contar con fotografía de respaldo cuando se hayan ejecutado las acciones
37	¿La unidad de atención cuenta un Plan de Mejoras ejecutado y/o en ejecución? Señale SI en caso de que en el centro cuente con un Plan de Mejoras ejecutado y/o en ejecución, caso contrario señale NO.			Verificar nivel de avance del Plan de mejoras Anexo- Norma Técnica de AHC Componente 5.8 Administración y Gestión Verificar a través de la circular de socialización/ memorando/quipux/correo/otros.
38	¿La unidad de atención, cuenta con Permiso de Funcionamiento vigente? Señale en el casillero correspondiente si la unidad de atención cuenta con permiso de funcionamiento, caso contrario señale el literal c. a) Vigente (No mayor a un año) b) En proceso c) Caducado/No dispone.			Permiso de Funcionamiento- verificar in situ
	a) Vigente (No mayor a un año)			
	b) En proceso			
	c) Caducado / No disponible			
39	¿La unidad de atención, ingresa, registra y actualiza información de los usuarios/as en el Sistema de Información Institucional ? Señale SI en caso de que la unidad de atención ingresa, registra y actualiza información en el Sistema Información Institucional, caso contrario señale NO.			Verificar reporte del SIIMDH/ SARA
	Total general			

Resumen de Auditoría: De la evaluación realizada a los ____ requisitos técnicos contemplados en la auditoría, se determinó que ___ cumplen estrictamente con los lineamientos establecidos, mientras que ___ presentan inconformidades. Entre los principales hallazgos y desviaciones identificadas se destacan: _____. Este desempeño representa un nivel de cumplimiento del _____% respecto al estándar auditado
ACUERDO DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN
Al firmar este documento, garantiza la veracidad de la información brindada por la unidad de atención y registrada por el técnico/a que realizó la aplicación de la ficha y corresponde a las evidencias encontradas durante la evaluación. Este acuerdo de veracidad está conforme al Acuerdo Ministerial Nro. 013 "Cero Tolerancia a la Corrupción del Ministerio de Inclusión Económica y Social" expedido el 26 de febrero de 2018.

Fecha de Auditoria (dd/mm/año) :	
Hora inicio:	
Hora fin:	
Correo del responsable de la unidad de atención:	
Nombre y Apellido del Auditor:	**Nombre del responsable de la unidad de atención:**
Cargo:	**Cargo:**