BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN SITIO Y REMOTO A UDS Y EAS	F3.G12.PP	23/04/2021
		Versión 8	Página 1 de 8
		Clasificación de la Información: Pública	

I. AGENDA DE LA VISITA

1. Presentación del profesional que realiza la verificación	SI: X	NO:
2. Socialización del objetivo de la verificación en sitio o remoto	SI: X	NO:
3. Presentación de la metodología	SI: X	NO:
4. Presentación del instrumento	SI: X	NO:

II. DATOS GENERALES

Tipo de instrumento: EAS: ☐ UDS: X

Tipo de visita: Verificación de condiciones de calidad UDS: X ☐ Verificación de obligaciones contractuales EAS: ☐ Estrategica: ☐

Modalidad:

Institucional	X
Familiar	☐
Comunitaria	☐
Propia e Intercultural	☐

Servicio:

Centro de Desarrollo Infantil: X	Hogar Infantil: ☐	Jardín Social: ☐	Hogar empresarial: ☐	HCB Múltiple: ☐	DIER: ☐	Preescolar Integral: ☐	
FAMI: ☐	DIMF: ☐						
Hogar Comunitario de Bienestar: ☐	HCB Agrupado: ☐	HCB Integral: ☐					
Forma de atención 1: ☐	Forma de atención 2: ☐	Forma de atención 3 Itinerante: ☐					

Fecha de verificación: 19/07/2021 **Hora de inicio:** 03:40 AM ☐ PM X **Hora de finalización** 04:08 AM ☐ PM X

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Gloria Cenaida Molina Osorno	42078197	Enlace de Seguimiento de Ejecución Tecnico

III. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Fundación Nuestro Nazareno

NIT: 900473478+2 **Teléfono:** 3703878772 **Correo electrónico:** gdi.prochoco.org@hotmail.com

Dirección: Calle 22 No 27-225 **Barrio / Vereda:** La Floresta **Municipio:** Dosquebradas **Departamento:** Risaralda

Nombre del Representante Legal: Cirlo Paola Garcia Delgado **Número de Identificación:** 1322440900

Teléfono: 3703878772 **Correo electrónico:** gdi.prochoco.org@hotmail.com

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 66-00-098-2021 **Fecha CASM:** 15/02/2021 **No. Cupos contratados:** 512 **Nombre supervisor del contrato:** Maria Isabel Cardenas Gomez

V. DATOS UNIDAD DE SERVICIO - UDS (no diligenciar en verificación a EAS)

Código CUENTAME: 66700004929 3 **Regional:** Risaralda **Centro Zonal:** Dosquebradas **Municipio:** Dosquebradas

Nombre Unidad de Servicio: CDI Emaus

Dirección: Carrera 20 No 20-D Avenida Molinos **Barrio / Vereda:** Los Molinos **Teléfono:** 3204438868

Tipo de Zona: Urbana: X Rural: ☐ Rural Dispersa: ☐

Responsable UDS:	No. Identificación:	Correo Electrónico:
Marylu Rodriguez Campeta	1060649043 1	cdiemaus.coordinacion@gmail.com

Cupos asignados a la UDS/UA/UCA 86

COBERTURA Y ASISTENCIA

¿El número de usuarios registrados en el CUENTAME corresponden a los cupos asignados a la UDS/UA/UCA? (Incluye los usuarios con atención bajo el esquema de alternancia y los usuarios en atención remota)	X	☐
¿El número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA bajo el esquema de alternancia corresponde a la asistencia diaria permitida?	☐	☐
¿El Número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA se encuentran registrados en el RAM y su vez en el sistema de información CUÉNTAME?	☐	☐

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO

CUANDO USTED IMPRIMA ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF (A LA LEY 1581 DE 2012)

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO

Cualquier copia impresa de este documento es considerada 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

VII. RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN - OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN

VIII. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/ENTIDAD ADMINISTRADORA QUE RECIBE LA VERIFICACIÓN

1. ¿Está de acuerdo con el desarrollo de la verificación realizada?	SI [X]	NO [ ]
2. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo el respeto y la cordialidad durante el desarrollo de esta?	SI [X]	NO [ ]
3. ¿Está de acuerdo con lo registrado en la presente acta?	SI [X]	NO [ ]
4. ¿El responsable recibe a satisfacción el acta?	SI [X]	NO [ ]

COMPONENTE / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

IX. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Gloria Cenaida Molina Osorno	42078797	Enlace Seguimiento Técnico	
Marylyz Rodriguez L.	1060649031	Coordinadora	
Daniela Salgado Garcia	1088017165	Aux. Enfermeria	Daniela Salgado

Nota 1: la verificación de las obligaciones incluidas en este instrumento, no exime a la Entidad Administradora del Servicio -EAS - del cumplimiento total de las obligaciones contenidas en el contrato para la Atención a la Primera Infancia, suscrito con el ICBF.
Nota 2: un presunto incumplimiento se configura cuando no se cumple con una obligación contractual en los plazos establecidos o se realiza de forma parcial, defectuosa, tardía o no ha dado cumplimiento por causas externas.
Nota 3: esta acta aplica tanto para verificación en sitio a UDS como a verificación remota y en sitio a EAS, según sea el caso.
Nota 4: en el apartado de observaciones registre aquellos aspectos que no se constituyen un presunto incumplimiento pero que requieren seguimiento por parte del supervisor de contratos o amplían aspectos propios del desarrollo de las verificaciones.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento no contendrá ningún 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