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
		Version 6	Página 1 de 6
		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: Verificacion de condiciones de calidad UDS: [X] Verificación de obligaciones contractuales EAS: [ ] Estratégica: [ ]

Modalidad:		Servicio:							
Institucional	[X]	Centro de Desarrollo Infantil	[X]	Hogar Infantil	[ ]	Jardin Social	[ ]	Hogar empresarial	[ ]
Familiar	[ ]	FAMI	[ ]	DIMF	[ ]				
Comunitaria	[ ]	Hogar Comunitario de Bienestar	[ ]	HCB Agrupado	[ ]	HCB Integral	[ ]		
Propia e Intercultural	[ ]	Forma de atención 1	[ ]	Forma de atención 2	[ ]	Forma de atención 3 Itinerante	[ ]		

HCB Multiple	[ ]	DIER	[ ]	Preescolar Integral	[ ]

Fecha de verificación: 19/07/2022 Hora de Inicio: 04:30 AM [ ] PM [X] Hora de finalización: 04:59 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación: Gloria Cruvida Molina Osorio No. Identificación: 42078797 Cargo: Enlace de Seguimiento de Ejecución Técnico

Nombre profesional encargado de la verificación: No. Identificación: Cargo:

Nombre profesional encargado de la verificación: No. Identificación: Cargo:

III. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Fundación Nuestro Nazareno

NIT: 900473478-2 Teléfono: 3103978172 Correo electrónico: fnd.ptrocha.org@hotmail.com

Dirección: Calle 32 No 27-225 Barrio / Vereda: La Pradera Municipio: Dosquebradas Departamento: Risaralda

Nombre del Representante Legal: Cielo Paola Garcia Delgado Número de Identificación: 1.152440900

Teléfono: 3103978172 Correo electrónico: fnd.ptrocha.org@hotmail.com

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 66-00-098-2021 Fecha CASM: 15/02/2022 No. Cupos contratados: 522 Nombre supervisor del contrato: Maria Isabel Cardenas Gomez

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

Código CUÉNTAME: 66700022292O Regional: Risaralda Centro Zonal: Dosquebradas Municipio: Dosquebradas

Nombre Unidad de Servicio: EDI La Aurora

Dirección: Carrera 20 No 27-46 Barrio / Vereda: Aurora Baja Teléfono: 3163647457

Tipo de Zona: Urbana: [X] Rural: [ ] Rural Dispersa: [ ]

Responsable UDS: Maria del Pilar Rivera Galvez No. Identificación: 1088241333 Correo Electrónico: coordinacionedi.laaurora@gmail.com

Cupos asignados a la UDS/UA/UCA: 176

COBERTURA Y ASISTENCIA

¿El número de usuarios registrados en el CUÉNTAME 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

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO

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. DETALLE DE 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 Consuelo Molina Osorno	42 061879 71	Enlace Seguimiento Técnico G y R	
Mario Del Pilar Rivera Báez	1 088241332.	Coordinador Pedagógico	

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 se considera 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