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 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: Verificación de condiciones de calidad UDS: [X] Verificación de obligaciones contractuales EAS: [ ] Estratégica: [ ]

Modalidad:
- Institucional [ ]
- Familiar [ ]
- Comunitaria [X]
- Propia e Intercultural [ ]

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

Fecha de verificación: 12/04/2021 Hora de inicio: 07 : 00 AM [ ] PM [X] Hora de finalización: 01 : 30 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Celsa Sayi Perea S.	35189998	Enlace Sgto ejecucion Técnico

III. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Consejo Comunitario de la Comunidad Pio Cajambre

NIT: 8305008321 Teléfono: 3117898222 Correo electrónico: cccajambre@yahoo.com

Dirección: Cra 41 No. 4-39 Barrio / Vereda: Modelo Municipio: BHura Departamento: Valle

Nombre del Representante Legal: Gustavo Cuero Valencia Número de Identificación: 16501349

Teléfono: 3117898222 Correo electrónico: cccajambre@yahoo.com

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM:	Fecha CASM:	No. Cupos contratados:	Nombre supervisor del contrato:
739	11/12/2020	280	Darling Palacios Lopez

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

Código CUÉNTAME: 76109000691391 Regional: Valle Centro Zonal: BHura Municipio: BHura

Nombre Unidad de Servicio: El Arbolito

Dirección: Calle 6 No. 52-30 Barrio / Vereda: Transformación Teléfono: 3216405887

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

Responsable UDS:	No. Identificación:	Correo Electrónico:
Sandra Milena Campaz	1130665330	cccajambre@yahoo.com

Cupos asignados a la UDS/UA/UCA: 10

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) 00

¿El número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA bajo el esquema de alternancia corresponde a la asistencia diaria permitida? 00

¿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? 00

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO
		La Visita Se realizo en el punto de acopio, Se destapa la ración para preparar y Se establaca que tienen los gramajes adecuados, que Sus fechas de vecimiento Son Vigentes y las condiciones organolépticas Son adecuados. Al destapar la bolsa Se comprobó que dentro de ella esta al listado de cada producto con los gramajes. Se pudo establecar que la ración para preparar RPP cumple con lo establecido en la minuta patron aprobada por el ICBF.		

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

COMPONENTE / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

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	F3.012.PP	23/04/2021
		Versión 6	Página 6 de 6
		Clasificación de la información: Pública	

CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
José Silva Arboleda	76498[illegible]3	Administrador	
Celsa Sayi Perea S.	35389998	Enlace Tecnico	Celsa Perea

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: este 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!
[illegible]