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	22/04/2021
		Versión 8	Página 1 de 6
		Clasificación de la información: Pública	

I. AGENDA DE LA VISITA

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

II. DATOS GENERALES

Tipo de Instrumento: EAS ☐ UDS ✓

Tipo de visita: Verificación de condiciones de calidad UDS: ✓ Verificación de obligaciones contractuales EAS: ☐ Estratégica: ☐

Modalidad:
- Institucional ☐
- Familiar ☐
- Comunitario ✓
- Propio e Intercultural ☐

Servicio:
- Centro de Desarrollo Infantil ☐
- 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: 15/09/2021 Hora de inicio: 08 : 00 AM ✓ PM ☐ Hora de finalización 09 : 00 AM ☐ PM ✓

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Brayan Muñano	1006188769	Tecnico

III. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: CCC Negra del río Cajambre

NIT: 835010083121 Teléfono: 3117848227 Correo electrónico: cccajambre@yahoo.com

Dirección: Cra 41 # 4-39 Barrio / Vereda: El modelo Municipio: Buenaventura Departamento: Valle

Nombre del Representante Legal: Gustavo Cuero Valencia Número de Identificación: 16301349

Teléfono: 3216405881 Correo electrónico: cccajambre@yahoo.com

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM:	Fecha CASM:	No. Cupos contratados:	Nombre supervisor del contrato:
739	1/12/2020	2500	Darling palacios lopez

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

Código CUENTAME: 761090006970 Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Unidad de Servicio: Los chiriminez

Dirección: Avenida simon Bolivar #52-30 Barrio / Vereda: Transformacion Teléfono: 3216405881

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

Responsable UDS:	No. Identificación:	Correo Electrónico:
Benigna casquite cuero	31831198	cccajambre@yahoo.com

Cupos asignados a la UDS/UAA/UCA: 10

COBERTURA Y ASISTENCIA

¿El número de usuarios registrados en el CUÉNTAME corresponden a los cupos asignados a la UDS/UAA/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/UAA/UCA bajo el esquema de alternancia corresponde a la asistencia diaria permitida?	
¿El Número total de usuarios presentes en la UDS/UAA/UCA se encuentran registrados en el RAM y asu vez en el sistema de información CUÉNTAME?	

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

Escaneado con CamScanner

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 | 22/56
Versión 4 | Página
Clasificación de la Informa
Públicas

PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO
		Se realizo el proceso de verificacion en el punto de acopio, evidenciado que la RPP revisada cumple con lo establecido en la minuta patron del ICBF		

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

Escaneado con CamScanner

VII. CIERRE DE VERIFICACIÓN - OBSERVACIONES DEL PROFECIONAL 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

Escaneado con CamScanner

7. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Jaxsi Vivian Arboleda M	1 6 4 9 2 1 1 7	administrador	
Brayan Montaño Perea	1006178876	Técnico	

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 consideren un presunto incumplimiento pero que requieren seguimiento por parte del supervisor de contratos o amplíen aspectos propios del desarrollo de las verificaciones.

Escaneado con CamScanner