BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN SITIO Y REMOTO A UDS-UA-UCA Y EAS

F3.C12.PF	11/10/2021
Versión 7	Página 1 de 6
Clasificación de la información: Pública	

I. AGENDA DE LA VISITA

1. Presentación del profesional que realiza 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 ☐
- Comunitaria ☑
- Propia e Intercultural ☐

Servicio:
- Centro de Desarrollo Infantil ☐
- Hogar Infantil ☐
- Jardín Social ☐
- Hogar empresarial ☐
- HCB Múltiple ☐
- DIIER ☐
- 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: 24/11/2021 Hora de inicio: 08:00 AM ☑ PM ☐ Hora de finalización: 10:00 AM ☑ PM ☐

Nombre profesional encargado de la verificación: Lily Amelia Chaux No. Identificación: 1144[illegible] Cargo: 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: Consejo Comunitario de la Comunidad Negra Cajambre

NIT: X[illegible]8 Teléfono: 3117898242 Correo electrónico: cccajambre@yahoo.com

Dirección: Cra 41 # 4-34 Barrio / Vereda: Modelo Municipio: Buga Departamento: Valle

Nombre del Representante Legal: Gustavo Cuero Valencia

Teléfono: 3216405887 Correo electrónico: cccajambre@yahoo.com Número de Identificación: 16501349

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 76000734202 Fecha CASM: 1/12/2020 No. Cupos contratados: 180 Nombre supervisor/interventor del contrato: Darling Palacios

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

Código CUENTAME: 76000000694006 Regional: Valle Centro Zonal: Buga Municipio: Buga

Nombre Unidad de Servicio: Marinero 1

Dirección: Río Cajambre Barrio / Vereda: Pital Teléfono: 3216405887

Tipo de Zona: Urbana: - ☑ Rural: ☐ Rural Dispersa: ☑

Responsable UDS: Rosa Nelly Bravo No. Identificación: 51860048 Correo Electrónico: cccajambre@yahoo.com

Cupos asignados a la UDS/UA/UCA: 10

COBERTURA Y ASISTENCIA

¿El número de usuarios registrados en el CUENTAME corresponden a los cupos asignados a la UDS/UA/UCA/EAS?	SI	NO
¿El número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA/EAS cumple con la asistencia diaria permitida?.	SI	NO
¿El Número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA/EAS se encuentran registrados en el RAM y su vez en el sistema de información CUENTAME?	SI	NO

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE/ OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO DE VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE PRESUNTO INCUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
			EAS	OTRO
		La Verificación Se realizó en la UDS, al llegar, Se Procedió a destapar la RPP, y Se logró establecer que la Ración para Preparar, está Completa, en óptimas Condiciones Organolépticas, Cada Producto Contiene el gramaje establecido en la minuta aprobada Por el ICBF. Se evidencia en cada bolsa los logos y el listado de los Productos que Contiene y Sus respectivos Gramajes. Los fechas de Vencimiento están Vigentes y Cada Producto tiene apariencia adecuada (Limpios, y sin olor desagradable).		

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

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 [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 [ ]	NO [X]

COMPONENTE/OBLIGACIÓN CONTRACTUAL / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE/OBLIGACIÓN CONTRACTUAL / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE/OBLIGACION CONTRACTUAL / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

DE CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMA

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Rosa Nelly Brava	57860048	madre comunita	Rosa
Luz Amelia Chavez	29229108	Tecnico	

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/condiciones de calidad 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/interventor de contratos o amplían aspectos propios del desarrollo de las verificaciones.