	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F3.IN14.MO12.PP	8/03/2022
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS	Versión 2	Página 1 de 4
		Clasificación de la información: Pública	

I. DATOS GENERALES

Tipo de instrumento: EAS ☐ UDS ☒

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

Modalidad:

Institucional	☐	Servicio: Centro de Desarrollo Infantil	☐	Hogar Infantil	☐	Jardín Social	☐	Hogar empresarial ☐	HCB Múltiple ☐ CIER ☐
Familiar	☒	HCB FAMI	☐	DIMF	☒	EIR	☐		
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	☐		

Fecha de verificación: 18/04/2024 Hora de inicio: 11 : 00 AM ☒ PM ☐ Hora de finalización: 08 : 00 AM ☐ PM ☒

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Jenny F. Sierra Lopez	35354663	Enlace Tecnico Supervisora

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Fundación Mujeres de nuestro Futuro NIT: 900845972-9

III. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 2500247 2024 No. Cupos contratados: 736

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

Código CUÉNTAME: 25286001379 28 Regional: Cundinamarca Centro Zonal: Facatativa

Nombre Unidad de Servicio: Ciudad Jardín 1

V. COBERTURA Y ASISTENCIA EN LA UDS/UA/UCA (no diligenciar en verificación a EAS)

Registre el total de cupos asignados a la UDS/UA/UCA	18
Registre el número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA al momento de la verificación. (debe realizar el conteo de asistencia de los usuarios en cada espacio pedagógico)	5
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?	SI ☒ NO ☐
¿Los usuarios registrados en el RAM corresponden a los usuarios presentes en la Unidad al momento de la verificación?	SI ☒ NO ☐
¿ El Número total de usuarios presentes en la UDS se encuentran registrados en el RAM y su vez en el sistema de información CUÉNTAME?	SI ☒ NO ☐

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

Powered by CamScanner

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

DIMENSIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

Powered by CamScanner

SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

Powered by CamScanner

VII. OBSERVACIONES DURANTE LA VERIFICACIÓN

Instrucción: Describa diferentes situaciones identificadas durantes el desarrollo de la verificación, en las cuales intervienen agentes/actores externos necesarios para garantizar la atención a los usuarios en condiciones de calidad y el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la EAS, así como situaciones adicionales que el profesional que realiza la verificación considere. Nota: Detalle el agente/actor involucrado en la situación.

El salón se encuentra con los Techos deteriorados, se arreglo humedad, pendiente realizaron arreglo de la pintura. Salón de propiedad de ASOCIACION JAC.. Cambio Salsa.

VIII. 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 de atender la verificación recibe a satisfacción el acta?	SI ✓	NO
5. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo los protocolos de bioseguridad durante la permanencia de la visita?	SI ✓	NO

Instrucción: En caso que la EAS no esté de acuerdo con alguna situación descrita en el acta, por favor indique las razones que motivan su desacuerdo:

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	

IX. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Jorge E. Sarria López	3337446 3	Enlace Técnico Sup	
Adriana Patricia Carzón Suarez	35393602	Agente Educativa	
Margarita Jimenez Villalobos	1069480125	Auxiliar pedagogica	
Edith Hasquera Rivera	39059539	Coordinadora. P	

Nota 1: la verificación de las obligaciones incluidas en en esta acta, 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: este acta aplica para verificación de las condiciones de calidad y obligaciones contractuales a UDS/UA/UCA y EAS.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN MUJERES DE NUESTRO FUTURO FUMUNFU
NIT: 900845972-5 NUMERO DE CONTRATO: 25002472024
MES: ABRIL AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: Cundinamarca Centro Zonal: FACATATIVA Municipio: FUNZA
Nombre Agente Educativo (a): ADRIANA GARZON CC. 35 393 602
Código CUENTAME UDS: 2528600137928 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CIUDAD JARDIN 1
Dirección UDS: ASOVICTUJAR SALON COMUNAL CAMPAMENTO Teléfono UDS: 3152913808

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
1	RC	1074348014	ROBERT	FELIPE	DIAZ	BOBADILLA	2	5		A	A				A					I													
2	RC	1246798944	IAN	SANTIAGO	AREVALO	MORENO	1	9		A		A			A					A													
3	RC	1246799027	ELIAM	DANIEL	GONZALEZ	RUIZ	1	8		A		A			A					A													
4	RC	1246799459	PIA	NAIROBI	LOZANO	GOMEZ	1	3		I		A			A					A													
5	RC	1246799970	ALISSON	GUADALUPE	DIAZ	BOBADILLA	0	6		A	A				A					I													
6	RC	1249368174	JAHIDER	SANTIAGO	ESTRADA	PEREZ	1	10		I					I					I													
7	RC	1246800139	NOAH	EMILIO	JIMENEZ	PEDUELA	0	4												I													
8	CC	1193519662	YENNI	PAOLA	QUEVEDO	GUZMAN	23	3												A													
9	CC	1025141386	DIANA	MARCELA	VANEGAS	FIERRO	19	10												A													
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Edith Mosquera
COORDINADOR(A) EA

Adriana Garzon
RESPONSABLE DE GRUPO

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner