L

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F3.IN14.MO12.FP	8/03/2022
Versión 2	Página 1 de 4
Clasificación de la información: Pública	

I. 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:		Servicio:									
Institucional	[ ]	Centro de Desarrollo Infantil	[ ]	Hogar Infantil	[ ]	Jardín Social	[ ]	Hogar empresarial	[ ]	HCB Múltiple	[ ]	DIER	[ ]
Familiar	[X]	HCB FAMI	[ ]	DIMF	[X]	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: 17/04/2024 Hora de inicio: 8 : 00 AM [X] PM [ ] Hora de finalización: 10 : 30 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Gloria Corrales Díaz	35524131	Enlace a la Supervisión

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Fundación Hijos de nuestro futuro NIT: 900845725-5

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: 25286111 5744 Regional: Cundinamarca Centro Zonal: Facatativá

Nombre Unidad de Servicio: Provincia de 2

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	19	
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)	10	
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?	SI [ ]	NO [X]
¿Los usuarios registrados en el RAM corresponden a los usuarios presentes en la Unidad al momento de la verificación?	SI [X]	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 [X]	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

Cualquier copia impresa de este documento se considera no controlada COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afecten 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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ISBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

Segon Visita realizada el dia de hoy a UDS de Condiciones de calidad y Obligaciones Contractua les No se dejan observaciones/ Novedad

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	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
Gisselle Consuelo Diaz	35521418	Enlace a la SUPD	
Mariela Comacho Murcia	52486833	Agente Educativa	

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: esta acta aplica para verificación de las condiciones de calidad y obligaciones contractuales a UDS/UAIUCA y EAS

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO SEGUIMIENTO A ATENCIONES PRIORIZADAS	F2.IN14.MO12.PP	1/02/2022
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

MUESTRA DE CARPETAS USUARIOS

NOMBRE DE LA UDS/UA/UCA:	Rovioteade 2	CÓDIGO DE LA UDS:	25286111744

Instrucción: Señale con una X las opciones de respuesta, de acuerdo a lo verificado en cada una de las carpetas que hacen parte de la muestra documental de la UDS/UA/UCA

N°	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE	NIÑO O NIÑA	MUJER GESTANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA/MUJER GESTANTE				AFILIACIÓN AL SGSSS (ADRES O CARNET)					FOTOCOPIA DE CARNÉ O CERTIFICADO DE VACUNAS DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE					CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO O CONTROL PRENATAL					TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS				ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA DEL DESARROLLO (EVCD-R)			
							CUENTA CON EL DOCUMENTO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON LA TOMA EN EL FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS	NO CUENTA CON LA TOMA	CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA CARGADA EN EL CUENTAME (DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS ANTERIORES O POSTERIORES A LA ÚLTIMA TOMA)	NO CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA CARGADA EN CUÉNTAME	CUENTA CON LA EVCD-R CORRECTAMENTE APLICADA	EL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTA DE EVCD-R ESTA DESACTUALIZADO	NO CUENTA CON LA APLICACIÓN DEL FORMATO REGISTRO Y TESPUESTA DE LA ECVD-R	CUENTA CON SOPORTES DEL SEGUIMIENTO AL DESARROLLO
1	Dolch Gonzalez	A		1246799146	24/08/22	1	X				A					X					X					X				NA			NA
2	Valeria Vargas		X	1033799439	06/08/97	33	X				X					X					X					X				NA			NA
3	Itaee Morales	X		1246799235	14/05/23	11M	X				X					X					X					X				NA			NA
4	Thiago Gelles	X		1073531566	02/02/24	3	X				X					X					X					X				NA			NA
5	Ashley Hernandez	X		1246800832	25/10/23	6M	A				A					A					A					A				NA			NA
6	Evelyn Gaitan	A		1073531369	25/4/20	3	A				X					A					A					A				NA			NA
7	Dan Oviedo	A		1246798658	06/09/22	2	A				A					A					A					A				NA			NA
8	Isaac Raez	X		7085260	13/07/22	1	X				A					X					X					X				NA			NA
9	Danna Hoyos	A		1246799611	18/03/23	1	X				X					X					X					X				NA			NA
10	Daiver Hoyos	X		1246800282	08/02/24	2H	A				A					X					X					A				NA			NA
11	Kevin Gonzalez	A	X	1015995319	08/03/04	20A	X				A					A					A					NA				NA			NA
12	Sara Hernandez	A		1016121349	28/12/21	2	A				A					A					A					NA				NA			NA
13																																	
14																																	
15																																	

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO SEGUIMIENTO TALENTO HUMANO DE LAS EAS	F1.IN14.MO12.PP	1/02/2022
		Versión: 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

MUESTRA DE CARPETAS TALENTO HUMANO

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTADORA DEL SERVICIO : Fundacion Hijitos de nuestro Corazon | **NIT DE LA EAS:** 900895972-5 | **No. CASM:** 25002472029

N°	NOMBRE COMPLETO TALENTO HUMANO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO (firma del contrato)	CARGO	PERFIL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CERTIFICADOS DE ESTUDIOS		TARJETA PROFESIONAL O DE REGISTRO PROFESIONAL O TECNOLÓGICO (SI APLICA)			COPIA DEL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS)			CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL		CONTRATO LEGAL FIRMADO Y VIGENTE		AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (PENSIONES, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES)		ANTECEDENTES JUDICIALES, DISCIPLINARIOS Y DE RESPONSABILIDAD FISCAL ACTUALIZADOS		CERTIFICADO DEL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC) DE LA POLICÍA NACIONAL		EXÁMEN PRE-OCUPACIONAL Y CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS [aplica para las manipuladoras de alimentos y madres comunitarias]			TALENTO HUMANO REPORTADO EN EL CUÉNTAME	
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	N/A	SI	NO	NA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NA	SI	NO
1	Maycla Carrasco	52486833	09/03/24	AE	P1	X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			4	
2	Nobis Sosa	35394071	09/03/24	AP	P1	X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			4	
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO:

CARGO: Coordinador **CD** o Director del servicio hogar infantil **DHI**, Auxiliar administrativo **AA**, Agentes educativos **AE**, Auxiliar pedagógico **AP**, Profesional psicosocial **PP**, Profesional en Salud y Nutrición **PSN**, Auxiliar de servicios generales **ASG**, Manipulador de alimentos **MA**, Madre Comunitaria **MC**, Agente Educativo Comunitario **AEC** y Dinamizador Comunitario **DC (el perfil AEC y DC aplica para la Modalidad Propia e Intercultural)**

PERFIL: Coodinador (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Auxiliar administrativo (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Agentes educativos (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo 1 - **PO1**, Perfil 2 - **P2**), Auxiliar pedagógico (perfil 1 - **P1**, Perfil 2 - **P2**, Perfil optativo 2 - **PO2**), Profesional psicosocial (perfil 1 - **P1**, Perfil 2 - **P2**), Profesional en Salud y Nutrición (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo 1 - **PO1**, perfil 2 - **P2**, Perfil optativo 2 - **PO2**), Auxiliar de servicios generales **ASG**, Manipulador de alimentos (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Madre Comunitaria **MC**, Agente Educativo Comunitario **AEC** (perfil 1 - P1, perfil optativo -**PO** y Dinamizador Comunitario **DC (el perfil AEC y DC aplica para la Modalidad Propia e Intercultural)**

NOTA 1: Verifique que el talento humano se ajusta a los perfiles exigidos o perfiles optativos, de acuerdo con cargo y según lo solicitado en la tabla perfiles de los cargos dispuesto en el estándar 30 de los Manuales Operativos Para la Atención a la Primera Infancia.

NOTA 2: Para los casos donde se encuentre un perfil optativo, verifique la validación en acta de comite Técnico Operativo.

NOTA 3: Verifique que el número de personas contratadas, asegura la atención del total de niñas y niños de acuerdo con las tablas de proporción del talento humano establecidas.

17 Leg

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN MUJERES DE NUESTRO FUTURO FUMUNFU

NIT: 900845972-5 NÚMERO DE CONTRATO 25002472024

MES: ABRIL AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: Cundinamarca Centro Zonal:FACATATIVA Municipio: FUNZA

Nombre Agente Educativo (a). MARIELA CAMACHO MURCIA CC. 52486833

Código CUENTAME UDS: 252861115744 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PROVIVIENDA 2

Dirección UDS: CLL 12 # 28A - 14/22 SIETE TROJES Teléfono UDS: 3124290860

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									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			
01	RC	1246800032	ASHLEY	NICOLL	HERNANDEZ	FORERO	0	5			A	A				A					A															
02	C.C.	1033799439	LORENA		VARGAS	HERNANDEZ	26	8			A					A					A															
03	RC	1073531369	EVELYN	CELESTE	GAITAN	DUQUE	3	5			A					A	A				A															
04	RC	1073531566	THIAGO		CUELLAR	PINEDA	3	2			A					A	A				A															
05	RC	1246798653	JUAN	ESTEBAN	OVIEDO	PACHECO	2	0			A					A	A				I															
06	RC	1246799146	DARAH	IZABELA	GONZALEZ	BARAJAS	1	8			A					A					A															
07	RC	1246799611	DANNA	SOFIA	MUÑOZ	ROJAS	1	1			A					A					A															
08	RC	1246799735	HADEE	SOFIA	MONGUI	LEMUS	0	11			A					A					I															
09	PPT	7085260	Ericson	Isaac	Rodriguez	Rodriguez					A					A					A															
10	Rc	1016121349	Sara	Maria	Hernandez	Beltran	2	4													A															
11	cc	1015993319	Karen	Natalia	Gonzalez	Sanchez	20														A															
12	Rc	1246800282	Deiver	Mateo	Murillo	Acero		2													A															
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

Mariela Camacho Murcia
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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner