

 BIENESTAR FAMILIAR	<small>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</small> FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS		<small>F3JN14.M012.PP</small> 8032222
			<small>Versión 2</small> Página 1 de 4

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 ☐	DIER ☐
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: **08/08/2024** Hora de inicio: **08:00** AM ☒ PM ☐ Hora de finalización: **11:30** AM ☐ PM ☒

Nombre profesional encargado de la verificación: Luz Martha Ramirez Bavo	No. Identificación: 1070623254	Cargo: Enlace Seguimiento Técnico
Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: **Corporación Infancia y Desarrollo la CUD.** NIT: **830082544**

III. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: **23002172024** No. Cupos contratados: **1048**

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

Código CUÉNTAME: **2581500133556** Regional: **Cundinamarca** Centro Zonal: **Girardot**

Nombre Unidad de Servicio: **La Colorada**

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: **21**

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): **8**

¿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
Entornos Educativos Protectores	4.5	5	No se evidenció en el plano de evacuación los riesgos identificados en la unidad de atención con las convenciones.
Entornos Educativos Protectores	3.43	37	No se evidenció las novedades actualizadas del mes de julio frente al seguimiento de las atenciones prioritarias.
Familia Comunitaria Redes Sociales	1	44	No se evidencia el registro civil del participante E. S. H. 6. No se observaron medidas y compromisos se realizó la subsección al finalizar la visita.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS		FJUN143M012 PP E03/2012
			Versión 2 Página 2 de 4
	Clasificación de la Información: Pública		
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
Salud Nutrición	10	46	Se observa desactualizado soporte de vacunación Integral No se observa novedades y compromisos. M. V. P. - control prenatal S. S. A. U. L. F. C. U. L. U. P. V. J. S. A. V
Salud Nutrición	11	47	El soporte de vacunación se observa desactualizado D. M. G. T - vacunos 4 meses (Se subsana).
		52	No se realizó la desvinculación del sistema de información Cuantome de los participantes A continuación: 2. M. M. G. x M. L. G. G.
<div style="position: relative; width: 100%; height: 100%;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>			

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		F3.N14.MQ12.PP	8/03/2022
	FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS		Versión 2	Página 3 de 4
			Clasificación de la Información: Pública	
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	



VII. OBSERVACIONES DURANTE LA VERIFICACIÓN

Instrucción: Describa diferentes situaciones identificadas durante 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.

Se realiza la Socialización del Acta al Talento Humano.

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
Luz Melba Ramirez Bravo	1070623254	Abalc Segimiento T2	
Luz Angela Gutierrez	21917538	Aux. Pedagógica	
Diana Mayriza SSSP	1673625746	PSICÓLOGA	
Diana Magdalena Brincón Mejía	210191095	Agente Educativa	

Nota 1: la verificación de las obligaciones incluidas en esta acta, no es de 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/UAUCA y EAS.