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.PP | 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 [X]	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: 11/07/2024 Hora de inicio: 09 : 00 AM [X] PM [ ] Hora de finalización: 01 : 00 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Juana Marcela Gonzalez Acevedo	33677822	Enlace de seguimiento tecnico

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Asociación de HCB y otras modalidades Paso 3 NIT: 800143122

III. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 50002052024 No. Cupos contratados: 312

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

Código CUÉNTAME: 50001000122649 Regional: Meta Centro Zonal: Villavicencio 1

Nombre Unidad de Servicio: mi mundo magico

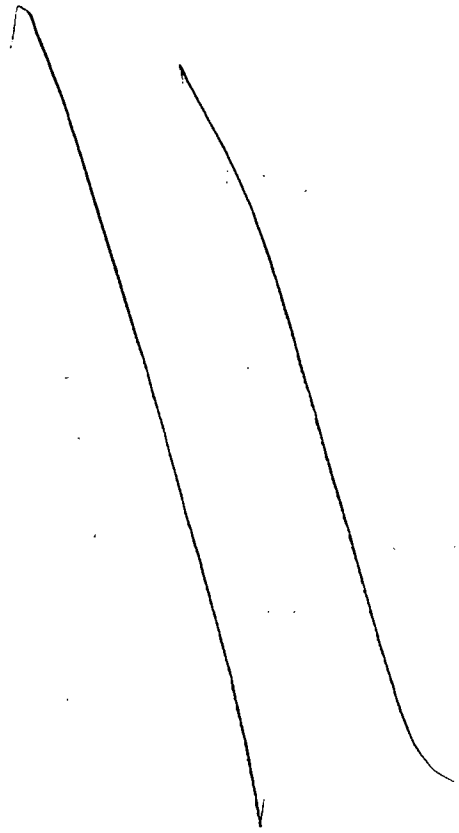
V. COBERTURA Y ASISTENCIA EN LA UDS/UA/UCA (no diligenciar en verificación a EAS)

Registre el total de cupos asignados a la UDS/UA/UCA	4
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)	3
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?	SI [X] NO [ ]
¿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.

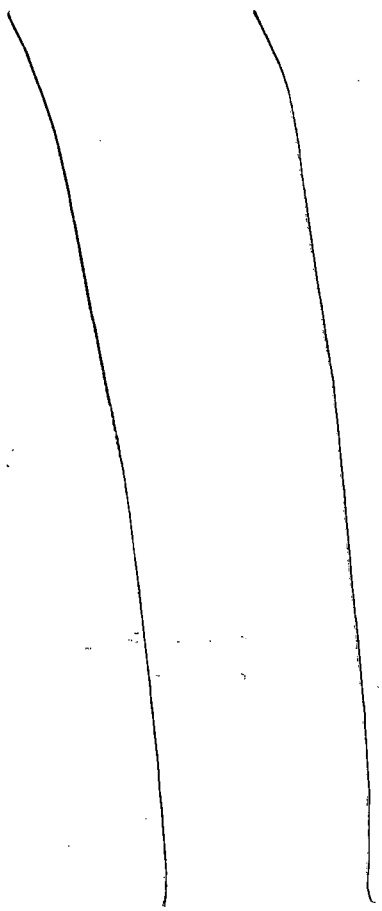
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTANDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
8 y 20	11	51	Se evidencia desactualizado carné de vacunas de Axel Sebastian Arias.



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 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.

Se evidencia asistencia del grupo etario de 1-2 años

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 [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 de atender la verificación recibe a satisfacción el acta?	SI [X]	NO [ ]
5. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo los protocolos de bioseguridad durante la permanencia de la visita?	SI [X]	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
Juliana Marcela Gómez Acevedo	33677822	Enlace de seguimiento técnico	JULIANA GÓMEZ
Monica Londoño Villegas	40326908	Madre fami	

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/UA/UCA 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: Mi mundo magico

CÓDIGO DE LA UDS: 5000100012249

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

Nº	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					FORMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS				ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA DEL DESARROLLO (EVCD-P)			
							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 ESTÁ DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTÁ 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 ESTÁ DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	SE CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LA HISTORIA CLÍNICA O EN EL FORMATO DE REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA ESTRATEGIA	NO CUENTA CON LA TOMA	SE CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LA HISTORIA CLÍNICA O EN EL FORMATO DE REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA ESTRATEGIA, PERO NO SE REALIZÓ EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS (CONSIDERANDO LAS ATENCIONES O POSTERGANDO LA TOMA)	NO CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LA HISTORIA CLÍNICA O EN EL FORMATO DE REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA ESTRATEGIA	CUENTA CON LA ESCALA DILIGENCIADA APLICADA	EL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTA DE ESCALA ESTÁ DESACTUALIZADO	NO CUENTA CON LA APLICACIÓN DEL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTA DE LA ESCALA	CUENTA CON REPORTES DE SEGUIMIENTO AL DESARROLLO
1	Marta Victoria Quevedo Mican	X		1122982878	14/04/2023	1A	X				X				X				X				X		X		NA			X
2	Yariel Yosuet Ramirez Ortiz	X		1234795868	03/06/2024	1m	X				X				X				X				X		X		NA			X
3	Dara Shaddai morelo Campo	X		1234795470	26/07/2023	11m	X				X				X				X				X		X		X			X
4	Ayel Sebastian Arias Diaz	X		1121983622	8/07/2023	1A	X				X					X			X				X		X		X			X
5	David Santiago Calderon Rodriguez	X		1123822791	07/12/2022	1A, 7m	X				X				X				X				X		X		X			X
6	Aaron Mathias Tocora Rey	X		1121982995	24/04/2023	1A, 2m	X				X				X				X				X		X		X			X
7	Dominic mathias Parrado Estrada	X		1234795187	18/01/2023	1A, 7m	X				X				X				X				X		X		X			X
8	Cynthia Ohamora Peña Arias	X		1234795458	19/07/2023	11m	X				X				X				X				X		X		X			X
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														

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

Fecha:

Fecha:

os niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina
6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
		42 meses	
		48 meses	
		54 meses	
		60 meses	
		64 meses	

os los niños se debe realizar toma de TSH al momento
e para estudio de hipotiroidismo.

ortado TSH:

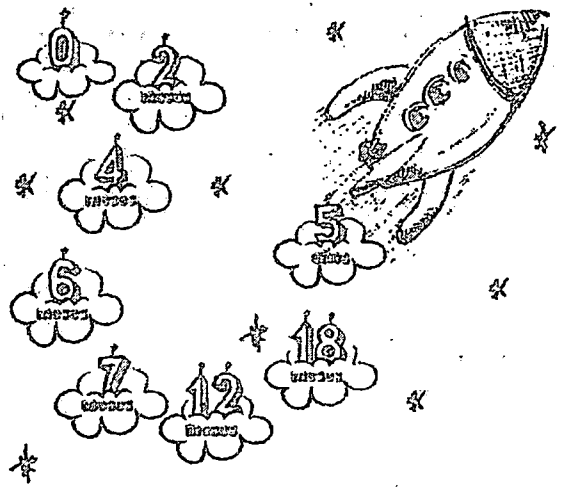
ificación:

al que verificó:

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones
www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Axel Sebastian Arias Diaz
Fecha de nacimiento: 8-7-2014
Nº de certificado de nacido vivo: 220-M31-14751
Registro civil:
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3760
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Mary Diaz
Municipio de residencia: Vigia
Departamento: Huila

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Axel Sebastian Arias Diaz Registro Civil:

Edad	Vacunas	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de Lote	Próxima Cita (Día Mes Año)	Nombre y Firma Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI [ ] No [ ]					
	Tuberculosis B.C.G.	Única	8-7-23	Serum	03HMA003	se vuimedica	Abel
	Hepatitis B	Recién nacido	8-7-23	serum	03IQD13D	se vuimedica	
	Lactancia materna exclusiva	SI [ ] No [ ]					
2 Meses	Polio (Oral - IM)	1ª	11/09/23	Bithoven	223400 1A		Ingrid Ortiz
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	11/09/23	Serum	2851Y033D	Porfa	
	Rotavirus	1ª	11/09/23	Gsk	A601PO 9344		
	Neumococo	1ª	11/09/23	Pfizer	FRU893		
	Lactancia materna exclusiva	SI [ ] No [ ]					
4 Meses	Polio (Oral - IM)	2ª	11/01/24	Bithoven	223500 1A		Ingrid Ortiz
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	11/01/24	Serum	2852X003A	Porfa	
	Rotavirus	2ª	11/01/24	Gsk	A601D466AB		
	Neumococo	2ª	11/01/24	Pfizer	6J8635		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años o inicie alimentación complementaria nutritiva.						INGRID ORTIZ
	Polio (Oral - IM)	3ª	01-04-24	BITHOVEN	223001A	PORFA	INGRID ORTIZ.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	01-04-24	SERUM	2852X034	PORFA	INGRID O
7 Meses	Influenza	1ª	23/05/24	Bitanten	24009379	Porfa	Ingrid
	Influenza	2ª	23/07/24	Butanten	24009379	porfa	Ingrid
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	23/07/24	Serum	0153N002A	porfa	Ingrid
	Fiebre Amarilla	1ª	23/07/24	Sanofi	X3A871V	porfa	Ingrid
	Neumococo	Refuerzo	23/07/24	Pfizer	6X1912 1	porfa	
	Influenza	Anual					
	Hepatitis A	ÚNICA	23/07/24	Sinovac	20220704 1	porfa	Ingrid
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo					
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo					
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo					
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo					
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo					
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					
	VPH	2ª					
	VPH	3ª					
	Varicela		23/07/24	MSD	K027615	porfa	Ingrid
Vacunas complementarias y otras dosis							

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner