## 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:**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | [ ] | | | | | | |

**Servicio:**

**Fecha de verificación** 24/09/2024 **Hora de inicio:** 09 : 10 AM [X] PM [ ] **Hora de finalización** 03 : 00 AM [ ] PM [X]

| Nombre profesional encargado de la verificación: | No. Identificación: | Cargo: |
|---|---|---|
| DAYANA STEPHANIA ROSERO PALACIOS | 1233193889 | SEGUIMIENTO A LA EJECUCIPON TÉCNICA |
| | | |
| | | |

## II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

**Nombre Entidad Administradora del Servicio:** FUNDACIÓN EDUCADORA INFANTIL CARLA CRISTINA **NIT:** 890901524

## III. DATOS DEL CONTRATO

**No. CASM:** 05005922024 **No. Cupos contratados:** 1074

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

**Código CUÉNTAME:** 058091148658 **Regional:** ANTIOQUIA **Centro Zonal:** ABURRÁ SUR

**Nombre Unidad de Servicio:** CER VOLCANCITOS


¡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 IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012

| 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 | 10 | |
| 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) | 9 | |
| ¿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 |
|---|---|---|---|
| AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES | 46 | 1 | La UA no cuenta con el aviso visible en el exterior. |
| AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES | 46 | 5 | No se observa rutas de evacuación señalizadas. |
| AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES | 45 | 6 | No se observa cuerdas de evacuación. |
| FAMILIA, COMUNIDAD Y REDES SOCIALES | 1 | 44 | Un beneficiario tiene documento de identidad ilegible. |
| SALUD Y NUTRICIÓN | 10 | 46 | Un beneficiario no cuenta con el documento de control de valoración integral en salud. |

¡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 IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012

## 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.

El nombre de la responsable de la UA no coincide con el reportado en Cuéntame.

Se recomienda ajustar el Protocolo de Gestion de Riesgos de Accidentes de la UDS.

El Talento Humano reportado en Cuéntame está desactualizado e incompleto ya que no cuenta con el registro de vinculación del perfíl de auxilar de enfermeria.

La EAS tiene poliza de seguros global, cabe aclarar que la Entidad tiene un listado de beneficiarios que ingresaron a la modalidad con corte del 06 de septiembre y fueron asegurados en poliza global.

La coordinadora refiere que la leche marca "LACTEOS RANCHERO" llegó para entregar a los encuentros grupales de los días 25 y 26 de septiembre debido al desabastecimiento de la leche "BETANIA". Sin embargo, al dia de la visita este cambio no ha sido notificado a la Supervisora de Contrato, por ende no cuentan con la aprobación.

## 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 algúna situación descdrita 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 | |



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 IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012

## IX. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

| NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES | NÚMERO DE CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| DAYANA STEPHANIA ROSERO PALACIOS | 1233193889 | SEGUIMIENTO A LA EJECUCION TÉCNICA | |
| ISABEL CRISTINA AGUDELO ARENAS | 1047996161 | RESPONSABLE DE LA UDS | |
| ISABEL CRISTINA PULGARIN ROJAS | 43971226 | COORDINADORA DE LA MODALIDAD | |
| LAURA MARIN RICO | 1047996791 | AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA MODALIDAD | |
| MARIA ANGELICA CORREA GONZALEZ | 43321653 | PSICOSOCIAL DE LA MODALIDAD | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**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.


¡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 IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012