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:
- Institucional [ ]
- Familiar [X]
- Comunitaria [ ]
- Propia e Intercultural [ ]

Servicio:
- Centro de Desarrollo Infantil [ ]
- Hogar Infantil [ ]
- Jardín Social [ ]
- Hogar empresarial [ ]
- HCB Múltiple [ ]
- DIER [ ]
- HCB FAMI [X]
- DIMF [ ]
- EIR [ ]
- Hogar Comunitario de Bienestar [ ]
- HCB Agrupado [ ]
- HCB Integral [ ]
- Forma de atención 1 [ ]
- Forma de atención 2 [ ]
- Forma de atención 3 Itinerante [ ]

Fecha de verificación: 24 09 2024 Hora de inicio: 07 : 00 AM [ ] PM [X] Hora de finalización: 05 : 30 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Yuly Estefani Mendoza	55220068	Enlace Seguimiento Ejecución Técnica

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Asociación Hijos Porfia 3 NIT: 800143122

III. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 3000 2023 2024 No. Cupos contratados: 11

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

Código CUÉNTAME: 3000 1000 19630 Regional: Norte Centro Zonal: Cúcuta Urbano 1

Nombre Unidad de Servicio: Aventuras En Pañales

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	05
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)	03
¿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 [ ]

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Controlar copias impresas de este documento es responsabilidad del proceso COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SE RAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ESTABLECIDA POR EL ICBF

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
SyN	13	36	No se evidencia planilla de entrega de bienestarina a usuarios, del mes de septiembre
M.E.P	44	37	No se evidencia la póliza de seguro de todos los usuarios de la uds.
SyN	15	39	NO se evidencia toma de peso y talla de todos los usuarios de la uds.
SyN	15	40	No se evidencia toma de perimetro braquial de los usuarios a quien corresponde.
SyN	8	48	No se evidencia actas de: Heidy, Manuel, Marley, Arantza, Thaliana, Loren, Adhara.
SyN	10	49	No se evidencia carnet de crecimiento y desarrollo de: Mia, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Arantza, Loren, Iris, Adhara, María
SyN	11	51	No se evidencia carnet de vacunas de: Mia, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Arantza, Loren

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.

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
Yuly Estefani Mendoza C.	55220052	Técnico Apoyo Tesorero	
José Stella Gallon	4072119605	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: AVENTURAS EN PAÑALES

CÓDIGO DE LA UDS: 500010019630

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				ACTUALIZACIÓN AL SISBÉN (MADRES 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-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	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	LA TOMA DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SE REALIZA EN EL FORMATO DEFINIDO PARA ESTE FIN	LA TOMA DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SE REALIZA EN LA FECHA PROGRAMADA	LA CAPACITACIÓN EN EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SE REALIZA CON LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA	LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SE REALIZA CON EL INSTRUMENTAL ADECUADO	EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SE REALIZA EN EL FORMATO DEFINIDO PARA ESTE FIN	EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SE REALIZA EN LA FECHA PROGRAMADA	EL REGISTRO REGISTRO Y RESPUESTAS DE LA ESCALA ESTÁ DILIGENCIADO	EL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTAS DE LA ESCALA ESTÁ DILIGENCIADO CORRECTAMENTE	NO SE REGISTRA LA INFORMACIÓN EN EL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTA DE LA ESCALA	CUENTA CON SOPORTES DEL SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA ESCALA
1	Mia Arantzo Polonio Alcalde	X		1121983965	220823	1.1	X			X	X								X						X					X	X
2	Heidi Yuren Parra Sánchez		X	1006792394	041101	22a	X						X				X						X			V			MA		MA
3	Nicolle Orianna Gutierrez Fernández	X		1121983584	040923	1.2	X				X				X				X							X			X		X
4	Manuel Eduardo Villamil Acosta	X		1121984852	261123	10m	X						X				X						X			X			9		X
5	Damian Alexander Mariño Argoty	X		1121983673	280823	1.2	X				X						X						X			X			NA		X
6	Alexis Castaño Espinosa	X		1122149293	170423	1.5	X				X				X				X							X				X	X
7	Marley Itel Colmenares Alvarado	X		1234795423	150823	1.3	X					X					X				X					X			X		X
8	Aranza Sofia Perez León		X	1121983739	250723	1.1	X					X					X				X					X			X		X
9	Thaliana Carvajal Giraldo	X		1122944263	241122	1.10	X					X			X				X							X			X		X
10	Loren Sharick Osorio Morales	X		1123454473	180124	8m	X						X				X						X			X			X		X
11	Iris Luciana León Rodriguez	X		1121986305	300724	1m	X				X				X				X				X			X			NA		NA
12	Adriana Giselle Moreno Ramirez		X	1122542440	071022	1.11	X					X			X						X					X			X		X
13	Maria Beatriz Franco Gutierrez	X		1122543620	010824	1m	X				X				X				X							X			NA		X

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL META
CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
PUBLICA

BIENESTAR FAMILIAR

Código correspondencia: **Verdana** 8 puntos, alineado a la izquierda.

Al contestar cite este número

Radicado No:
20245000100008329 1

Villavicencio, 2024-10-03

Señores
ASOCIACIÓN HCB PORFIA 3
ASOPADRESPORFIATRES@GMAIL.COM
Villavicencio - Meta

ASUNTO: REQUERIMIENTO POR PRESUNTO INCUMPLIMIENTO EN EL CONTRATO DE APORTE 50002032024- EAS ASOCIACIÓN HCB PORFIA 3.

Cordial Saludo,

Me permito comunicarle que, en el marco de las acciones adelantadas por la supervisión contractual, cuya finalidad es asegurar el cumplimiento de cada una de las obligaciones establecidas en el Contrato de Aporte No. 50002032024, suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la ASOCIACIÓN HCB PORFIA 3, se emite el presente requerimiento.

En virtud de las facultades conferidas por el mencionado contrato y en atención a la necesidad de garantizar el cumplimiento riguroso de las obligaciones pactadas, el presente requerimiento tiene como objetivo solicitar la atención inmediata a las observaciones y recomendaciones formuladas por la supervisión contractual. Estas observaciones se fundamentan en los principios de eficiencia, eficacia y transparencia que rigen la administración pública y los contratos estatales, conforme a lo dispuesto en la Ley 80 de 1993 y demás normativas aplicables.

En particular, se requieren medidas correctivas pertinentes para subsanar los presuntos incumplimientos durante la visita de supervisión y seguimiento, asegurando la prestación adecuada de los servicios contratados y el bienestar de los usuarios.

I. HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA SOLICITUD

De acuerdo con la visita de supervisión realizada el día 24 de septiembre de 2024 a la Unidad de Servicio (UDS) "AVENTURAS EN PAÑALES", con código 5000100019680, se aplicó el INSTRUMENTO ESTRATÉGICO DE VERIFICACIÓN EN LAS UNIDADES DE SERVICIO HCB COMUNITARIO. En esta verificación se evidenciaron los siguientes presuntos incumplimientos:

1. No se evidencia planilla de entrega de bienestarina a usuarios del mes de septiembre

2. No se evidencia la póliza de seguro de todos los usuarios de la UDS.
3. No se evidencia toma de peso y talla de todos los usuarios de la UDS.
4. No se evidencia toma de perímetro braquial de los usuarios a quien corresponde.
5. No se evidencia adress de: Heidy, Manuel, Marley, Aranza, Thaliana, Loren, Adhara.
6. No se evidencia carnet de crecimiento y desarrollo de: Mia, Heidy, Manuel, Damian, Marley, Aranza, Loren, Iris, Adhara, Maria.
7. No se evidencia carnet de Vacunas de: Mia, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Aranza, Loren.

En razón a lo anteriormente expuesto, desde la supervisión se realiza el presente requerimiento por presunto incumplimiento a las cláusulas contenidas dentro del contrato.

I. CLÁUSULAS Y/O NORMAS PRESUNTAMENTE INCUMPLIDAS

En el marco del contrato de aporte No.50002032024, suscrito entre las partes y una vez precisadas las situaciones que fundamentan el presente requerimiento, se citan a continuación las cláusulas contractuales presuntamente incumplidas, así:

CLÁUSULA 2. OBLIGACIONES GENERALES DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO

2.1.Cumplir con el objeto y las obligaciones del presente contrato, acatando lo dispuesto en la Ley, normativa, reglamentos, lineamientos, Manuales Operativos de las respectivas modalidades o servicios y sus anexos, así como las demás orientaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF que se encuentren vigentes al momento de su celebración, sus respectivas actualizaciones o que se expidan con posteridad, relacionadas con la suscripción y ejecución del contrato, los cuales hacen parte integral del presente contrato, y son de obligatorio conocimiento y cumplimiento por parte del contratista y talento humano que este vincule para la prestación del servicio.

2.21. Las demás obligaciones que se deriven de la ley, reglamento, Manuales Operativos y lineamientos vigentes, relativos a la ejecución del objeto contratado.

CLÁUSULA 3. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO

3.11 Obligaciones del registro y presentación de información: 3.11.1. Realizar el registro y actualización permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de forma veraz, completa, exacta, actualizada, oportuna, real y comprobable, de la información relacionada con los beneficiarios y sus familias, las atenciones priorizadas de acuerdo con la política pública de primera infancia de la Educación Inicial en el marco de la atención Integral, los procesos de formación a las familias de los beneficiarios conforme al Manual Operativo y las directrices de la Dirección de Primera Infancia, y demás datos que sean requeridos de acuerdo con las necesidades y la misión del ICBF cumpliendo con la calidad requerida.

3.11.10 Registrar la información de la asistencia diaria de los beneficiarios atendidos durante el periodo reportado, una vez el ICBF solicite el diligenciamiento

del módulo RAM en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, en los casos donde el supervisor de contrato determine la imposibilidad del diligenciamiento del RAM digital, la EAS deberá presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización de cada mes de ejecución, los formatos de registros de asistencia mensual (RAM) en físico, garantizando la coherencia entre la información reportada en el RAM y el registro de información en la atención de los beneficiarios.

3.12 Obligaciones relacionadas con la Administración de Recursos: 3.12.13. Garantizar el cubrimiento de la póliza de seguro en caso de accidentes a todas las niñas, niños y mujeres gestantes, desde el primer día de atención y vinculación al Sistema de Información Cuéntame en el servicio y/o sistema o herramienta que el ICBF defina, teniendo en cuenta el plazo de ejecución del contrato y sus respectivas modificaciones.

CONSECUENCIAS JURÍDICAS DEL PRESUNTO INCUMPLIMIENTO

Teniendo en cuenta la falta ya mencionada, es necesario hacer referencia a la cláusula que establece los mecanismos existentes para proceder en caso de declararse un incumplimiento contractual, consistente en:

DÉCIMA QUINTA - PROCEDIMIENTO POR INCUMPLIMIENTO: *El ICBF podrá imponer multas y declarar el incumplimiento de conformidad con lo establecido por el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás normas aplicables, así:*

1. ***MULTAS:*** *A). Si durante la ejecución del contrato se produce un cumplimiento tardío o defectuoso de cualquiera de las obligaciones asumidas por el contratista, el ICBF podrá conminar su cabal cumplimiento a través de la imposición de multas diarias y sucesivas, del cero punto uno por ciento (0.1%) del valor del contrato, por cada día transcurrido desde la fecha en que se debió ejecutar la prestación contractual debida, hasta que se verifique su cumplimiento. B). El valor acumulado de las multas impuestas al Contratista no podrá superar el quince por ciento (15%) del valor del contrato. C) El pago o compensación del valor de las sanciones impuestas no exonerará al contratista de la obligación de cumplir con el objeto contratado. E). La imposición de multas como mecanismos coercitivo sancionatorio no impedirá la reclamación de perjuicios por parte de la entidad contratante. F). El contratista autoriza que el ICBF descuente del saldo a su favor, el valor correspondiente a las multas que se llegaren a causar. (...).*

I. TÉRMINOS DE RESPUESTA

En cumplimiento de la Actividad número 8 contenida en el "PROCEDIMIENTO PARA ADELANTAR LA SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF" (P18.ABS - Versión 1), que consiste en "Requerir al Contratista por presuntos incumplimientos", se le concede a la ASOCIACION HCB PORFIA 3, un plazo de cinco (5) días hábiles, a partir de la notificación del presente requerimiento, para pronunciarse de fondo y aportar a la Supervisora del Contrato:

- Soportes de subsanación de todos los incumplimientos.

Por lo anterior, se solicita a la ASOCIACIÓN HCB FORFIA 3, la pronta y efectiva implementación de las acciones correctivas necesarias, y se insta a remitir un informe detallado sobre las medidas adoptadas en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, contados a partir de la recepción del presente requerimiento.

La respuesta deberá estar debidamente soportada con evidencias, citar el número de radicado del presente requerimiento y radicarla en físico en el Centro Zonal Villavicencio Uno.

Atentamente,

MARYLUZ PRIETO ORDOÑEZ
Profesional Especializado
Centro Zonal Villavicencio 1 - ICBF Regional Meta

Aprobó: Mary Luz Prieto Ordoñez - Profesional Especializado-Centro zonal No. 1
Revisó: Mary Luz Prieto Ordoñez -Profesional Especializado-Centro zonal No. 1
Proyecto: Sharon Dayann Vargas Nieto -contratista – Maryluz Prieto Ordoñez- Profesional Especializado

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 4-2020

Villavicencio, 29 de octubre de 2024

BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada
No. 20245000100016772
Código web: urMhxjadS2ZiwbMiWG2WfldQdG8=
Radicador: SANDRA MILENA CORTES BELTRAN Fecha: 2024-10-29 14:08 Foli
Remitente: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
Asunto: RESPUESTA REQUERIMIENTO 3 DE OCTUBRE CONTRATO

Supervisora
LIDA JOHANNA MURCIA DEBVIA
Supervisora Contrato 50002032024
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Ref.: Respuesta al requerimiento del día 03 de octubre de 2024 con No. De Radicado 20245000100008329l.

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito presentar Soportes para respuesta al requerimiento del día 03 de octubre de 2024 con No. De Radicado 20245000100008329l.., por presunto incumplimiento a las obligaciones contractuales referente a la visita de supervisión de la Unidad Aventuras en Pañales; para dar respuesta se adjunta la subsanación de los hallazgos.

Agradezco su atención.

Atentamente,

Lina Marcela Alvarez
LINA MARCELA ALVAREZ OCHOA
C.C. 1.121.822.269 de Villavicencio
Representante Legal

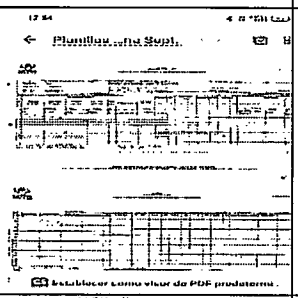
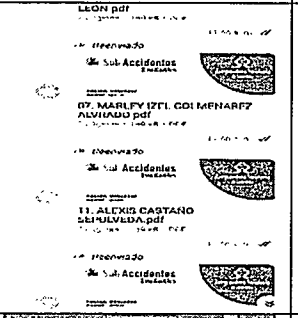
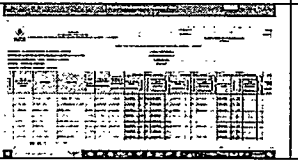
REGIONAL: META

CENTRO ZONAL: UNO

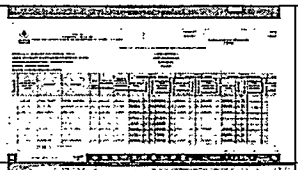
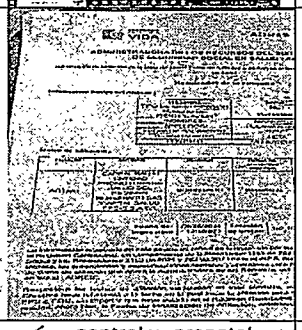
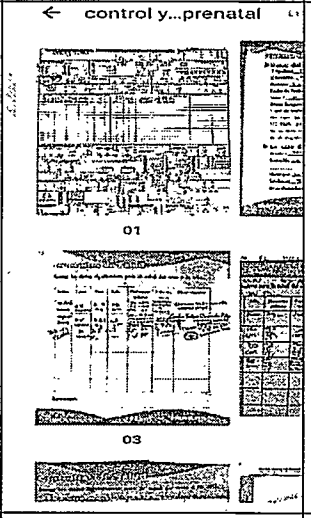
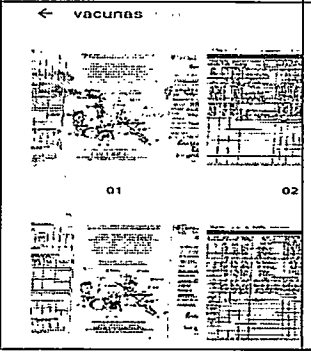
OPERADOR: ASOCIACION PORFIA 3

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: LINA MARCELA ALVAREZ

FECHA: 29/10/2024

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES (Actividades a realizar)	FECHA – dd/mm/aaaa (fecha programada de terminación)	EVIDENCIA (soporte del cumplimiento de la acción definida)	VERIFICACIÓN (cumple - no cumple; la actividad programada de acuerdo con la fecha y evidencia definida).
PPLANILLA BIENESTARINA NO LA HABIA ESCANEADO	SOLICITE LAURA LA PLANILLA BIENESTARINA	30/09/2024		SI
NO SE EVIDENCIA LAS POLIZAS DE SEGURO DE LOS BENEFICIARIOS	SE REALIZO LA IMPRESIION DE LOS CARNET PUESTO	30/09/2024		SI
NO SE EVIDENCIA TOMA DE PESO Y TALLA	SE REALIZO LA CORRECCION PESO Y TALLA PRESENTABA ALGUNAS NOVEDADES	30/09/2024		SI

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

NO SE EVIDENCIA LA TOMA DEL PERIMETRO BRAQUIAL	SE REALIZO LOS AJUSTEN CON PLANILLA PESO Y TALLA	30/09/2024		SI
NO SE EVIDENCION EL ADRESS	SE DESCARGO ADRESS HEIDY,MANUEL,ARANZA ,THALIANA LOREN,ADHARA	30/09/2024		
NO SE EVIDENCIO CCONTROL Y CRECIMIENTO DE MIA.HEIDY,MANUEL.DAMIAN ,MARLEY,ARANZA,IRIS,DAH ARA.MARA	SE REALIZO LAS CITAS ALA EPS CON LOS FALTANTES	30/09/2024		SI
NO SE EVIDENCIA LAS VACUNAS DE: MIA.HEIDY.MANUEL,DAMIAN ,MARLEY.ARANZA LOREN	SE REALIZO LOS COMPROMISOS POR LA DOCUMENTACION CON LA IMPRESIÓN CARNETH QUE CADA BENEFICIARIO APORTO	30092024		SI

Una Marcela Alvarez
Firma

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

SEDE:	REGIONAL META	
	CÓDIGO	**NOMBRE**
SECCIÓN:	5000	**DIRECCION REGIONAL META**
SUBSECCIÓN:	50200	**GRUPO JURIDICO**
SERIE:	57	**CONTRATOS ESTATALES**
SUBSERIE:	2	**CONTRATOS DE BIENES, OBRAS O SERVICIOS**
UBICACIÓN FÍSICA DE LA CARPETA O EXPEDIENTE		
Nombre Carpeta:	ASOCIACION HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 3	**No del expediente:** 50002032024
Caja:		**Carpeta:**
Nombre documento:	SOPORTE REQUERIMIENTO RAD 20245000100016677 2	
Fecha:	26/10/2024	**No. Folio:**
Descripción:	1 CD SOPORTE REQUERIMIENTO RAD 20245000100016677 2	
UBICACIÓN TOPOGRAFÍCA DEL DOCUMENTO O SOPORTE CRUZADO		
Ubicación:		
Estanteria:		**No. Folio o Posición:**
Razón de la separación o enlace:		

50001.

Al contestar cite este número

Radicado No:
20245000100010717l

Ciudad, 2024-12-17

Señores
ASOCIACIÓN HCB PORFIA 3
ASOPADRESPORFIATRES@GMAIL.COM
Villavicencio - Meta

ASUNTO: CIERRE DEL REQUERIMIENTO CON RADICADO N°20245000100008329l DEL 03/10/2024 - UDS AVENTURAS EN PAÑALES

Cordial Saludo,

Me permito informar que una vez revisadas las evidencias aportadas por ustedes frente al requerimiento por presunto incumplimiento mediante oficio EAS radicado N°20245000100016677l de fecha 29 de OCTUBRE de 2024, a las CLAUSULAS:

Cláusula 2. Obligaciones Generales De La Entidad Administradora Del Servicio:

2.1. Cumplir con el objeto y las obligaciones del presente contrato, acatando lo dispuesto en la Ley, normativa, reglamentos, lineamientos, Manuales Operativos vigentes de las respectivas modalidades o servicios y sus anexos, así como las demás orientaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF que se encuentren vigentes al momento de su celebración, sus respectivas actualizaciones o que se expidan con posteridad, relacionadas con la suscripción y ejecución del contrato, los cuales hacen parte integral del presente contrato, y son de obligatorio conocimiento y cumplimiento por parte del contratista y talento humano que este vincule para la prestación del servicio.

2.21. Las demás obligaciones que se deriven de la ley, reglamento, Manuales Operativos y lineamientos vigentes, relativos a la ejecución del objeto contratado.

Cláusula 3. Obligaciones Específicas de la Entidad Administradora Del Servicio:

3.11. Obligaciones del Registro y Presentación de la Información: 3.11.1. Realizar el registro y actualización permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de forma veráz, completa, exacta, actualizada, oportuna, real y comprobable, de la información relacionada con los beneficiarios y sus familias, las atenciones priorizadas de acuerdo con la política pública de primera infancia de la educación inicial en el marco de la atención integral, los procesos de formación a las familias de los beneficiarios conforme al manual operativo y las directrices de la dirección de primera infancia, y demás datos que sean requeridos de acuerdo con las necesidades y la misión del ICBF cumpliendo con la calidad requerida. **3.11.10.** Registrar la información de la asistencia diaria de los beneficiarios atendidos durante el período reportado, una vez el ICBF solicite el diligenciamiento del módulo RAM en la plataformas tecnológicas que el ICBF defina, en los casos donde el supervisor de contrato determine la imposibilidad del diligenciamiento del RAM digital, la EAS deberá presentar al supervisor del contrato dentro de

los (5) días hábiles siguientes a la finalización de cada mes de ejecución, los formatos de registros de asistencia mensual (RAM) en físico, garantizando la coherencia entre la información reportada en el RAM y el registro de información en la atención de los beneficiarios.

3.4. Obligaciones Relacionadas con la Administración de los Recursos: 3.12.13. Garantizar el cubrimiento de la póliza de seguro en caso de accidentes a todas las niñas, niños y mujeres gestantes, desde el primer día de atención y vinculación al sistema de información cuéntame en el servicio y/o sistema o herramienta que el ICBF defina, teniendo en cuenta el plazo de ejecución del contrato y sus respectivas modificaciones.

En atención a lo anterior, se hizo análisis y verificación de los documentos aportados por la EAS, indicando lo siguiente en los soportes presentados:

PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DE ACUERDO CON EL ACTA DE VISITA	DETALLE DE LAS EVIDENCIAS DE CIERRE
No se evidencia planilla de entrega de bienestarina a usuarios, del mes de septiembre	La EAS envía en medio magnético (1cd) con el siguiente soporte: • Planilla de entrega de AAVN correspondiente al mes de septiembre
No se evidencia la póliza de seguro de todos los usuarios de la UDS	La EAS envía en medio magnético (1cd) con los siguientes soportes: • Póliza de seguro de todos los usuarios de la UDS
No se evidencia toma de peso y talla de todos los usuario de la UDS	La EAS envía en medio magnético (1cd) con los siguientes soportes: • Formato captura de datos antropométricos de todos los niños, niñas y mujeres gestantes de la UDS con la toma correspondiente
No se evidencia toma de perímetro braquial de los usuarios a quien corresponde	La EAS envía en medio magnético (1cd) con los siguientes soportes: • Formato captura de datos antropométricos de todos los niños y niñas de la UDS con la toma del perímetro braquial a quien corresponda
No se evidencia adress de: Heidy, Manuel, Marley, Aranza, Thaliana, Loren, Adhara	La EAS envía en medio magnético (1cd) con los siguientes soportes: • Adress vigente de: Heidy, Manuel, Marley, Aranza, Thaliana, Loren, Adhara
No se evidencia carnet de crecimiento y desarrollo de: Mía, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Aranza, Loren, Iris, Adhara, María	La EAS envía en medio magnético (1cd) con los siguientes soportes:

	• Carnet de crecimiento y desarrollo vigente de: Mía, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Aranza, Loren, Iris, Adhara, María
No se evidencia carnet de vacunas de: Mía, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Aranza, Loren	La EAS envía en medio magnético (1cd) con los siguientes soportes: Carnet de vacunación de: Mía, Heidi, Manuel, Damian, Marley, Aranza, Loren

Dan respuesta satisfactoria a lo solicitado y con ello se subsana el presunto incumplimiento evidenciado en el contrato 50002032024 de la EAS ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS DE BIENESTAR PORFÍA TRES; razón por la cual, se procede a realizar cierre al requerimiento referido.

Atentamente

LIDA JOHANNA MURCIA DEVIA
Profesional Especializado
Centro Zonal No.1 - ICBF Regional Meta

Aprobó: Lida Johanna Murcia Devia - Profesional Especializado - Centro zonal No. 1
Revisó Lida Johanna Murcia Devia -Profesional Especializado - Centro zonal No. 1
Proyectó: Lida Johanna Murcia Devia -- Profesional Especializado – Yuly Estefani Mendoza castro Castro - Contratista