Medellín, 16 de diciembre de 2024

Doctora
ISABEL CRISTINA PATIÑO MEJIA
Supervisor del contrato
Centro Zonal Oriente
Rionegro - Antioquia

ASUNTO: OFICIO ACLARATORIO SOBRE DOCUMENTACION DEL SERVICIO EN LOS HCB CONTRATO 05017822024

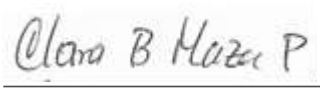
Cordial Saludo,

CLARA BERTA MAZA PEREZ, persona mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No 45.756.002, actuando en condición de Representante Legal de la **Fundación el Sembrador ¨Semillas Para El Futuro",** con NIT 805021199-7, mediante el presente me permito informar que frente a la solicitud "a*llegue evidencia que, de cuenta que las unidades de servicio cuentan con toda la documentación requerida para las formalizaciones de cupo y demás documentos que son necesarios con el inicio de la atención bajo el contrato 05017822024" se* revisa la situación sobre el estado de la documentación de beneficiarios y del servicio y teniendo en cuenta el tiempo de ejecución del contrato se resuelve que hay documentación que acorde a lo registrado en el manual operativo de la modalidad no debería ser cambiada para evitar reprocesos administrativos. Así mismo, resulta preocupante cambiar documentación del servicio que requieran diligenciamiento de información por parte de la madre comunitaria, puesto que el tiempo de ejecución es muy corto, no se cuenta con espacios que les permita a las MC realizar este proceso y se estaría poniendo en riesgo incluso la atención de los beneficiarios.

No obstante, desde la EAS, se realiza un documento anexo al formato de matrícula, que incluye datos de formalización de cupo y aspectos de la corresponsabilidad de los padres o acudientes de los beneficiarios.

Anexo formato formalización del cupo y acta de corresponsabilidad

Atentamente,



Nombre: **CLARA BERTA MAZA PEREZ**

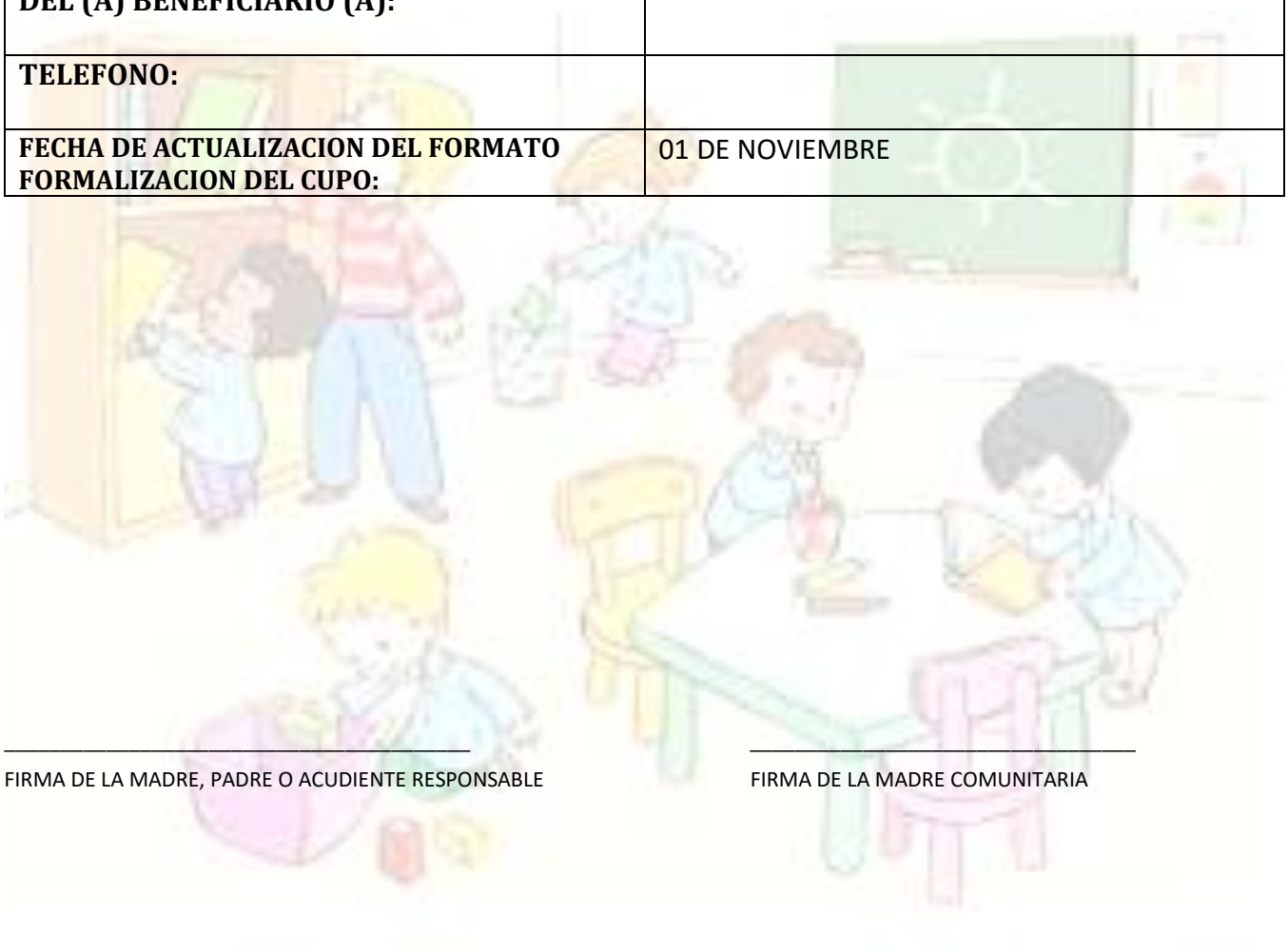
Cargo: Representante Legal

Documento de Identidad: 45.756.002

Fundacion
EL SEMBRADOR
Semillas para el Futuro

FORMATO ACTUALIZACION
FORMALIZACION DEL CUPO

NOMBRE DEL HCB:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL (A) BENEFICIARIO (A):	
NOMBRES DE ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL (A) BENEFICIARIO (A):	
TELEFONO:	
FECHA DE ACTUALIZACION DEL FORMATO FORMALIZACION DEL CUPO:	01 DE NOVIEMBRE



_____ _____

FIRMA DE LA MADRE, PADRE O ACUDIENTE RESPONSABLE

FIRMA DE LA MADRE COMUNITARIA

ACTA DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL (A) BENEFICIARIO (A):	
FECHA DE ACTUALIZACION DEL FORMATO FORMALIZACION DEL CUPO:	01 DE NOVIEMBRE

Como familia beneficiaria nos comprometemos a cumplir con todos los lineamientos del servicio, asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Llevar al(a) niño(a) diariamente al HCB en el horario establecido y de manera puntual: Lunes a viernes, 08:00 am.
2. Recoger al(a) niño(a) diariamente en el HCB, de manera puntual en el horario establecido: 04: 00 pm.
3. En la eventualidad de no asistencia del niño/niña, se debe informar telefónicamente y de manera inmediata, así mismo, la constancia escrita la llevará cuando se renueve la asistencia.
4. Participar activamente en todas las actividades programadas en el HCB.
5. Brindar información de manera veraz, exacta y oportuna al talento humano para adelantar procesos relacionados con el servicio.
6. Aportar la documentación requerida por el servicio, como se detalla a continuación:
   - Fotocopia del Documento de identidad
   - Fotografía del niño.
   - Fotocopia del grupo de SISBEN u otra condición que le acredite como familia vulnerable.
   - Fotocopia del documento que evidencie afiliación a salud
   - Fotocopia del carné de vacunas actualizado.
   - Fotocopia de la certificación de la valoración integral en salud o documento que acredite la participación en el programa de prevención y promoción de la salud(carné de crecimiento y desarrollo actualizado para los niños).
   - Fotocopia de un recibo de servicios públicos para identificar lugar de residencia.
   - Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, en caso de que aplique.
   - Certificado de asistencia a consulta de salud bucal.
   - Certificado del examen de agudeza visual.
   - Certificado de tamizaje auditivo.
7. Tratar con respeto y cordialidad al talento humano y a las familias que hagan parte del grupo de atención del HCB.
8. Velar por el buen funcionamiento del servicio, incluyendo el cuidado del HCB y de los elementos o materiales utilizados durante el proceso de atención.
9. Participar de las actividades que permitan el control social del servicio.
10. Hacer uso de los medios que se establezcan en el protocolo de PQRS de la UDS, para la expresión de cualquier solicitud, queja, sugerencia, petición en beneficio del servicio.

_____ _____

FIRMA DE LA MADRE, PADRE O ACUDIENTE RESPONSABLE

FIRMA DE LA MADRE COMUNITARIA