BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-GA-UCA Y EAS

| | |
|---|---|
| F3.IN14.MO12.FF | [illegible] |
| Versión 3 | Página 1 de 8 |
| Clasificación de la Información: Pública | |

## 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 | ☐ |
| Familiar | ☐ |
| Comunitaria | ☐ |
| Propia e Intercultural | ☑ |

**Servicio:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de Desarrollo Infantil | ☐ | Hogar Infantil | ☐ | Jardín Social | ☐ |
| Hogar empresarial | ☐ | HCB Múltiple | ☐ | DIER | ☐ |
| HCB FAMI | ☐ | 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:** 18062025 **Hora de inicio:** 08 : 00 AM ☑ PM ☐ **Hora de finalización** 12 : 00 AM ☐ PM ☑

| Nombre profesional encargado de la verificación: | No. Identificación: | Cargo: |
|---|---|---|
| Mya de Dios Ruiz | 1010081442 | Profesional técnico |
| | | |
| | | |

## II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

**Nombre Entidad Administradora del Servicio:** gobierno nacional territorial **NIT:** 901500678

## III. DATOS DEL CONTRATO

**No. CASM:** 2700140 2025 **No. Cupos contratados:** 500

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

**Código CUÉNTAME:** 27025115633 **Regional:** Chocó **Centro Zonal:** Istmina

**Nombre Unidad de Servicio:** Grado dulce

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

| | |
|---|---|
| Registre el total de cupos asignados a la UDS/UAI/UCA | 18 |
| Registre el número total de usuarios presentes en la UDS/UAI/UCA al momento de la verificación. (debe realizar el conteo de asistencia de los usuarios en cada espacio pedagógico) | 15 |
| ¿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 |
|---|---|---|---|
| Salud y nutrición | | | durante la verificación en la revisión de carpetas se evidenciaron seguimientos y desarrollos desactualizados. |
| componente Pedagogico | | | durante la verificación se evidenciaron seguimientos al desarrollo de cadanino desactualizados les falta el mes de mayo. |
| Familia comunidad y redes | | | durante la verificación en la revisión de carpetas se evidenciaron ninos con el registro civil borroso o ilegible. |
| Salud y nutrición | | | durante la verificación no se evidencio los Formatos de entrega de bienestarina y RPP mes de mayo. |

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 | ENTERADA | VERIFICADA | DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA |
|---|---|---|---|
| administrativo y de gestion | | | durante la verificacion no se evidencio el RAM del mes de . junio. |
| administrativo y de gestion | | | no se evidenciaron los oficios de articulacion con las instituciones con relacion a las garantias de derechos |
| | | | |
| | | | |
| | | | |


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS DEBEN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

## VII. OBSERVACIONES DURANTE LA VERIFICACIÓN

**Instrucción** Describa diferentes situaciones identificadas [illegible] de la verificación en las cuales intervienen agentes externos, tendan [illegible] a dificultar o no cumplan 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 [✓] | 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 | |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS

F3.P14.MO12.FP | [illegible]
Versión 2 | Página 6 de 6
Clasificación de la información: Pública

**IX. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS**

| NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES | NUMERO DE CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Yonier Isabel Chamorro | 1003944078 | Agente educativo | Yonier I. Ch. |
| Mª Victoria M | 1000881447 | Enlace técnico | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**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!
[illegible]
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012