BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A UDS Y EAS

F3.G12.PP	15/03/2019
Versión 4	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

I. AGENDA DE LA VISITA

1. Presentacion del profesional que realiza la visita de supervisión	SI [X]	NO [ ]
2. Socialización del objetivo de la visita	SI [X]	NO [ ]
3. Presentación de la metodología	SI [X]	NO [ ]
4. Presentación del instrumento	SI [X]	NO [ ]

II. DATOS GENERALES

Tipo de Instrumento: EAS [ ] UDS [X]

Tipo de visita: Verificación de condiciones de calidad [ ] Estratégica [ ] Seguimiento a Compromisos [ ] Especial [X]

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

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

Fecha de visita: 08/07/2020 Hora de inicio: 10 08 AM [X] PM [ ] Hora de finalización 11 13 AM [X] PM [ ]

Nombre Profesional encargado de la visita: Liliana Milena Lopez S. No. Identificación: 37081454 Cargo: Profesional Apoyo Supto.

Nombre Profesional encargado de la visita: — No. Identificación: — Cargo: —

Nombre Profesional encargado de la visita: — No. Identificación: — Cargo: —

III. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Fundación de profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social.

NIT: 900631996 Teléfono: 3153285751 Correo Electrónico: representantelegal1unpers@gmail.com.

Dirección: Cra 8- 81 Barrio / Vereda: B/Recreo Municipio: V/ Guamuez Departamento: Putumayo

Nombre del Representante Legal: Jessika Mayaly Urbano Ordoñez Número de Identificación: 1080900708

Teléfono: 3153285751 Correo Electrónico: representantelegal1unpers@gmail.com

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 092 Fecha CASM: 01042020 No. Cupos contratados: 50 Nombre Supervisor del contrato: Cindy Milena Cabrera

V. DATOS UNIDAD DE SERVICIO - UDS (no diligenciar en visita a EAS)

Código CUÉNTAME: 86865000561 27 Regional: Putumayo Centro Zonal: La Hormiga Municipio: V/ Guamuez.

Nombre Unidad de Servicio: Mis pequeños Angelitos

Dirección: V/ Jordan Guisia Barrio / Vereda: Vereda. Teléfono: 3202055943

Tipo de Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Rural Dispersa [X] Latitud: 0 grados 21 min 1 seg Longitud: 77 grados 1 min 35 seg

Responsable UDS: Yorleny Figueroa No. Identificación: 1126452766 Correo Electrónico: No tiene.

Cupos asignados a la UDS: 10 Cupos asignados a la Unidad de Atención (solo DIMF)

COBERTURA	TOTAL
Numero de Usuarios registrados en el RAM en el momento de la visita	
Numero de Usuarios presentes en la Unidad de Servicio en el momento de la visita (no diligenciar en visita a EAS)	
Numero de Usuarios registrados en el Sistema de Información Cuéntame que se encuentran registrados en el RAM en el momento de la visita	
Total de Usuarios presentes en el momento de la visita que se encuentran registrados en el Sistema de Información Cuéntame (no diligenciar en visita a EAS)	

Scanned by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A UDS Y EAS

F3.G12.PP	15/03/2019
Versión 4	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

VI. PRODUCTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NUMERO ESTANDAR	NUMERO VERIFICADOR	DESCRIPCION DE LA SITUCIÓN CON PLAZO DE CUMPLIMIENTO VENCIDO O GENERACIÓN DE COMPROMISO	FECHA MÁXIMA PARA SUBSANACIÓN POR PARTE DE LA UDS/EAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO
			Se Realiza Verificación en Sitio, para lo cual se Seleccionaran Aleatoriamente 2 RPP, correspondiente al grupo Etario 6 meses a 5 años. Correspondiente al Mes de Julio 2020.			
			- Leche entera de vaca en polvo Marca nutra LAC, Cantidad 2 bolsas x 900 gr. FV. 12/6-2021 - Harina de Maiz Marca Tropa Tropa, cant 1 Bolsa x 500 gr. Fecha Vencimiento 9/6/2021 - Pasta fortificada Marca Verona, cant 4 bolsas			
			x 250 gr. Fecha de Vencimiento 28-11-2021 - Harina de trigo Marca Parrallanos cant 1 bolsa x 500 gr F. Vencimiento 16-6-2021. - Cebada Marca La Bonanza Cantidad 1 Bolsa x 500 gr, F. Vencimiento Julio/2021 - Frijol Marca La Bonanza cant 2 Bolsas x 500 gr.			
			Fecha de Vencimiento Junio/2021 - Arroz Marca Soberana cant. 2 bolsas x 500 gr Fecha de Vencimiento octubre 2021 - Atun Marca Sabor del pacifico cant 3 latas x 175 gr, Fecha de Vencimiento 16-9-2023.			
			- Aceite Marca el Fritón, Cant. 1 frasco x 1000 cc. Fecha de Vencimiento 16-6-2021 - Huevos 30 Unidades x 60 gr c/uno. - Bienestarina 1 bolsa x 900 gr. F. Vencimto. 23-10-2020.			
			No se Realiza Verificacion de Kit pedagogico y cartilla, teniendo que para el mes de Julio no se presentaron Ingresos nuevos			

Scanned by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A UDS Y EAS	F3.G12.PP	15/03/2016
		Versión 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

VII. CIERRE DE VISITA - OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA VISITA

- Se presento un Intercambio de Avena x Cebada, este se encuentra aprobado por la Nutricionista del Centro Zonal.
- No se Realizo Verificación de Kit pedagogico y Cartilla teniendo de que en la UDS no se presentaron Ingresos nuevos al Servicio, los mismos fueron Entregados en el mes de Mayo 2020.
- los Alimentos se encuentra Almacenados de Acuerdo a las BPM.

VIII. CIERRE DE LA VISITA - OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/ENTIDAD ADMINISTRADORA QUE RECIBE LA VISITA

1 ¿Está de acuerdo con el desarrollo de la visita?	SI [X]	NO [ ]
2 ¿El profesional que realizo la visita mantuvo el respeto y la cordialidad durante el desarrollo de la visita?	SI [X]	NO [ ]
3 ¿Está de acuerdo con las observaciones de la visita?	SI [X]	NO [ ]
4 ¿El responsable recibe a satisfación el acta?	SI [X]	NO [ ]

COMPONENTE / # ESTÁNDAR / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE / # ESTÁNDAR / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

COMPONENTE / # ESTÁNDAR / # VERIFICADOR / ARGUMENTO

IX. CIERRE DE LA VISITA - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NUMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Liliana Patricia Lopez S.	37085443	Profesional de Apoyo Sup. Tec	
Juran Andrea Arriaga A.	1126456203	Nutricionista-Funpei	

Nota 1. La verificación de las obligaciones incluidas en este instrumento, no exima a la Entidad Administradora del Servicio del cumplimiento total de todas las obligaciones contenidas en el contrato para la Atención a la Primera Infancia suscrito con el ICBF.

Nota 2. Los componentes, obligaciones y variables señaladas en el ítem número 6 de esta Acta, se refieren exclusivamente a aquellos respecto de los cuales se evidenciaron presuntos incumplimientos. Debe tener en cuenta al diligenciar este ítem lo siguiente: A. Si evidencia un presunto incumplimiento verifique si el plazo para el cumplimiento ya se venció, de ser así "NO" genere un compromiso, describa la situación con plazo de cumplimiento vencido y en la fecha de subsanación señale que es de cumplimiento inmediato, posteriormente comuníquese al supervisor para que requiera a la entidad e inicie las acciones administrativas pertinentes. B. Si la situación evidenciada cuenta con un plazo de cumplimiento NO vencido y NO atenta contra la vida e integridad del usuario "SI" genere un compromiso, siempre y cuando evidencie que en el avance del cumplimiento de la obligación existen presuntas fallas. C. Ante situaciones de inminente peligro, fuerza mayor y caso fortuito "SI" genere un compromiso y afecte la variable sea que se subsane inmediata o posteriormente, describa en el compromiso la situación presentada y la forma en que se subsanó de ser inmediato. Este ítem se diligencia una vez aplicado todo el instrumento de visita que se ha dado a conocer a la UDS o EAS, según sea el caso.

Nota 3: Este acta aplica tanto para visita a UDS como a EAS, según sea el caso.

Scanned by CamScanner