BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A UDS Y EAS	F3.G12.PP	15/03/19
		Versión 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

I. AGENDA DE LA VISITA

1. Presentación 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 [X] UDS [ ]

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 [ ] Jardín Social [ ] Hogar empresarial [ ] HCB Múltiple [ ] 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 28/08/2020 **Hora de inicio:** 08 : 48 AM [X] PM [ ] **Hora de finalización** 11 : 40 AM [X] PM [ ]

Nombre Profesional encargado de la visita: PAULA ELIZABETH PINCHAO UNIGARRO **No. Identificación:** 1090553374 **Cargo:** APOYO A LA SUP. FINANCIERA

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: FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONTRUCCION SOCIAL FUNPERS

NIT: 900631966 1 **Teléfono:** 3155328575 1 **Correo Electrónico:** representantelegalfunpers@gmail.com

Dirección: S/N **Barrio / Vereda:** EL RECREO **Municipio:** VALLE DEL GUAMUEZ **Departamento:** PUTUMAYO

Nombre del Representante Legal: JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ **Número de Identificación:** 1295771 5

Teléfono: 3155328575 1 **Correo Electrónico:** representantelegalfunpers@gmail.com

IV. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 92 **Fecha CASM:** 27/03/2020 **No. Cupos contratados:** 0050 **Nombre Supervisor del contrato:** CINDY MILENA CARREÑO ESTRELLA

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

Código CUÉNTAME: **Regional:** **Centro Zonal:** **Municipio:**

Nombre Unidad de Servicio:

Dirección: **Barrio / Vereda:** **Teléfono:**

Tipo de Zona: **Urbana:** / **Rural:** / **Rural Dispersa:** / **Latitud:** / / grados / / min / seg **Longitud:** / / grados / / min / / seg

Responsable UDS: **No. Identificación:** **Correo Electrónico:**

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

COBERTURA	TOTAL
Número de Usuarios registrados en el RAM en el momento de la visita	/ / / /
Número de Usuarios presentes en la Unidad de Servicio en el momento de la visita (no diligenciar en visita a EAS)	/ / / /
Número 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)	/ / / /

VI. PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS

COMPONENTE	NÚMERO ESTANDAR	NÚMERO VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUCIÓN CON PLAZO DE CUMPLIMIENTO VENCIDO O GENERACION DE COMPROMISO	FECHA MÁXIMA PARA SUBSANACIÓN POR PARTE DE LA UDS/EAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO
			Se aplico el Instrumento de verificacion EAS en el marco de la emergencia Sanitaria y condiciones especiales y se identifica que la EAS cumple con las obligaciones y verificadores del instrumento.			

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F3.G12.PP	15/03/19
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 4	Página 1 de 1
	FORMATO ACTA DE VISITAS DE APOYO A LA SUPERVISIÓN A UDS Y EAS	Clasificación de la Información: Pública	

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

Con relacion a los verificadores 25,26,27 a partir de la fecha tomar como referencia el Formato establecido por ICBF F8.G12.PP Formato de Certificación de la No Ocurrencia de Presuntos Hechos de Violencia, Lesiones y Fallecimientos de los Usuarios de los Servicios de Primera Infancia, versión 1, para el caso en que la EAS no reporte hechos de violencia, lesiones y Fallecimientos. Reportar en los tiempos establecidos y con calidad.

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 realizó 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
PAULA ELIZABETH PINCHAO UNIGARRO	1006905537 4	APOYO A LA SUPERVISION FNANCIERA	
JUDITH ELENA MUÑOZ ORDOÑEZ	1004118201 0	COORDINADOR GENERAL EAS	
CAROLINA CRIOLLO ROJAS	1085303938 2	APOYO FINANCIERO EAS	
JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ	1080900708	REPRESENTANTE LEGAL	
JUAN CAMILO GÓMEZ RAMÍREZ	1094934716	COORDINADORA HCB	

Nota 1: La verificación de las obligaciones incluidas en este instrumento, no exime 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 comuníqueselo 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 falencias . 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.

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