BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE CONDICIONES DE CALIDAD EN LAS UDS DE CONVENIOS

F1.IN1.LMS.FP	24/08/2022
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 [ ] Comunitaria [ ] Propia e Intercultural [ ]

Servicio:
Centro de Desarrollo Infantil [ ] Hogar Infantil [ ] Jardín Social [ ] Hogar empresarial [ ] HCB Múltiple [ ] DIER [ ]
HCB FAMI [ ] DIMF [ ] E/R [ ] SERVICIO ESPECIAL PARA LA PRIMERA INFANCIA - INSTITUCIONAL [X]
Hogar Comunitario de Bienestar [ ] HCB Agrupado [ ] HCB Integral [ ]
Forma de atención 1 [ ] Forma de atención 2 [ ] Forma de atención 3 Itinerante [ ]

Fecha de verificación: 2 2 0 4 2 0 2 5 Hora de inicio: 0 8 : 3 0 AM [X] PM [ ] Hora de finalización: [ ] [ ] : [ ] [ ] AM [ ] PM [ ]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Nicolás Ulloa Zanjón Roncancio	1016062898	Enlace de seguimiento a la situación técnica
Henny Stella Díaz Díaz	51.772.003	Enlace Cuentame ICBF -
Lina María Suárez Jaime	1018411196	Enlace de apoyo nutrición
Johanna Mora Bohórquez	52817883	Enlace Regional Convenios.

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Secretaría de Integración Social NIT: 899999061

III. DATOS DEL CONTRATO O CONVENIO

No. CASM: 1100941 2025 No. Cupos contratados: 1447 5

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

Código CUENTAME: 1100111499783 Regional: Bogotá Centro Zonal: Fontibón

Nombre Unidad de Servicio: 1223121INF Oso de anteojos.

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	107.
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)	77
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?	SI [X] NO [ ]

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del cumplimiento en condiciones de calidad.

COMPONENTE DE ATENCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
Ambe Edu. y Prote.	1	No se observa en la UO el aviso visible en el exterior de la misma.
Ambi Edu y Prot.	5	La UO presenta humedad en diferentes espacios muros y techos.
Ambi Edu y Prd	6	04 lavamanos se observa suelta la griferia.
Ambi Edu y Pro	9	No todos los muebles estan anclados a la pared.

VII. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del cumplimiento en condiciones de calidad.

COMPONENTE DE ATENCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

VIII. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del cumplimiento en condiciones de calidad

COMPONENTE DE ATENCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

IX. 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 así como situaciones adicionales que el profesional que realiza la verificación considere. Nota: Detalle el agente/actor involucrado en la situación.

X. 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 está de acuerdo con alguna situación descrita en el acta, por favor indique las razones que motivan su desacuerdo:

COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	

XI. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Shanny María Bohorquez	52817883	Enlace de convenios	
Nicolas Alonso Bayo Poncavela	1016062849	Enlace financiero	
Henny Stella Diaz Diaz	1772903	Enlace - Cuéntame	
Lina María Suarez Jaimes	1018411196	Enlace de apoyo nutricional	
Argenis Ruiz Muñoz	52493809	Enlace tecnico DDD	
Kirol Dayana Diaz R.	1032468740	Tec Cuentame	
Milton Sira	81692118	Comp. JDG	
Tomas Villamizar	80040366	Enlace Tecnico Operativo	
Paula Andrea Ruiz	41937371	Nutricionista	
Camila Alejandra Peña R	1012460590	Gestora Local	
Anita Garcia	52176792	Enfermera convenio	
Angie Pinzon Rodriguez	1076559908	Responsable del servicio	
Shirley Guzman Moreno	52819783	Aux Administrativo	

Nota 1: la verificación de las obligaciones incluidas en en esta acta, no exima 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 la entidad territorial.
Nota 2: esta acta aplica para verificación de las condiciones de calidad en las UDS de los servicios institucionales de Convenios

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!