BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE CONDICIONES DE CALIDAD EN LAS UDS DE CONVENIOS	F1.IN1.LM6.PP	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: [ ] Verificación de obligaciones contractuales EAS: [ ] Estratégica: [ ]

Modalidad:	Servicio:					
Institucional [ ]	Centro de Desarrollo Infantil [ ]	Hogar Infantil [ ]	Jardín Social [ ]	Hogar empresarial [ ]	HCB Múltiple [ ]	DIER [ ]
Familiar [ ]	HCB FAMI [ ]	DIMF [ ]	EIR [ ]	SERVICIO ESPECIAL PARA LA PRIMERA INFANCIA - INSTITUCIONAL		[X]
Comunitaria [ ]	Hogar Comunitario de Bienestar [ ]	HCB Agrupado [ ]	HCB Integral [ ]			
Propia e Intercultural [ ]	Forma de atención 1 [ ]	Forma de atención 2 [ ]	Forma de atención 3 Itinerante [ ]			

Fecha de verificación: 22/04/2025 Hora de inicio: 02 : 30 AM [ ] PM [X] Hora de finalización: [ ][ ] : [ ][ ] AM [ ] PM [ ]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Nicolas Alfonso Cayón	1016062848	Enlace de seguimiento financiero
Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Henny Stella Diaz Diaz	51.772.003	Enlace Cuartame. ICBF.
Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Lina Maria Suarez Jaimes	1018411196	Enlace Apoyo de nutrición
Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Johanna Meza B	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: 14,475

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

Código CUÉNTAME: 1100100065698 Regional: Bogotá Centro Zonal: Tunjuelito.

Nombre Unidad de Servicio:

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	139
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)	113
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?	SI / 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
Ambiente Edu y Prof.	6	Lavamanos con griferías sueltas
Salud y nutrición	61	Se observa, en el momento de verificación, en cocina, presencia de una cucaracha.
Salud y Nutri	66	Dos usuarios no cuenta con certificado Adres, para dos de los usuarios que no cuentan con el documento la coordinadora de la Unidad ha realizado la gestión para obtener el mismo.
Salud y Nutrición	68	Un usuario no cuenta con certificado de vacunas para verificar esquema, se encuentra desactualizado el certificado de un usuario.

VII. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describe 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
Salud y Nutrición	67	Tres usuarios no cuentan con certificado de crecimiento y desarrollo.

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.

Para la fecha de la visita según reporte cuentacue, se tiene activos en el sistema 111 participante, cuatro (4) de ellos no cuentan con toma nutricional.

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 esté de acuerdo con alguna situación descdrita en el acta, por favor indique las razones que motivan su desacuerdo:

COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	Dada la alerta reportada, por presencia de Vector (cucaracha) se aclara que desde la unidad se han realizado las solicitudes pertinentes, según la necesidad reportada. Donde se cuenta con Fumigaciones de 29/10/2024 y se realizo solicitud dada presencia nuevamente
COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	del mismo vector para el 14/02/2025 donde la realizan el 1 de marzo del presente año; adicionalmente la novedad se reporto en Formatos de seguimiento solicitados el 22 de enero del Presente año, y hasta la Fecha no se habian
COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	evidenciado nuevos vectores, para realizar nueva solicitud.

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO SEGUIMIENTO A ATENCIONES PRIORIZADAS

F2.IN14.MO12.PP	1/02/2022
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

MUESTRA DE CARPETAS USUARIOS

NOMBRE DE LA UDS/UA/UCA: Rafael Pombo

CÓDIGO DE LA UDS:

Instrucción: Señale con una X las opciones de respuesta, de acuerdo a lo verificado en cada una de las carpetas que hacen parte de la muestra documental de la UDS/UA/UCA

Nº	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE	NIÑO O NIÑA	MUJER GESTANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA/MUJER GESTANTE				AFILIACIÓN AL SGSSS (ADRES O CARNET)					FOTOCOPIA DE CARNÉ O CERTIFICADO DE VACUNAS DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE					CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO O CONTROL PRENATAL					TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS					ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA DEL DESARROLLO (EVCD-R)				
							CUENTA CON EL DOCUMENTO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON LA TOMA EN EL FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS	NO CUENTA CON LA TOMA	CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA (LA PERSONA EVALUADORA ESTÁ DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS ANTERIORES O POSTERIORES A LA ÚLTIMA TOMA)	NO CUENTA CON EL RESULTADO DE LA TOMA CARGADA EN QUIPUKAMAYOC	CUENTA CON LA EVCD-R CORRECTAMENTE APLICADA	EL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTA DE EVCD-R ESTÁ DESACTUALIZADO	NO CUENTA CON LA APLICACIÓN DEL FORMATO REGISTRO Y TESPUESTA DE LA ECVD-R	CUENTA CON SOPORTES DEL SEGUIMIENTO AL DESARROLLO
1	Luciano Contreras	X		1014748363	10/01/23	2A 3M	X							X	X	X									T	X								X
2	Carlos Mendoza	X		1016123907	12-06-23	1A 9M	X							X	X	X									T	X								X
3	Nia Luciana Vasquez	X		1016123195	22-04-23	2 Año	X							X	X	X						X												X
4	Emilia Betancur	X		1016123141	11-04-23	2 Años	X					X				X						X												X
5	Ashly Diaz	X		1016122248	29-09-22	2A 7M	X							X		X						X												X
6	Amelia Rodriguez	X		1016122238	04-10-22	2A 6M	X									X										X								X
7	Mario Paulo Cotoma	X		1026606455	03-11-24	5M	X				X						X					X				X								X
8	Alan Montoya	X		1015490375	01-11-24	5M	X				X	X				X										X								X
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO SEGUIMIENTO TALENTO HUMANO DE LAS EAS

F1.IN14.MO12.PP	1/02/22
Versión: 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

MUESTRA DE CARPETAS TALENTO HUMANO

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTADORA DEL SERVICIO : Rafael Pombo | **NIT DE LA EAS:** | **No. CASM:**

Nº	NOMBRE COMPLETO TALENTO HUMANO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO (firma del contrato)	CARGO	PERFIL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CERTIFICADOS DE ESTUDIOS		TARJETA PROFESIONAL O DE REGISTRO PROFESIONAL O TECNOLÓGICO (SI APLICA)			COPIA DEL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS)			CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL		CONTRATO LEGAL FIRMADO Y VIGENTE		AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (PENSIONES, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES)		ANTECEDENTES JUDICIALES, DISCIPLINARIOS Y DE RESPONSABILIDAD FISCAL ACTUALIZADOS		CERTIFICADO DEL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC) DE LA POLICÍA NACIONAL		EXÁMEN PREOCUPACIONAL Y CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (aplica para las manipuladoras de alimentos y madres comunitarias)			TALENTO HUMANO REPORTADO EN EL CUENTAME	
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	N/A	SI	NO	NA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NA	SI	NO
1	Lady Viviana Duque	1016010596	12-03-25	AE		X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			X	
2	Shirley Nagelly Latino	1016009441	05-03-25	AE		X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			X	
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO:

CARGO: Coordinador **CD** o Director del servicio hogar infantil **DHI**, Auxiliar administrativo **AA**, Agentes educativos **AE**, Auxiliar pedagógico **AP**, Profesional psicosocial **PP**, Profesional en Salud y Nutrición **PSN**, Auxiliar de servicios generales **ASG**, Manipulador de alimentos **MA**, Madre Comunitaria **MC**, Agente Educativo Comunitario **AEC** y Dinamizador Comunitario **DC (el perfil AEC y DC aplica para la Modalidad Propia e Intercultural)**

PERFIL: Coodinador (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Auxiliar administrativo (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Agentes educativos (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo 1 - **PO1**, Perfil 2 - **P2**), Auxiliar pedagógico (perfil 1 - **P1**, Perfil 2 - **P2**, Perfil optativo 2 - **PO2**), Profesional psicosocial (perfil 1 - **P1**, Perfil 2 - **P2**), Profesional en Salud y Nutrición (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo 1 - **PO1**, perfil 2 - **P2**, Perfil optativo 2 - **PO2**), Auxiliar de servicios generales **ASG**, Manipulador de alimentos (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Madre Comunitaria **MC**, Agente Educativo Comunitario **AEC** (perfil 1 - **P1**, perfil optativo -**PO** y Dinamizador Comunitario **DC (el perfil AEC y DC aplica para la Modalidad Propia e Intercultural)**

NOTA 1: Verifique que el talento humano se ajusta a los perfiles exigidos o perfiles optativos, de acuerdo con cargo y según lo solicitado en la tabla perfiles de los cargos dispuesto en el estándar 10 de los Manuales Operativos Para la Atención a la Primera Infancia.

NOTA 2: Para los casos donde se encuentre un perfil optativo, verifique la validación en acta de comite Técnico Operativo.

NOTA 3: Verifique que el número de personas contratadas, asegura la atención del total de niñas y niños de acuerdo con las tablas de proporción del talento humano establecidas.

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

XI. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Nicolas Alfonso Garzón Roncancio	1016062848	Enlace financiero	
Lina María Suarez Jaimes	1018411196	Enlace de Apoyo Nutrición	
Henny Stella Diaz D	51772003	Enlace Contaduría	
Johanna Meza B	52817883	Enlace Rg. Convenios	
Diana Paola Cruz Moreno	1014191595956	Responsable 4,0.	
[illegible] V. Manrique R	80040366	Enlace Técnico Operativo	
Argenis Ruiz Mora	52498809	Enlace técnico SDD	
Camila Alejandra Pardo R	1012426050	Gestora local	
Laura Daniela Diaz R	1032468740	Tec Contaduría	
Daniel Garcia	52119767	Enfermera	
Paola Bibiana Caviedes	52327135	Nutricionista	
Milton Serna V	80160218	Jurídico.	

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 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!

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