



ACTA DE VISITAS DE SUPERVISIÓN
VISITAS A EAS, MODALIDAD, VERIFICACIÓN DE MINUTA Y COBERTURA,
ESPECIAL, ESTRATÉGICA Y
SEGUIMIENTO A COMPROMISOS.
SUPERVISIÓN PRIMERA INFANCIA

DATOS IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO <i>Fundación P. Oronio - INPEC</i>		NIT EAS <i>900191617</i>		No. CASM <i>1712/2016</i>		Fecha CASM <i>01-11-16</i>	
DIRECCION EAS <i>Cra. 62 # 77-23</i>		MUNICIPIO <i>Bogotá</i>		BARRIO / VEREDA		TELEFONO EAS <i>2256169</i>	
MODALIDAD CONTRATADA <i>Reclusión / FAMI</i>		REGIONAL <i>Bogotá</i>		CENTRO ZONAL <i>B. Unidos</i>		NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO <i>Adriana Rojas Mejica</i>	
SERVICIO <i>Reclusión / FAMI</i>	CUPOS CONTRATADOS <i>58</i>	REGIONAL <i>Bogotá</i>		CENTRO ZONAL <i>B. Unidos</i>		NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO <i>Adriana Rojas Mejica</i>	

TIPO DE VISITA	FECHA VISITA 1 DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2 DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3 DD/MM/AAAA
VISITA A EAS	<i>09/04/18</i>		
VISITA MODALIDAD			
VISITA MINUTA Y COBERTURA			
VISITA ESPECIAL	<i>17/04/18</i>	<i>19/04/18</i>	
SEGUIMIENTO A COMPROMISOS			
VISITA ESTRATÉGICA			

DATOS UNIDAD DE SERVICIO - UDS

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO <i>El Esplendor</i>	CODIGO UDS <i>1100100133459</i>	TELÉFONO UDS <i>2347474</i>	DIRECCION UDS VISITADA <i>Cra 58 # 80-95</i>	BARRIO / VEREDA <i>B. Unidos</i>
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA UDS <i>C.C. 26 683083</i>	C.C. DEL RESPONSABLE UDS <i>Elizabeth Rosas</i>	TELÉFONO <i>3214531827</i>	E-MAIL <i>rmbogotá.inpec.co</i>	

1. INICIO DE LA VISITA DE SUPERVISIÓN (AGENDA)	VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Presentación del profesional que realiza la visita de supervisión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialización del objetivo de la visita de supervisión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación de la metodología de la visita de supervisión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación del instrumento de supervisión al momento de la visita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERIFICACIÓN DE MINUTA Y COBERTURA (Registre cantidades en términos numéricos. No agregue puntos ni comas)	VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
	N	M/G	N	M/G	N	M/G
Número de niños y niñas registrados en Sistema CUÉNTAME	<i>17</i>	<i>2</i>	<i>20</i>	<i>14</i>		
Número de niños y niñas registrado en el RAM	<i>17</i>	<i>2</i>	<i>20</i>	<i>14</i>		
Número de niños y niñas evidenciados en la Unidad de Servicio	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>21</i>	<i>14</i>		
Total de usuarios atendidos en el momento de la visita registrado en CUÉNTAME	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>20</i>	<i>14</i>		

HALLAZGOS VISITA DE SUPERVISIÓN

COMPONENTE	# VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	COMPROMISOS	Fecha de cumplimiento Inicial (dd/mm/aaa)	CUMPLIDO		Fecha de cumplimiento Final (dd/mm/aaa)	CUMPLIDO	
					SI	NO		SI	NO
Familia Comunidad y Redes	2	Compromisos y Cuidado con	Alan Ortiz Vargas - Acta compromiso Tutoría Abby Cuervo Guzmán - Acta compromiso Tutoría Danni Alexey Umburcar - Acta compromiso Tutoría Jociana Sanchez - Acta compromiso Tutoría	16/04/18	X				
Proceso Pedagógico	1	Planificación Pedagógica	Actualizar y Organizar la planeación pedagógica diaria, se evidencia inicio planeo.	16/04/18	X				
Salud y Nut	2	CyD	Soportar los controles de CyD de Alan Smith Ortiz, Junita Salomé Muñoz, Mariangel García Perea y/o compromiso con el INPEC.	16/4/18	X				

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

Revisión de actas, respecto a las situaciones que dieron sustento a la apertura de requerimiento al contrato de aparte.
 Revisar el Plan de emergencia; mejorar el almacenamiento de los cepillos de dientes de los N.N.; Realizar el Plan de intervención individual del niño Juan Jose Moreno Reyes, de acuerdo al estudio de nutrición actual.

Se realiza validación

VISITA 2

VISITA 3

3. OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SERVICIO QUE RECIBE LA VISITA. (Marque con una X según corresponda). En el caso que su respuesta no sea afirmativa, describa el motivo de su respuesta.	VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Está de acuerdo con el desarrollo de la visita?	X	NO	X	NO	SI	NO
¿El profesional que realizó la visita mantuvo el respeto y la cordialidad durante el desarrollo de la visita?	X	NO	X	NO	SI	NO
¿Está de acuerdo con las observaciones de la visita?	X	NO	X	NO	SI	NO
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
# VISITA/ COMPONENTE/ # VARIABLE/ CRITERIO/ ARGUMENTO						
4. CIERRE DE VISITA DE SUPERVISIÓN	VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Presentación de las observaciones de la visita de supervisión por parte del profesional que realiza la visita	X	NO	X	NO	SI	NO
Entrega y firma del acta	X	NO	X	NO	SI	NO
Horario de inicio de la visita de supervisión:	10:00 am		8:30 am			

Hora de finalización de la visita de supervisión:		3:00 P.M	4:00 PM	
5. MIEMBROS DE LA UNIDAD DE SERVICIO QUE PARTICIPARON EN LA VISITA DE SUPERVISIÓN		FIRMA VISITA 1	FIRMA VISITA 2	FIRMA VISITA 3
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
Elizabeth Rocas Castellanos	46683083	Elizabeth		
Yenny Patricia Antonio Poueda	52235810	Yenny P		
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
6. NOMBRES DEL PROFESIONAL O PROFESIONALES DE APOYO QUE REALIZARON LA VISITA DE SUPERVISIÓN		FIRMA VISITA 1	FIRMA VISITA 2	FIRMA VISITA 3
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
Nathaly Joliett Quate Garcia	1018120338	Nathaly	Nathaly	
Margarita Pereira	31790643	Margarita	Margarita	
Marcelo Quate Quate	5188193	Marcelo		
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
<p>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.</p> <p>Nota 2: Los componentes, obligaciones y variables señaladas en el ítem número 2 de este Acta, se refieren exclusivamente a aquellos respecto de los cuales se evidenciaron hallazgos y se establecieron compromisos una vez aplicado todo el instrumento de visita dado a conocer a la UDS o EAS, según sea el caso.</p> <p>Nota 3: Este acta aplica tanto para visita a UDS como a EAS, según sea el caso.</p>				