



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		NIT EAS		No. CASM	Fecha CASM
FUNDACION COLOMBO ALEMANA VOLVER A SONREIR		80401576		689	2018
DIRECCION EAS		MUNICIPIO	BARRIO / VEREDA	TELEFONO EAS	MODALIDAD CONTRATADA
CAJAL 202B # 14-70		BUCARANANGA	CONZALO CHAMITA		INSTITUCIONAL
SERVICIO	CUPOS CONTRATADOS	REGIONAL	CENTRO ZONAL	NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO	
	15	SANTANDER	CARLOS UERAS D.	SANDRA THOEN ALVAREZ	
TIPO DE VISITA	FECHA VISITA 1. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3. DD/MM/AAAA		
VISITA A EAS	FECHA VISITA 1. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3. DD/MM/AAAA		
VISITA MODALIDAD	FECHA VISITA 1. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3. DD/MM/AAAA		
VISITA MINUTA Y COBERTURA	FECHA VISITA 1. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3. DD/MM/AAAA		
VISITA ESPECIAL	06/03/2018	16/03/2018	20/03/2018		
SEGUIMIENTO A COMPROMISOS	FECHA VISITA 1. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3. DD/MM/AAAA		
VISITA ESTRATÉGICA	FECHA VISITA 1. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 2. DD/MM/AAAA	FECHA VISITA 3. DD/MM/AAAA		

DATOS UNIDAD DE SERVICIO - UDS

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO	CODIGO UDS	TELÉFONO UDS	DIRECCION UDS VISITADA	BARRIO / VEREDA
MIS HUELLITAS	6800112862	6760494	Prolongación CALLE 45 VIA CHAMITA	CHAMITA
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA UDS	C.C. DEL RESPONSABLE UDS	TELÉFONO	E-MAIL	
JULIANA AMPARO ABRIL	63361927	3166757612	SALICINA-RUIXADANANGA @ POPR	

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	X	NO	X	NO	X	NO
Socialización del objetivo de la visita de supervisión	X	NO	X	NO	X	NO
Presentación de la metodología de la visita de supervisión	X	NO	X	NO	X	NO
Presentación del instrumento de supervisión al momento de la visita	X	NO	X	NO	X	NO

VERIFICACIÓN DE MINUTA Y COBERTURA (Registre cantidades en términos numéricos. No agregue puntos ni comas)	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3
Número de niños y niñas registrados en Sistema CUÉNTAME	8	8	8
Número de niños y niñas registrado en el RAM	10	10	10
Número de niños y niñas evidenciados en la Unidad de Servicio	40	40	40
Total de usuarios atendidos en el momento de la visita registrado en CUÉNTAME	8	8	8

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
			AL MOMENTO DE LA VISITA SE OBSERVA QUE EL JARDIN INFANTIL CUENTA Y CUMPLE CON LA MINUTA PATRON, LOS CRITERIOS DE VERIFICACION. SE RECOMIENDA CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES. CABE ACLARAR QUE EL HOGAR INFANTIL NO CUENTA CON EL CUPO CONTRATADO, DEBIDO A QUE LA DEMANDA DE BENEFICIARIOS ES BAJA.						

2 CIERRE DE VISITA OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA VISITA

• SE OBSERVA HOGAR EN EXCELENTES CONDICIONES, CUMPLE CON LOS ESTANDARES.

VISITA 1

• EL REFUGIO HOGAR MIS HUELLITAS ES UN HOGAR APROPIADO.

• SE REALIZA VISITA #2 DE SUPERVISION: SE REALIZA VERIFICACION DE COBERTURA, ESTANDARIZACION DE PORCIONES. SE EVIDENCIA ADECUADO MANEJO DE PORCIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE ENTREGA COPIA DE ACTA DE VISITA.

Se realiza verificación de minuta Patrón, Estandarización de recetas, y se evidencia adecuación, servicio y distribución de alimentos. Respecto a la cobertura el coetáneo reportan 8 beneficiarios y están registrados en el nombre y documento de la mamá. Se solicita agilizar los subsistemas de este documento lo antes posible.

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?	✓	NO	X	NO	X	NO
¿El profesional que realizó la visita mantuvo el respeto y la cordialidad durante el desarrollo de la visita?	✓	NO	X	NO	X	NO
Está de acuerdo con las observaciones de la visita?	✓	NO	X	NO	X	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						

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	✓	NO	X	NO	X	NO
Entrega y firma del acta	✓	NO	X	NO	X	NO
Hora de inicio de la visita de supervisión:	9:00am		9:00am		8:40am	
Hora de finalización de la visita de supervisión:	12:00pm		11:05am		10:00am	

6. MIEMBROS DE LA UNIDAD DE SERVICIO QUE PARTICIPARON EN LA VISITA DE SUPERVISIÓN		FIRMA VISITA 1	FIRMA VISITA 2	FIRMA VISITA 3
NOMBRE COMPLETO JULIANA ANANDA ROSA QUINONES	DOCUMENTO IDENTIDAD 63361927			
NOMBRE COMPLETO Erika Silvana Gozvara C	DOCUMENTO IDENTIDAD 10918641080			
NOMBRE COMPLETO Laura Marcela Pinzon Hernandez	DOCUMENTO IDENTIDAD 10978685823			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			

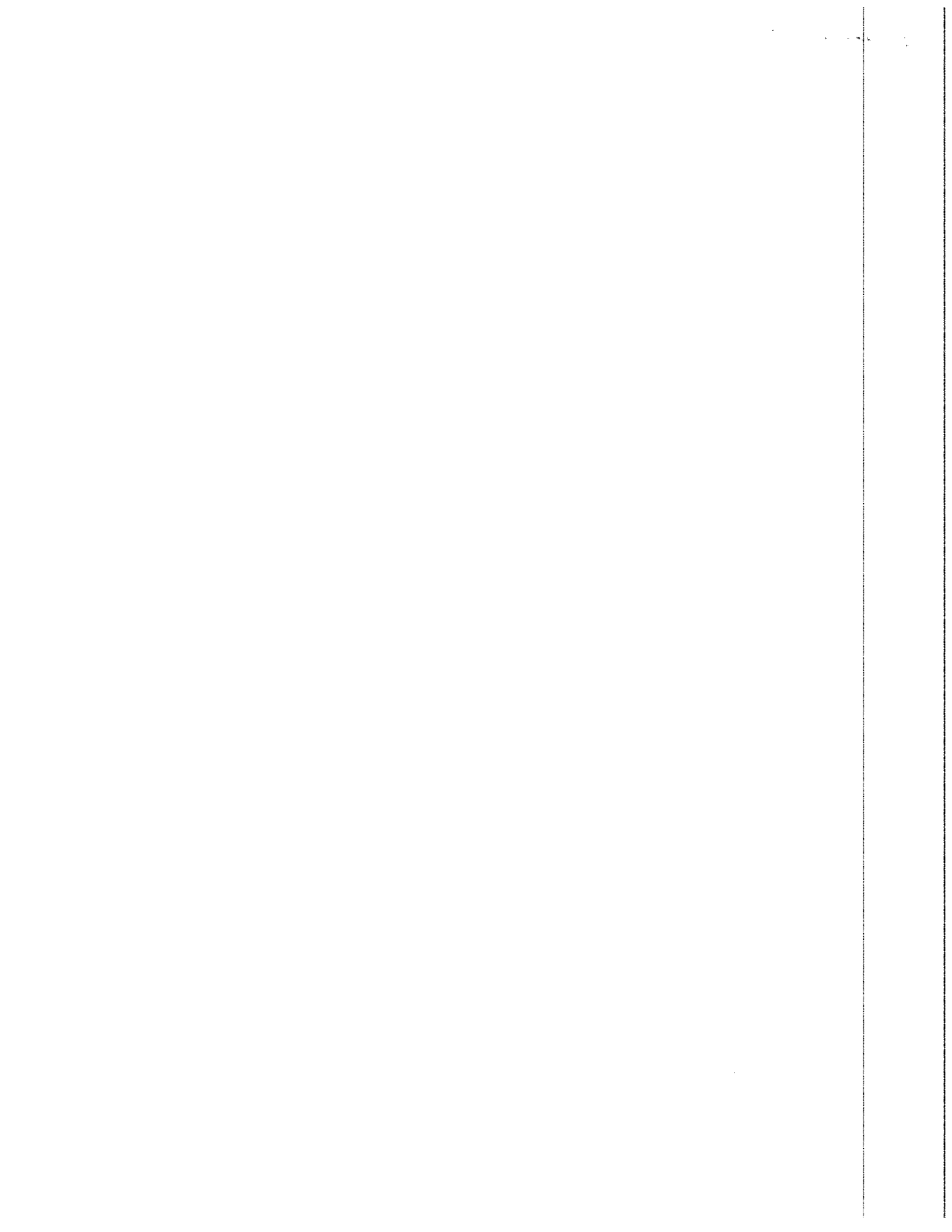
6. NOMBRES DEL PROFESIONAL O PROFESIONALES DE APOYO QUE REALIZARON LA VISITA DE SUPERVISIÓN		FIRMA VISITA 1	FIRMA VISITA 2	FIRMA VISITA 3
NOMBRE COMPLETO MARIA MARCELA ROSA CROZ	DOCUMENTO IDENTIDAD 52992149			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			


NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO IDENTIDAD			

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 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.

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



 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO VECESIO INSTRUCTIVO INSTRUMENTO ESPECIAL DE SUPERVISION TODAS LAS MODALIDADES	PROCESO PROMOCION Y PREVENCION	ITR G12/PP 02/02/2018
	Version 1 Página 28 de 32	

Anexo 2. Relación de la Población Beneficiaria

Número UDS	Nombre	NUIP	Fecha de Ingreso DD/MM/AAAA	Edad	Registro Civil o Cedula de Ciudadanía		Ficha de Caracterización		Acta de Formalización Acuerdos y Compromisos		Afiliación al SGSSS		Crecimiento y Desarrollo		Controles Prenatales		Vacunación		Seguimiento Nutricional		Escala Cualitativa	
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Elizabeth Gonzalez Solis	1098099604	22/11/17	9	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
2	Dagana M Idalgo R.	1042005503	16/08/19	10	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
3	Sharit Nicole Rinon Rentt	1096247395	07/11/19	1	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
4	David Santiago Correa V.	1097949259	01/09/19	1	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
5	Kennner Mathias Francisco	1100935173	26/02/18	7	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
6	Maria Jose Figueroa C.	1097508664	01/10/17	2	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
7	Itzel Samara Colcano	1094211503	12/04/17	10	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
8	Emmanuel S. Hernandez	1099746399	28/11/16	11	X		X		X		X		X		N/A		X		X		N/A	
9																						
10																						

Antes de imprimir este documento, preñese en el medio ambiente.
 Antes de imprimir este documento, preñese en el medio ambiente.
 Antes de imprimir este documento, preñese en el medio ambiente.

