

I. DATOS GENERALES

Fecha de verificación: **08/09/2025**
 Hora de inicio: AM ☒ PM ☐

Regional: **Huila**
 Centro Zonal: **Pitalito**

Nombre profesional encargado de la verificación: **Eny Juliana clares**
 No. Identificación: **31.711.220**
 Cargo: **Seguimiento a la Ejecución**

Nombre profesional encargado de la verificación:
 No. Identificación:
 Cargo:

Tipo de instrumento: EAS ☐ UDS ☒ Especial ☐

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, UDS/UA/UCA Y EAS

Modalidad: Institucional ☐ Familiar y Comunitaria ☒ Propia e Intercultural ☐

Servicios:

Centro de Desarrollo Infantil ☐	HCB FAMI ☐	Jardines Interculturales de Educación Inicial ☐
Centro de Educación Inicial ☐	HCB FAMI BIENVENIR ☐	Educación Inicial Campesina ☐
Hogar Infantil ☐	Educación Inicial en el Hogar ☐	Educación Inicial Propia e Intercultural ☐
Desarrollo Infantil en Restablecimiento de Reclusión ☐	HCB ☒	Proyectos Propios y autónomos de Educación Inicial ☐ Cuál: <input type="text"/>
	Jardines Comunitarios ☐	

Nombre Entidad Administradora del Servicio: **Corporación Huellas de Amor para tu Vida**
 NIT: **900792801**

No. de contrato: **41007002024**
 No. Usuarios contratados:

Nombre Unidad de Servicio: **HCB- El Bosquesito**

Código CUENTAME: **4150300029156**
 Dirección: **Vereda paraguay**

Municipio: **Oporapa**

III: COBERTURA Y ASISTENCIA EN LA UDS/UA/UCA (no diligenciar en verificación a EAS)

Registre el total de usuarios asignados a la UDS/UA/UCA

1	2
0	6

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)

☒	NO CUMPLE
☒	NO CUMPLE

¿Los usuarios registrados en el RAM corresponden a los usuarios presentes en la UDS/UA/UCA al momento de la verificación?

☒	NO CUMPLE
-------------------------------------	-----------

¿El número de usuarios registrados en el CUENTAME corresponden a los asignados a la UDS/UA/UCA?

☒	NO CUMPLE
-------------------------------------	-----------

IV. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL / COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR O LINEAS DE ACCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
			<p>Se evidencia durante el desarrollo de la visita cumplimiento en los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrativo y de gestión 2. Ambientes educativos y protectores 3. Familia Comunidad y redes 4. Proceso pedagógico 5. Salud y Nutrición

IV. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL / COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR O LINEA DE ACCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
			<p>En la verificación de las carpetas de los participantes se evidencia el cumplimiento en las atenciones priorizadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad del documento de identidad 2. Afiliación al S6555 3. Certificado de Vacunas 4. Control de crecimiento y desarrollo 5. Toma de medidas antropométricas. 6. Escala de Valoración Cualitativa del desarrollo. <p>• Se verificaron las pólizas y se encuentran dentro del cumplimiento de la obligación contractual.</p>

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA VERIFICACIÓN

Instrucción: Describa diferentes situaciones identificadas durante el desarrollo de la verificación, en las cuales intervienen agentes/actores externos necesarios para garantizar la atención a los usuarios en condiciones de calidad y el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la EAS, así como situaciones adicionales que el profesional que realiza la verificación considere. Nota: Detalle el agente/actor involucrado en la situación.

Se evidencia el formato de visitas del equipo interdisciplinario a UDS con sub formato por la vigencia.

VI. OBSERVACIONES DE QUIEN RECIBE LA VERIFICACIÓN

Instrucción: En caso que la EAS no esté de acuerdo con alguna situación descrita en el acta, por favor indique las razones que motivan su desacuerdo, especificando la obligación contractual, componente de calidad, número de verificador.

VII. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Kelly Johana Cuellar.	1089899089	madre comunitaria	Jor.
Ery Yuliana Claros C.	31.711.220	prof-Seq.Ejec	

Hora de Finalización: : AM ☐ PM ☐

Nota 1: La verificación de las obligaciones incluidas 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 el ICBF.
 Nota 2: El formato acta de verificación, debe contar con las firmas originales de todos los participantes (No digitales)
 Nota 3: Al finalizar la verificación se debe garantizar que la UDS/UA/UCA o EAS cuente con una copia del formato acta de verificación.