I. DATOS GENERALES

Fecha de verificación: 13/03/2026 **Hora de inicio:** 09:30 AM [X] PM [ ]

Regional: ANTIOQUIA **Centro Zonal:** ABURRÁ SUR

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
JAELY ANDREA GONZALEZ VARGAS	52827424	SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN TÉCNICA

Tipo de instrumento: EAS [ ] UDS [X] Especial [ ]

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

Modalidad:

Institucional		Familiar y Comunitaria	X	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	X	Proyectos Propios y autónomos de Educación Inicial		Cuál:
		Jardines Comunitarios				

Nombre Entidad Administradora del Servicio: CORPORACION CREER MAS **NIT:** 901298444

No. de contrato: 05020432025 **No. Usuarios contratados:** 274

Nombre Unidad de Servicio: HOGAR FELIZ

Código CUÉNTAME: 053801124766 **Dirección:** KR 57 76 B SUR 70 INT 301

Municipio: LA ESTRELLA

¡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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012

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	11	
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)	5	
¿Los usuarios registrados en el RAM corresponden a los usuarios presentes en la UDS/UA/UCA al momento de la verificación?	CUMPLE	NO CUMPLE
¿El número de usuarios registrados en el CUENTAME corresponden a los asignados la UDS/UA/UCA?	CUMPLE	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
Salud y nutrición	Línea 4	10	No se evidencian canecas para la disposición de residuos con sus respectivas bolsas (blanco, negro y verde), las canecas dispuestas son de un litro y no cumplen a cabalidad.
Salud y nutrición	Línea 4	15	No se evidencian rótulos para alimentos perecederos frutas y verduras.
Administrativo y de gestión	Línea 1	33	Se evidencia en el Registro de Asistencia Mensual – RAM enmendadura con corrector y la edad en meses no corresponde en febrero y marzo.
Proceso pedagógico	Línea 3	50	No se evidencia registro del seguimiento al desarrollo integral de los niños y niñas para el mes de febrero.
Salud y nutrición	Línea 1	56	Dos participantes no cuentan con soporte actualizado de asistencia a citas de valoración integral en salud (crecimiento y desarrollo)
Salud y nutrición	Línea 1	57	Un participante no cuenta con soporte de vacunación actualizado.
Administrativo y de gestión			No se evidencian elementos de aseo suficientes para la prestación del servicio.
Administrativo y de gestión			No se evidencia registro de beneficiarios en el Sistema de Información Cuéntame, no se evidencia reporte de toma de medidas antropométricas en el Cuéntame.
Administrativo y de gestión			Se evidencia participante con un año y cuatro meses con ingreso en febrero de un año y tres meses.
Salud y nutrición			Se evidencia compra de bebida láctea yo Golán

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

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

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 realiza visita de verificación de condiciones de calidad en el servicio HCB Comunitario, según la Guía Operativa del servicio Hogar Comunitario de Bienestar familiar, manual técnico modalidad familiar y comunitaria y Instrumento Estratégico de Verificación en las UDS del Servicio HCB y HCB Integral v1.

La Madre Comunitaria manifiesta que no recibe gorro y tapabocas par parte de la EAS

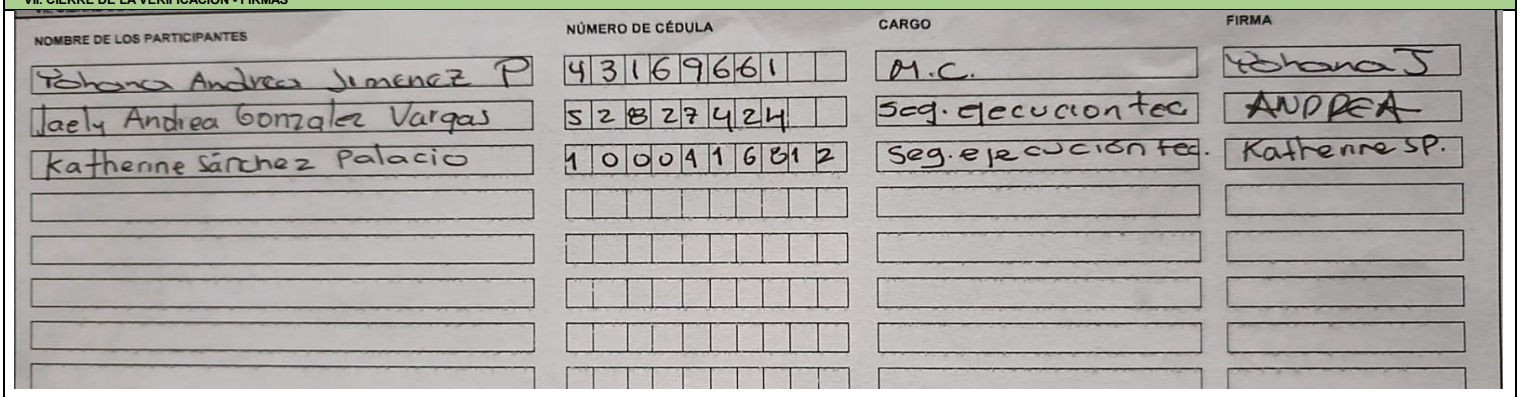
La póliza evidenciada tiene cobertura hasta el 30 junio.

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.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012

VII. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS



NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Yohana Andrea Jimenez P	43169661	M.C.	Yohana J
Jaely Andrea Gonzalez Vargas	52827424	Seg. ejecucion tec	ANDREA
Katherine Sánchez Palacio	1000411681 2	Seg. ejecución tec.	Katherine SP.

Hora de Finalización: 12 : 35 **AM** X **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.

¡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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL IBA Y A LA LEY 1581 DE 2012