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:
OLGA LUZ BERRIO POSADA	43564141	PROFESIONAL DE 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	Propia e Intercultural
☐	X	☐

Servicios:

Centro de Desarrollo Infantil	☐	HCB FAMI	☐	Jardines Interculturales de Educación Inicia	☐
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	No. Usuarios contratados:
05020432025	274

Nombre Unidad de Servicio: LAS ORQUIDEAS

Código CUÉNTAME: 0538000120317 **Dirección:** CRA. 56 C 77 C 145 INT 201

Municipio: LA ESTRELLA

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	12	
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)	10	
¿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	LINEAS DE ACCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 1. Articulación para la atención en salud	57	Un participante no cuenta con el soporte de vacunas
AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES	Línea 1. Gestión de riesgos de accidentes y desastres	42	En la unidad de servicio no se evidencia el registro de novedadesde una día de marzo
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 4. Acceso y consumo diario de alimentos sanos y seguros con enfoque territorial	13	Se evidencian los exámenes médicos para manipular alimentos, sin embargo, no se observa el certificado de manipulación del esposo quien apoya la realización de los alimentos
PROCESO PEDAGÓGICO	Línea 1. Proyecto y planeación pedagógica	26	En la UDS se evidencia la planeación pedagógica, sin embargo, no se observa la reflexión pedagogica de manera diaria, de igual manera esta debe ser mas descriptiva
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 5. Evaluación y seguimiento del estado nutricional.	43	En la UDS se evidencia el formato de captura de datos antropométricos, sin embargo, falta dos participante por la toma, así mismo al no estar inscritos los participantes en cuéntame no tienen el cargue de los datos antropométricos en cuéntame
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 2. Acciones para posibilitar la participación ciudadana□ □	53	En la UDS no se evidencia la socialización del buzón de PQRS, la madre comunitaria refiere que se socializó via watsap
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 5. Evaluación y seguimiento del estado nutricional.	48	En la UDS se evidencia el fomato de signos y sintomas asociados a la desnutrición, en el cual faltan dos participantes
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 1. Articulación para la atención en salud	58	En la UDS no se evidencia la valoración de salud oral de los participentes, según la MC la jornada se llevará a cabo la semana siguiente
SALUD Y NUTRICIÓN	Línea 1. Articulación para la atención en salud	56	Dos participantes tienen el certificado de valoración integral en salud desactualizado y cinco participantes no cuentan con el documento
AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES	Línea 1. Gestión de riesgos de accidentes y desastres	41	Se evidencia la póliza de accidentes de los participantes, sin embargo, la cobertura se encuentra hasta el 30 de junio y el contrato está vigente hasta el 31 de julio, así mimso un participante no se evidencia inscrito en la póliza
ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN	Línea 1. Acciones de identidad de un servicio de educación inicial	33	El RAM en físico se encuentra diligenciado de manera correcta, sin embargo, en cuéntame no están registrados los participantes

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

. La UDS tiene una baja cobertura, a la fecha tiene 11 participantes, tiene autorizado el ingreso sólo de 12 participantes
. Un participante tiene la afiliación a salud en Santiago de Cali, no se evidencia el certificado de portabilidad
. En el baño de la unidad de servicio se evidencia productos químicos en el piso.
. En la UDS no se evidencia el botiquín para la atención de emergencias, la MC refiere que lo ha solicitado varias veces a la entidad

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.

¡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

VII. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Luz Mery Castro V	1127928	MC	Luz Mery C.
Olga Luz Bento Pascuda	43564144	Prof. Sgte Técnico	Olga Bento

Hora de Finalización: 0 2 : 0 0 **AM** [ ] **PM** [X]

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