BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS	F25.MT1.PP	18/06/2025
		Versión 1	Página 1 de 4
		Clasificación de la Información: Pública	

I. DATOS GENERALES

Fecha de verificación 14 05 2026 **Hora de inicio:** 09 00 **AM** X **PM**

Regional ANTIOQUIA **Centro Zonal** SUROESTE

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
ANA MARÍA ZAPATA ZAPATA	32110535	PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN ROL TECNICO

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 In	[ ]
Centro de Educación Inicial	[ ]	HCB FAMI BIENVENIR	[ ]	Educación Inicial Campesina	[ ]
Hogar Infantil	[ ]	Educación Inicial en el Hogar	[X]	Educación Inicial Propia e Intercultural	[ ]
Desarrollo Infantil en Restablecimiento de Reclusión	[ ]	HCB	[ ]	Proyectos Propios y autónomos de Educación Inicial	[ ] Cuál:
		Jardines Comunitarios	[ ]		

Nombre Entidad Administradora del Servicio: FUNDACIÓN EDUCADORA CARLA CRISTINA **NIT:** 890901524

No. de contrato 5020972025 **No. Usuarios contratados:** 328

Nombre Unidad de Servicio: ESE SAN JUAN DE DIOS

Código CUÉNTAME: 58561136975 **Dirección:** CARRERA 12 N.6-31

Municipio VALPARAISO

¡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	21	
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: X
¿El número de usuarios registrados en el CUENTAME corresponden a los asignados la UDS/UA/UCA?	CUMPLE: X	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
AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES	41 Y 45	4	LA UA NO CONTABA CON INSUMOS DE BOTIQUIN COMPLETOS PARA EL SERVICIO SEGUN GUIA DE DOTACIÓN (ELEMENTOS DE EMERGENCIAS). EL PLAN DE GESTION DE RIESGOS DE ACCIDENTES NO SE ENCUENTRA CONTEXTUALIZADO AL SERVICIO (ACCIONES DE MITIGACIÓN-PREVENCION SE OBSERVÓ)
	44	34	EN LA UA SE OBSERVÓ SOPORTE DE POLIZA GENERAL DEL SERVICIO, NO SE CONTÓ CON REGISTRO O BASE DE DATOS DE LOS PARTICIPANTES Y SU FECHA DE VINCULACIÓN A LA POLIZA DE ACCIDENTES.
TALENTO HUMANO	31	26	LA UA NO CUENTA CON EL PERSONAL COMPLETO ESTABLECIDO PARA EL SERVICIO (FALTA PROFESIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN)
PROCESO PEDAGOGICO	29	46	NO SE CONTABA CON CRONOGRAMA, SOPORTES Y ACTAS DE LAS JORNADAS DE REFLEXIÓN PEDAGOGICA.

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

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR O LINEAS DE ACCIÓN	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
SALUD Y NUTRICIÓN	15	40	NO SE EVIDENCIÓ REGISTRO EN NOVEDADES NI SOPORTES DE LOS SEGUIMIENTOS ANTROPOMETRICOS PARA LOS PARTICIPANTES QUE PRESENTAN DIAGNOSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN, ASÍ MISMO, SE IDENTIFICÓ EN CUENTAME QUE NO SE CUENTA CON EL RESPECTIVO REGISTRODE SEGUIMIENTO SEGUN LA PERIODICIDAD ESTIPULADA PARA LOS CASOS DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN (QUINCENAL)
	15	41	EN LA UA NO SE CONTABA CON REGISTRO DE TOMA DE PERIMETRO BRAQUIAL Y SIGNOS FISICOS DE LOS PARTICIPANTES.
	13 Y 14	13	SE IDENTIFICÓ QUE LA FRUTA CORRESPONDIENTE AL RLC-REFRIGERIO (BANANO) SE ENCONTRABA EN ESTADO DE SOBREMADURACIÓN Y PRESENTABA MAGULLADURAS.
FAMILIA COMUNIDAD Y REDES SOCIALES	4	2	LA UA NO CONTABA CON PLAN DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL NI CON SOPORTES Y/O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE ARTICULACION
	2	N/A	SE IDENTIFICÓ LA FICHA DE CARACTERIZACION (FORMATO EXCEL) DESACTUALIZADA PUESTO QUE FALTA EL REGISTRO DE 5 PARTICIPANTES SEGÚN USUARIOS ACTIVOS A LA UA. ASÍ MISMO, NO SE CONTÓ CON EL ANALISIS DE LA CARACTERIZACION.
	6	N/A	NO SE EVIDENCIÓ PLAN DE FORMACIÓN A FAMILIAS, CRONOGRAMA NI ACTAS QUE EVIDENCIE EL DESARROLLO DE ESTE PROCESO EN LA UA

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

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.

1. SE REALIZÓ VERIFICACIÓN EN SITIO A LA UA EVIDENCIANDO 21 PARTICIPANTES VINCULADOS Y 5 SISTENTES AL EEG (ENCUENTRO GRUPAL CORRESPONDIENTE AL GRUPO 2 DE LA UA)

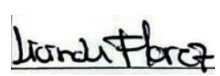
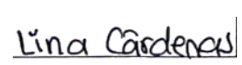
2. EN EL FORMATO DE PLANEACIÓN DEL EEG NO SE EVIDENCIÓ EL REGISTRO DE ANALISIS Y PRIORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y ACCIONES PARA LA UA

3. FORTALECER LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO A INASISTENCIA YA QUE SE OBSERVÓ EN RAM DIVERSOS EEG CON ESTA SITUACIONES DE INASISTENCIA

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
LICINDY FLOREZ MEJIA	1041610157	AUXILIAR PEDAGOGIA	
LINA MARCELA CARDENAS ARREDONDO	1038627348	AGENTE EDUCATIVA	
ANA MARÍA ZAPATA ZAPATA	32110535	PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN ROL TECNICO ICBF - CZ SUROESTE	

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.

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