## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO:** Orito | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Las Cabañitas | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Sandra Noriega 3133153576 |
| **DIRECCIÓN DE LA UDS:** C/ Siberia | **TELÉFONO UDS:** 3133153576 |
| **MODALIDAD: COMUNITARIA** | **SERVICIO: HCB-COMUNITARIO** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11-12-2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.D.S**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Siendo las 8:AM de la mañana del día viernes 11 de Diciembre revise los paquetes alimentarios del hogar las cabañitas donde observo qe estan en buen estado y en un lugar adecuado

Escaneado con CamScanner

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:

de antemano del comite social agradecer a la madre comunitaria por brindar este apoyo. en las actividades con los niños y niñas. tambien por estar penediente con los paquetes. entregandolos a cada uno de nosotros y agradecer a la Fundacion Funpets por su apoyo a las Familias las cabanitas

Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA UDS

Felicito a los del comite social por dedicar un poco de su tiempo en la entrega y revision de los paquetes alimentarios

NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| miriam Patricia Narvaez | 3134065814 | PatriciaNarvaez |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Escaneado con CamScanner

## FICHA DE VERIFICACIÓN ENTREGA DE ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: HCB - Comunitario

Fecha: 11-12-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Los cabaretes |
| Modalidad: | HCB - Comunitario | Nombre del responsable de la UDS | Sandra Nowez |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Solicite al personal minuta patrón.
2. Revise la minuta patrón, que debe estar publicada en un lugar visible de la UDS para que pueda verificar los alimentos que están allí contemplados y revisar que tanto la minuta patrón como los alimentos entregados sean los mismos.
3. De ser posible tome registro fotográfico a los alimentos que encuentre en mal estado (descompuesto, con presencia de hongos, moho, insectos), para que la foto que permita demostrar que el alimento se encuentra en la unidad de atención

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos que están en la minuta patrón, coinciden con los alimentos que usted verificó en la Ración para Preparar?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

todos los paquetes estan en buen estado y acorde con la mita

Firma de quién diligenció la ficha:

Patricia Narvaez

Escaneado con CamScanner

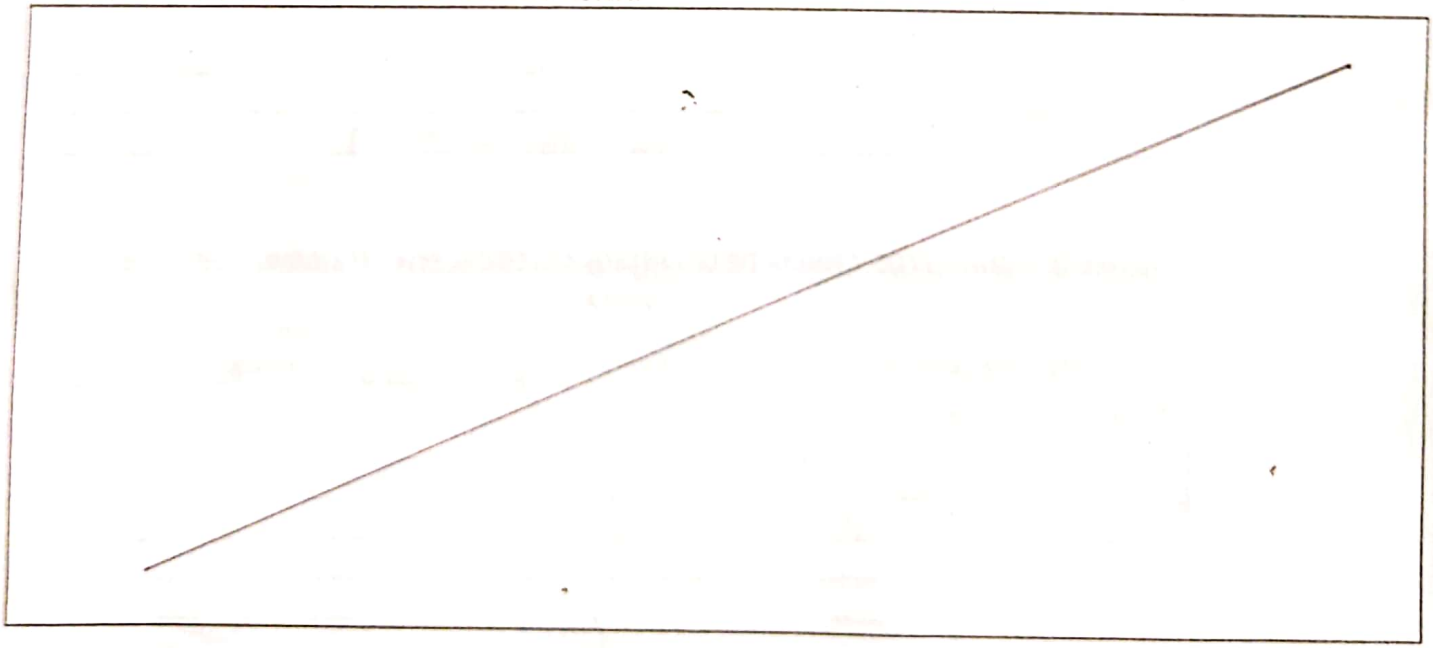
## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO:** Valle del Guamuez | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Los Angeles | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Martha Pueno Blanca Benavides |
| **DIRECCIÓN DE LA UDS:** Vereda la Concordia | **TELÉFONO UDS:** 3134025904 |
| **MODALIDAD: COMUNITARIA** | **SERVICIO: HCB-COMUNITARIO** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 10-12-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.D.S
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:



Escaneado con CamScanner

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:

Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA UDS

NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Blanca Isabel Benavides R. | 3136025904 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Escaneado con CamScanner

## FICHA DE VERIFICACIÓN ENTREGA DE ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: HCB - Comunitario

Fecha: 10 - 12 - 2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales y cuidadores de la recreación social - FUNPRECS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Los Angeles |
| Modalidad: | HCB - Comunitario | Nombre del responsable de la UDS | Martha Prenes |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Solicite al personal minuta patrón.
2. Revise la minuta patrón, que debe estar publicada en un lugar visible de la UDS para que pueda verificar los alimentos que están allí contemplados, revisar que tanto la minuta patrón como los alimentos entregados sean los mismos.
3. De ser posible tome registro fotográfico a los alimentos que encuentre en mal estado (descompuesto, con presencia de hongos, moho, insectos), ojalá una foto que permita demostrar que el alimento se encuentra en la unidad de atención

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple** o NA -si no aplica

¿Los alimentos que están en la minuta patrón, coinciden con los alimentos que usted verificó en la Ración para Preparar?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladu buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Firma de quién diligenció la ficha:

Escaneado con CamScanner

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO:** San Miguel | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Magaventura | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Yeidy Oliva Melo : |
| **DIRECCIÓN DE LA UDS:** Vlo. Jordan Ortiz | **TELÉFONO UDS:** 3194241949 2 |
| **MODALIDAD: COMUNITARIA** | **SERVICIO: HCB-COMUNITARIO** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 10 - 12 - 2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.D.S**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Se encontro todo en Perfecto estado
los dimentos en buen lugar
Maestra Con buena presentación Personal.
El lugar limpio y organizado

Escaneado con CamScanner

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO:** valle del Guamuez | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Mis Pequeños Angelitos. | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Yorleni Figueroa Valdés 3208596543 |
| **DIRECCIÓN DE LA UDS:** Jordan Guisia | **TELÉFONO UDS:** |
| **MODALIDAD: COMUNITARIA** | **SERVICIO: HCB-COMUNITARIO** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 10-12-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.D.S
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:

La entrega de paquetes alimentarios se realizo de manera organizada siguiendo cada uno de los protocolos de bioseguridad

Escaneado con CamScanner

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

De parte de las madres de familia que (transmiten) transitan queremos Agradecer por el apoyo que hemos recibido mediante esta situación sanitaria por los talleres de aprendizaje que nos enviarón y la ración mensual que nos entregaron

Gracias

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA UDS**

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Sandra Milena Rojas Yela | 3503602216 | Sandra Rojas. |
| Lorena Yamileth Villacorte Bravo | 3145715347 | Lorena Villacorte. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Escaneado con CamScanner

## FICHA DE VERIFICACIÓN ENTREGA DE ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: HCB - Comunitario

Fecha: 10-12-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Mis pequeños Angelitos |
| Modalidad: | HCB - Comunitario | Nombre del responsable de la UDS | Yarleni Figueroa |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Solicite al personal minuta patrón.
2. Revise la minuta patrón, que debe estar publicada en un lugar visible de la UDS para que pueda verificar los alimentos que están allí contemplados y revisar que tanto la minuta patrón como los alimentos entregados sean los mismos.
3. De ser posible tome registro fotográfico a los alimentos que encuentre en mal estado (descompuesto, con presencia de hongos, moho, insectos), ojalá una foto que permita demostrar que el alimento se encuentra en la unidad de atención

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple** o NA -si no aplica

¿Los alimentos que están en la minuta patrón, coinciden con los alimentos que usted verificó en la Ración para Preparar?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras) buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Algunas Madres manifiesto que se debe cambiar la leche por Doña Vaca.

Firma de quién diligenció la ficha:

Lorena Villacorte

Escaneado con CamScanner

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO:** Orito | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** H. C.B. Mis travesuras | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Graciela Josa |
| **DIRECCIÓN DE LA UDS:** | **TELÉFONO UDS:** 3218317696 |
| **MODALIDAD: COMUNITARIA** | **SERVICIO: HCB-COMUNITARIO** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11-Dic-2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

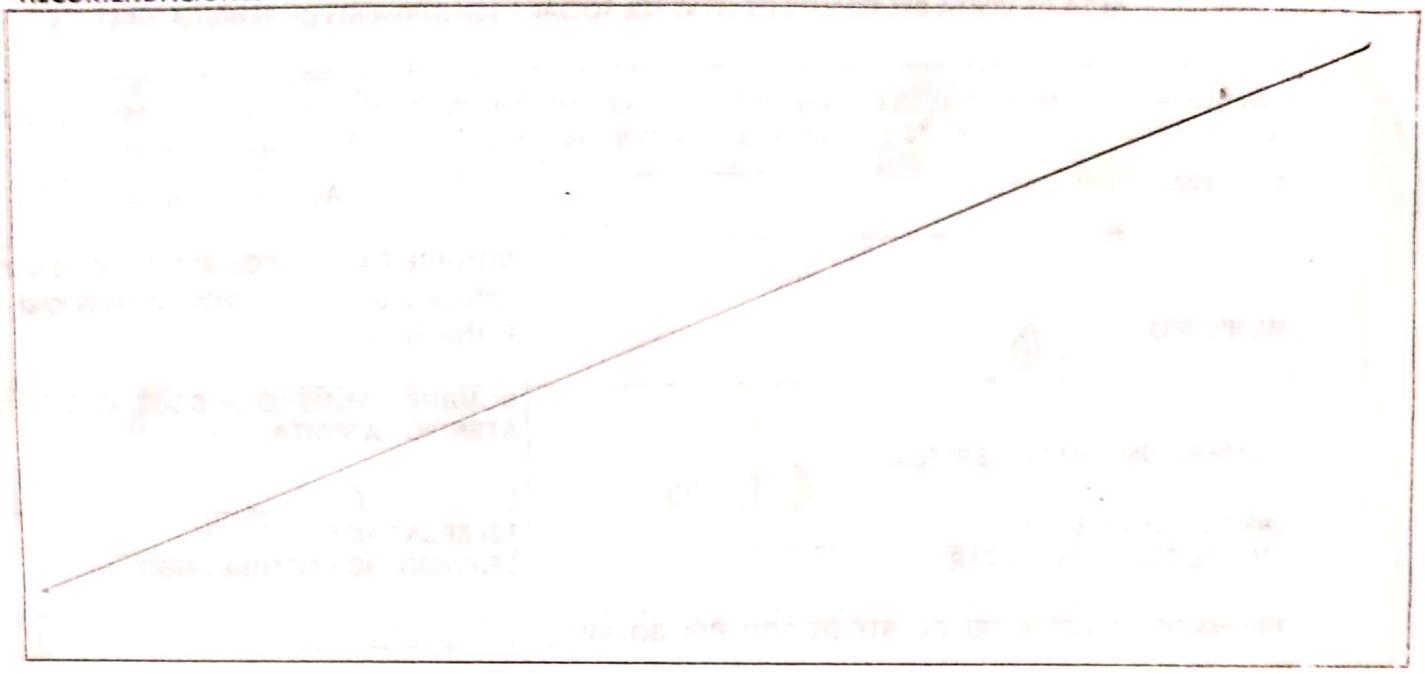
1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.D.S**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

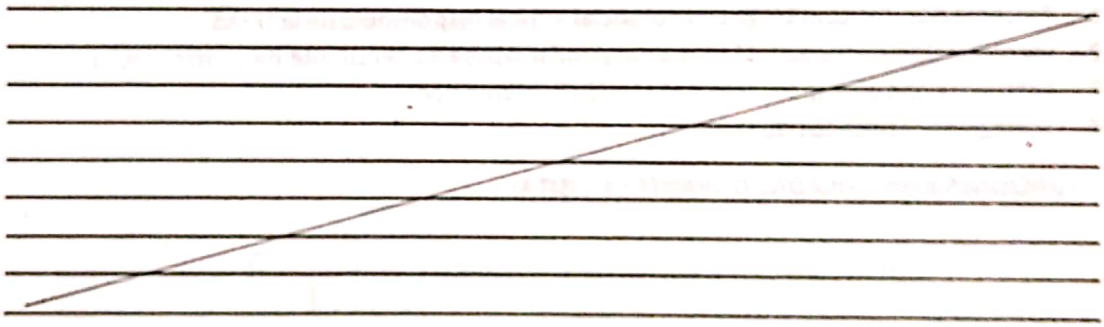
Los alimentos y los elementos se encuentran en los lugares adecuados
La maestra hace seguir los protocolos de protección, lavado de manos y uso de tapabocas.

Escaneado con CamScanner

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:



Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA UDS



NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Ana Tatiana Oviedo H. | 3112490305 | Tatiana Oviedo |
| Martha Lucia Hoyos | 3117553343 | |
| Johan Camilo Urrego | 3175442406 | Camilo Urrego |
| Tina Valderrama | 3219809866 | Tina Valderrama |
| | | |
| | | |

Escaneado con CamScanner

## FICHA DE VERIFICACIÓN ENTREGA DE ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: HCB - Comunitario

Fecha: 11-12-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | H.C.B Mis travesuras |
| Modalidad: | HCB - Comunitario | Nombre del responsable de la UDS | Eracelina Josa |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Solicite al personal minuta patrón.
2. Revise la minuta patrón, que debe estar publicada en un lugar visible de la UDS para que pueda verificar los alimentos que están allí contemplados y revisar que tanto la minuta patrón como los alimentos entregados sean los mismos.
3. De ser posible tome registro fotográfico a los alimentos que encuentre en mal estado (descompuesto, con presencia de hongos, moho, insectos), ojalá una foto que permita demostrar que el alimento se encuentra en la unidad de atención

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos que están en la minuta patrón, coinciden con los alimentos que usted verificó en la Ración para Preparar?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (mal olor), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Firma de quién diligenció la ficha:

Tatiana Oviedo

Escaneado con CamScanner