CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

CONTROL SOCIAL

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ACTA DE REUNIÓN		
Ciudad y fecha: Quibdó marzo del 2023 21 DE MARZO DEL 2023	**Hora de inicio:** 2pm	**Hora de terminación:** 5pm
Lugar: Quibdó	**Comunidad:**	
Modalidad: Familiar "DIMF"	**Dirigida a:** Talento humano	
Tema: verificación del control social		
Responsable: Equipo Psicosocial		
Orden del día: 1. Oración 2. Bienvenida y Presentación 3. Socialización de la temática 4. Conclusiones 5. Compromisos 6. cierre		

OBJETIVO

Socializar con el talento humano el respectivo seguimiento que se realiza desde el Comité del Control Social a cada uno de los componentes de la modalidad de DIMF desde cada UDS.

DESARROLLO DE LA TEMÁTICA

Durante el mes de marzo el equipo Psicosocial de la modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar de la Corporación Mi Nuevo Sol suscrito en el contrato 150, desarrollaron el proceso de formación al talento humano.

La actividad se aperturó con un saludo cordial de bienvenida, luego se realizó la oración donde se alabó al todo poderoso.

Se procedió a reiterar que el Comité de Control Social o veeduría ciudadana está integrado por padres de familia y mujeres gestantes vinculados a la modalidad, quienes son los encargados de realizar control social a los servicios de Primera Infancia que se presta desde la modalidad de atención de Desarrollo Infantil en Medio Familiar.

Seguidamente se expresó que dicho Comité durante el mes a reportar le realizó seguimiento a las siguientes actividades:

- verifico las temáticas a desarrollar dirigidas a niños, niñas, padres de familia y/o

cuidadores y mujeres gestantes, por lo que tuvo en cuenta los planes de acción para la capacitación a familias

- ❖ supervisión de la entrega de la Ración para preparar (RPP), verificando el estado, caducidad y las cantidades de los productos.
- ❖ Seguimiento al diligenciamiento de los respectivos listados de asistencia
- ❖ Revisión de los refrigerios
- ❖ Verificación de espacios seguros para promover el juego, el arte y la exploración en los niños y niñas.

Por consiguiente, se añadió que el comité es el encargado de evaluar el funcionamiento de la modalidad y dentro de sus competencias esta informar sobre las situaciones identificadas e incumplimientos para la calidad de la atención brindada.

RECOMENDACIONES

Se le recomendó al Talento humano tener presente las observaciones realizadas por parte del Comité del Control Social.

ACTIVIDAD O COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
Capacitar al talento humano a cerca de las temáticas a desarrollar.	Psicosocial	Permanente
Cumplir con el manual operativo para el buen funcionamiento de la modalidad	Talento Humano	Permanente

1912

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

REGISTRO FOTOGRAFICO



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	F9.P1.MI	20/02/2019	
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	Versión 6	Página 1 de 1	

Verificacion del control Social

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniela Piedrahita	Coordinadora	C. M. Nuevo Sol	Daniela
Anny Yulieth Palacios	Psicosocial	C.M. Nuevo Sol	~~Anny~~
Lucy F Valencia R	Enfermera	C. Mi nuevo Sol	Lucy V
Betzaida Marmolejo R	Docente	C. M. nuevo Sol	Betzaida
Vianney Moya C	Auxiliar	C. Mi Nuevo Sol	Vianney C
Kelly Tello Palacios	Docente	C. Mi nuevo Sol	Kelly Tello
Yahanny Salas P.	Docente	C. Mi Nuevo Sol	Yahanny
Deisy Tello Cordoba	Docente	C.P. Mi nuevo S	Deisy
Samirna mena	Auxiliar	C.M. Nuevo Sol	samirna
Karen Yuliett M	Psicosocial	C.N. Nuevo Sol	Karen M.
Adriana Rios Roa	Enfermera	M. Sol	Adriana Rios
N. Concepcion Rentería	Auxiliar	C.N. Nuevo Sol	Concepcion
Aydel Maira Palacios	Auxiliar	C.M Nuevo Sol	Aydel M
Jorina Alvarez Bermudez	Auxiliar	M. Nuevo Sol	Yorina
Martha cecilia Vasquez	Docente	M. Nuevo Sol	Martha M.
Liky Dahiana Lorda	auxiliar	C.M. Nuevo Sol	Liky

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	20/02/2019	GOBIERNO DE COLOMBIA
		Versión 6	Página 1 de 1	

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Valentina Bonilla C.	Apoyo S. Nutricion	N Sol	Valentina Bonilla C.
Lucero Rentería Tapia	Auxiliar enfermería	M N Sol	Lucero Rentería
Karen Hurtado Cordoba	Auxiliar	M N. Sol	Karen
Karen Yulieth Rios Diaz	psicoaocpal	Nuevo Sol	Karen Yulieth
Luz Yali Cuesta	Docente	N. Sol	Luz Yali
Luz Deli Diaz C	Docente	N Sol	Luz Deli D
Vanessa Gutierrez Torres	Psicosocial	N. Sol	Vanessa G.
Tamara Mansalvo Catano	Auxiliar P.	N. Sol	Tamara S.
Jurreson A. Cordoba C.	Aux Pedagogico	N. Sol	Jurreson A.
Afalonia Palacios L	Docente	N Sol	Afalonia Palacios

1915

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	F9.P1.MI	20/02/2019	GOBIERNO DE COLOMBIA
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	Versión 6	Página 1 de 1	

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Ilsia Palacios Lemus	Docente	mi nuevo sol	Ilsia P L
Luz Alayda palomajua	Auxiliar	mi nuevo sol	Alayda
Corena Velásquez P	Auxiliar	Mi nuevo Sol	
Sandra Milena Carvajal	Enfermera	Mi nuevo sol	Sandra M. C
Lcda. Alicia cordoba M.	Docente	Mi Nuevo sol	Lcda. A C M.
Sandra Mi Palacios	PSICOLOGICAL	Mi nuevo sol	Sandra
Mery Peña P.	Enfermera	Mi Sol	Mery P.
Tina Caroline Hoyte Oñate	Auxiliar	Mi nuevo sol	
Leidys Palacios	Docente	Mi nuevo sol	Leidys
Harry Costa Ruiz	Docente	Mi Nuevo Sol	Harry
Maria Camacho	Psicosocial	Mi Nuevo sol	Maria C
Alvaro Cotes Ruiz	Coord. P.	Mi nuevo Sol	

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	FG.P1.MI	20/02/2019	GOBIERNO DE COLOMBIA
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	Versión 6	Página 1 de 1	

Verificacion del Control Social

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Sandra Milena Caicedo	Enfermera Aux	Nuevo sol	Sandra M.C.
Jina Caroline Alzate Orate	Auxiliar docente	Mi Nuevo Sol	Jina Alzate
Ladys Palaguaz	Docente	Mi nuevo sol	Ladys
Nora Constain B	Psicorrectal	Mi Nuevo Sol	Nora Constain
Sandra Milena Palacios	PSICOSOCIAL	Mi Nuevo Sol	Sandra P.
MERY Peña P.	Enfermera.	M. nuevo sol	M. Peña P.
Luz Aleyda palomeque	Auxiliar	m nuevo sol	Aleyda P.M
Hector E. Barrio Arno	Docente	Mi nuevo Sol	Hector Barrio
Ilsio Palacios	Docente	m nuevo sol	Ilsio P
Gabriela Lagarejo	Agente Educativo	Mi nuevo sol	Gabriela Lagarejo
Nimia Bli B.	Auxiliar	Nuevo Sol	Nimia
Corena velásquez	Auxiliar	nuevo sol	
Harry E. Castro	Docente	Nuevo Sol	Harry Castro

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 21/Marzo/2023	DÍA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdo		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporacion Mi Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cinthy		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol naciente #5	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** cinthy		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Futuro #2 comunidad villanueva			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Sol naciente #5
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar la calidad de los servicios de atencion brindados a los beneficiarios.
Propósito o finalidad de la visita:	Corroborar si se esta llevando a cabo los acuerdos y responsabilidades establecidos por el control social

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			N/A
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	Si		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	Si		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	Si		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	Si		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	Si		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	Si		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	Si		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	Si		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	Si		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	Si		

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	Si		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	Si		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?			NA
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?			
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Si		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	Si		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Si		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	Si		
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	Si		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NA
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Si		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	Si		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Si		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	Si		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Si		

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	Si		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	Si		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		NO	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			NA
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	Si		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

En la reunion de comite de contrl Social del mes de marzo se identificaron situaciones Positivas en cuanto al servicio en general, la que se explicaron tematicas enriquesedoras didacticas y que dejan mucho aprendizaje

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

El comite de control social recomienda a los Participantes de los encuentros en general, respetar la Palabra de los demas cuando se este socializando alguna tematica.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Karen Mosquera

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3207977271

PUBLICA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: 16/03/2023	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi Nuevo Sol.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** H 150		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** _____ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** El Reposo H 1	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Alsio Palacios Lemus **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3137736723		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 17 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 17			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Asn Parderis # 4
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al control social a los sedes que se prestan en el bos.
Propósito o finalidad de la visita:	Velar por los derechos de los niños que reciben la atención en la UDS.

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	Si		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	Si		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	Si		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	Si		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	Si		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	Si		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	Si		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	Si		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	Si		

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	Si			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	Si			
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	Si			
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	Si			
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	Si			
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Si			
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	Si			
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Si			
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	Si			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	Si			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	Si			
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Si			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	Si			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Si			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	Si			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Si			

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	SI		
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	SI		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se evidenció ninguna situación negativa, Puesto que todo ambiente en completo orden y Normalidad.

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

Continuar brindando un servicio con calidad y Eficacia a los niños, niñas, madres Gestantes y Tesoro humano.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Heidy Yised Bayas.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3045644155.

PÚBLICA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 23	23 Marzo 2023
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Quibdo
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporacion Hi Nuevo Sol
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Martha Cecilia
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol Naciente # 4	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): Martha Cecilia
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: San Francisco de Yedaro	

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 60 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 47

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Protectores del control
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar la calidad de los Servicios de atencion brindados a los beneficiarios
Propósito o finalidad de la visita:	Corroborar si se estan llevando a cabo los acuerdos y responsabilidades establecidos Por el contrl social.

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).		N	NA
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "maguliaduras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	Si		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	Si		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	Si		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	Si		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	Si		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	Si		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	Si		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	Si		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	Si		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	Si		

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.				
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	Si			
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	Si			
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?				NA
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?				NA
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Si			
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	Si			
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Si			
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	Si			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	Si			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?				NA
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Si			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	Si			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Si			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	Si			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Si			
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	Si		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	Si		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		No	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			NA
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	Si		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

En esta oportunidad la visita realizada por parte del comite de control social pudo corroborar que la atencion se esta brindando de forma positiva, ya que se estan cumpliendo con los acuerdos pactados desde el comienzo de la prestacion del servicio

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

el comite de control social recomendo a los participantes de la visita, manejar un mejor orden en los encuentros, respetando los espacios de cada persona.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Paola Avitsa Palacios
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

_____

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: ____			
Fecha: 22/03/2023	DÍA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Choco	Municipio: Quibdo		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporacion Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): ____	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Betzaida Hormalejo		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Corazones alegres	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3116072534		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Zona minera (la victoria)			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 45 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 44			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Corazones Protectores
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Con esta visita se Pretende verificar si se esta brindando una atencion de calidad a los usuarios
Propósito o finalidad de la visita:	El Propósito de esta visita fue evaluar si los acuerdos Pactados se estaban dando cumplimiento.

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			NA
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	Si		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	Si		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	Si		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	Si		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	Si		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	Si		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	Si		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	Si		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	Si		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	Si		

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.				
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	Si			
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	Si			
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?				NA
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?				
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Si			
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	Si			
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Si			
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	Si			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	Si			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?				NA
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Si			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	Si			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Si			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	Si			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Si			
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	Si		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	Si		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		NO	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			NA
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	Si		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

En la visita realizada en el mes de Marzo el control social quedo satisfecho con todas las tematicas trabajadas, ya que fueron claras y especificas y dejaron una linda enseñanza y aprendizaje para las familias

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

En esta oportunidad el comite de control social recomendo a los participan en general que a la hora de los encuentros se fuera puntual con los horarios de atencion.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Katherines Andrea Murillo Cordoba
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3206035953

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

1935

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____	
Fecha: 21/03/2023	
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación Mi Nuevo Sol
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 150
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Desarrollo Infantil en Medio familiar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Deiry Tello Cordoba
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol Naciente 3	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3124327051
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Q/ Reposo	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 30 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 30	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Promotores del Control Social
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar desde el comité de control social el cumplimiento de las condiciones de calidad del servicio
Propósito o finalidad de la visita:	Veeduría al Paquete nutricional o ración para preparar. del fortalecimiento de la modalidad componentes

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del *servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las* personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)			

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		X	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

1 No se observo en la uds extintor
2 se observo la cualificacion a padres de familia y cuidadores

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

1 Dotar a la uds de libros dirigidos a la primera infancia.
2 se le recomendo a los usuarios asistir a los encuentros programados

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: María Angelica Perez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3104236673

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____	
Fecha: 23/03/2023	
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Quibdó
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporación Mi Nuevo Sol
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 150
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Desarrollo infantil en Medio familiar	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Kelly Tello Palacios
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol Naciente 2	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3136169474
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ Divino Jesus/ Sector Cabi	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 37 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 37	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Guardianes del Tesoro
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar en la unidad de servicio del comité de Control Social
Propósito o finalidad de la visita:	Hacerle Seguimiento al paquete Nutricional y fortalecimiento de la modalidad

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del *servicio en la comunidad*, y *(iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las* personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)			

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	✓		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	✓		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	✓		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?		✓	
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?		✓	
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	✓		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	✓		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?		✓	
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	✓		
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	✓		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		X	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Desde el comité se logra evidenciar que tanto familias, niños, niñas y mujeres gestantes asisten a los encuentros programados para el fortalecimiento de capacidades a nivel individual y familiar.

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

1 se recomienda continuar con las medidas de autoprotección.
2 asistir de forma continua a los encuentros.
3. Adquirir (items) relacionados con la primera infancia

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yesenia Cuesta
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3106919758

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____

Fecha: 21 de Marzo	2023	21	MES Marzo 2023
Regional/Departamento: Chocó		**Municipio:** Quibdó	
Centro zonal: Quibdó		**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi nuevo Sol.	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar		**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 150	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF		**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ladys Palacios	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Agro Porvenir H G		**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3136680527	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ Santa Ana			

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Agro Porvenir H G
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar los servicios que se brindan en la primera infancia y hacer seguimiento al control social.
Propósito o finalidad de la visita:	Contribuir a la mejora de la calidad de los servicios mediante el seguimiento del control social.

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	X		

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	X			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	✓			
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	✓			
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	✓			
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	✓			
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	✓			
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	✓			
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	✓			
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	✓			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	✓			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	✓			
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓			

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	X		
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita todo marchó de la mejor manera y en completo orden, dando cumplimiento a los lineamientos técnicos, en los cuales se verificaron los alimentos, su fecha de vencimiento, estado y calidad de los mismos.

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

Continuar el talento humano prestando los servicios con calidad a los familias beneficiarias y entregando los paquetes Nutricionales acorde a lo requerimiento establecidos.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Marjelis Romero

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3226221417

PÚBLICA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: 22-03/2023.	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** N7i Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** # 150		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): D.I N°7.F	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Harry enot castro		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Agroporvenir # 5	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3126447549		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ Fuego Verde.			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 17 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Agro porvenir # 5.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al control social mediante la verificación de los servicios y alimentos.
Propósito o finalidad de la visita:	Lograr la satisfacción de las familias y usuarios de la unidad del sector.

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	X		

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	X		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	✓		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	X		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	✓		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	✓		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	✓		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	✓		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	✓		
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	✓		
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓		

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	X		
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita todo marcha en completo orden donde a cada usuario se le entrega el paquete alimentario con las especificaciones de la minuta patron y el contenido de cada uno.

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

Continuar desempeñando los Alimentos y preparados de las actividades que se desarrollan en la casa.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: NELLY Blandon

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3127366569

PÚBLICA

1952

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ___			
Fecha:	21	03	2023
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Quibdó		
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporación Mi Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 1		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis tesoro del futuro Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Alfonso Lopez	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Apolonia Palacios Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3205580107		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 49 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 19			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Mis Huellas de Amor
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Promover el bienestar social de todos
Propósito o finalidad de la visita:	Hacer revisión cada mes

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación	X X		

que se encuentren vinculados al servicio.	X			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	X			
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	X			
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.				
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	X			
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	X			
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X			
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X			
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X			
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas:** son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.				
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? **Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*	X			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	X			
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X			

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X	
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X	
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	X	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X	
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X	

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

El equipo cuenta con un buen desarrollo

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Faltan elementos de bioseguridad

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Sair Andrea Arnastroza P.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 5 de 4

control social o de la veeduría ciudadana: Arelis Hernandez

- Número Celular y/o fijo: 3117661220

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ___	
Fecha:	22 | 03 | 2023
Regional/Departamento: CHOCÓ	Municipio: QUIBDÓ
Centro zonal: QUIBDÓ	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMICIAR	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DINF Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: AMIGOTOS DE SAMPER Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: SAN VICENTE	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: CLAUDIA PALACIOS L. Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3206718690
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 34 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CREANDO HUELLAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	PROMOVER EL BIENESTAR SOCIAL OPTIMO
Propósito o finalidad de la visita:	HACER REVISIÓN CADA MES

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1958

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el cido de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación	X		

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

que se encuentren vinculados al servicio.	X		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	1		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	2		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	X		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	X		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	X		
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X	
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X	
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	X	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X	
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X	

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

EL EQUIPO CUENTA CON UN BUEN DESARROLLO

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

FALTA DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: YOLSA ANTONIA MENDOZA M
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de

control social o de la veeduría ciudadana: MAYERLIN UICHERO

- Número Celular y/o fijo: 320 721 5531

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

L 962

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____		
Fecha:	23 | 03	2023
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Quibdó	
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporacción mi nuevo sol	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): D1 MF Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Caritas de amor Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Suba #1	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Sandra Liliana Valdeseda Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): ____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: ____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Generando Futuro
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Promover el bienestar social de todos
Propósito o finalidad de la visita:	Hacer revisión cada mes

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación	X		

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

que se encuentren vinculados al servicio.	X		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	X		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	X		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según **la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?			
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	X		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas:** son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ****Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	X		
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 4 de 4

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	X		
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

el equipo cuenta con un buen desarrollo

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

Falta elemento de bioseguridad

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Paula Antonia Cuadra Cuesta
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de

control social o de la veeduría ciudadana: Lucero Mayorno

- Número Celular y/o fijo: 3146807641

1937

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: 21 marzo 2023	DÍA	MES	AÑO
Regional/Departamento: choco	Municipio: quibdo		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporacion Mi Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): modalidad familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 2700150 2023		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Modalidad familiar	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: LUZ YALI QUINTO		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LOS LUCEROS 1	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3122615154		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ VILLA ESPAÑA Y B/ LOS ALAMOS			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité de control social Los lucero 1
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Seguir haciendo control social
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar el estado y la calidad de los paquetes de complementos

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entrega de los resultados de la visita.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?			No se está haciendo control social a este tema
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			No se está haciendo control social a este tema
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?			No se está haciendo control social a este tema
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)			No se está haciendo control social a este tema

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?			No se está haciendo control social a este tema
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?			No se está haciendo control social a este tema
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			No se está haciendo control social a este tema
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***			No se está haciendo control social a este tema
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			No se está haciendo control social a este tema
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			No se está haciendo control social a este tema
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.			No se está haciendo control social a este tema

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

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se realizo control social sin percances

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 5 de 4

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

Ninguna Recomendación

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: _____
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Luisa Yohana Mosquera
- Número Celular y/o fijo: 3218537484

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 MES Marzo AÑO: 2023 HORARIO: 2:00pm - 4:00pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Construcción del plan de acción del comité de Control Social.
El día 21 de Marzo del año en curso, se reunen los integrantes del comité, con el propósito de planear las actividades a desarrollar teniendo en cuenta los aspectos a verificar en la modalidad familiar, dicho plan contiene las fechas, responsables y recursos para tener presente a la hora de la veeduría.
También se llevo a cabo desde este espacio la socialización de la importancia de ejecer la participación ciudadana.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Socialización del ejercicio de participación ciudadana	Psicosocial	Marzo 2023
Verificación de la razón para preparar	Comité de control social	Marzo 2023
Ejecutar el plan de acción	Comité de control social	Permanente
Velar por la garantía de los derechos de los NNA	Comité de control social	Permanente

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Maria Angelica Perez	Presidente
Luz Estefhany Nogera	Secretaria
Karen Juliath Murillo	Vocal

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

1923

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 23 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 2:00pm - 4:00pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Elaboración del plan de acción del comité de Control Social.

El día 23 de marzo del 2023, se reunen los integrantes del comité con el propósito de planear las actividades a desarollar teniendo en cuenta los aspectos a verificar o temas a los que se les hara control o seguimiento, al igual que se establecen fechas de veeduria y recursos a utilizar, lo anterior permite darle cumplimiento al compromiso adquirido por el comité en el mes de febrero del año y curso.

por consiguiente se capacito al comité de control social sobre la importancia de la participacion ciudadana.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Socialización del ejercicio de participacion ciudadana	Psicosocial	Marzo 2023
Verificacion del paquete nutricional	Comité de control social y Talento humano	Marzo 2023
ejecutar el plan de acción	comité de control social	Permanente
Velar por la garantia de los derechos de los NNA	Comité de Control Social	Permanente

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Yesenia Cuesta	Representante
Ana Zamira Venteria	Secretaria
Flor Yisela Moreno	Vocal

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 2:45pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Se realiza la reunión con el fin de Cumplir como está acordado en el plan de trabajo de control social

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar los alimentos Según la minuta.	Comité de Control Social	Marzo
Verificar las fechas de Vencimiento	Comité de Control Social	Marzo
Verificar los gramajes	Comité de Control Social	Marzo
Brindar espacios al comité de Control Social para realizar tareas	Talento H	Marzo

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Maria Alba Caizamo Rebiano	Lider
Lucelia Arce bonacuara	Secretaria
Luz Estella Arce bonacuara.	

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

1922

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 MES Marzo AÑO: 2023 HORARIO: 2 A 5 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:
Esta reunión se realiza el día de la entrega de complementos, con el fin de Verificar los componentes nutricionales y reclamar en caso de encontrar anomalías en alguno de estos.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar los alimentos segun la minuta	Comite de control Social	Marzo
Verificar las fechas de vencimiento de los Productos	Comité de Control Social	Marzo
Verificar los gramajes	Comité de control social	Marzo
Brindar espacio al comité Para cumplir con lo acordado	Talento humano	Marzo

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Karol Caraballo	Lider
Yolanda Palacios Garcia	Secretaria

1979

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 2 A 5pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Se realiza reunión con el fin de dar continuidad a los actividades plasmadas en el plan de trabajo de control social de la fundación mi nuevo sol

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Contar los complementos	Comité de control social	Marzo
Verificar los grimages	Comité de control social	Marzo
Brindar al comite los espacios de esparcimiento, para cumplir con las labores	Talento humano	Marzo
Verificar las fechas de vencimiento de los productos.	Comité de control social	Marzo

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Shirley Torres Mosquera	Líder
Leidy Paola Mosquera Cortés	Secretaria

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 22 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 06 2A 5 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El 22 de marzo del año 2023 el comite de control social llevo acabo una pequeña reunión para verificar y dar seguimiento a la Calidad de servicio de atencion que se le esta prestando a los beneficarios y al mismo tiempo realizar inspeccion a cada uno de los complementos que fueron entregados en lo que respecta al mes de marzo

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Hacer control y vigilancia a la ejecucion del Programa	Comite de Control Social	
Contribuir a la mejora continua de los servicios prestados	Comite de Control social	
Inspeccionar la entrega de complemantos mensual	Comite de Control Social	

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Jarloidy gutierrez	Jarloidy Presidente
Kathorina Andrea Murillo	Representante
Ingrid sumira Moreno	Secretaria
Losly Mosquera	Integrante
Diana Pino	Integrante

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 22 MES 03/2023 AÑO: 2023 HORARIO: de 2 a 5 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El comite de control social en esta oportunidad Por medio de una Socializacion realizo una Verificacion y seguimiento a los servicios que se estan ejecutando.
Si la atencion es oportuna y los temas socializados van acorde con las necesidades de los usuarios y a su vez se realizo una inspeccion a los complementos nutricionales, verificando su calidad, Fecha de caducidad y si coincidian con lo estipulado en la minuta Patron

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Contribuir con la mejora continua de los servicios Prestados	Control Social	
Hacer control y vigilancia a la ejecucion del Programa	Control Social	
Inspeccionar la entrega de complementos	Comite de Control Social	
Realizar Veeduria a la atencion realizada Por el talento humano	comite de control social	

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Karina Mosquera	Presidenta
Kenny Paola Palacios	Secretaria
Yenny ovao Valencia	Representante
Sindy Yaneth Santos	Integrante

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

Martha

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 23 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO:** de 2 A 5 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: el día 23 de Marzo del Año en curso se realizo la Verificacion al comite de control social, en esta los miembros del comite se dispusieron a reunirse para Verificar y dar seguimiento ala calidad de servicio que se esta Prestando ya su vez hacer inspecion a los complementos nutricionales que fueron entregados a las familias de nuestros usuarios

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
contribuir a la Mejora continua a los servicios Prestados	comito de control social	
Inspeccionar la entrega de complementos	comito de control social	
Hacer Control y vigilancia a la ejecucion del Programa	comito de control social	

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Paola aritsa Palacios	presidente
olcy johana Blandon	Secretaria
Katti Ortiz	Integrante
Veronica rodrigoz	Representante
Liz Karine Moreno	Integrante.

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

1957

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO** 2:00 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Verificacion de Alimentos Nutricionales.
Compromisos y Recomendaciones.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Continuar Verificando los Paquetes Nutricionales y hacer seguimiento al control social	Integrantes del Control social	Marzo/ 2023
Velar por los derechos de los Ninos, ninas y madres gestantes	Integrantes del Control social	Marzo 2023
Verificar los Alimentos, el contenido la Calidad y el buen estado de estos.	Integrantes del Control social	Marzo 2023
Aportar mediante su participacion activa en el control social.	Integrantes del control social.	Marzo 2023

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Angelica Tatiana Cordoba I.	Integrante.
MARIA Enel Mosquera	Secretaria
Damaris Castros	Lider
Margelis Romaño	Presidenta

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

1939

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS – CONTROL SOCIAL VERIFICACION DE ALIMENTOS

MES: MARZO DE 2023



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 22 **MES** Marzo **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 09:00 Am

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:
Verificacion de Alimentos Nutricionales Compromisos y Recomendaciones.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar los Alimentos Nutricionales, que son para los niños niñas y madres gestantes.	Integrantes del comite Control social	Marzo 2023
Garantizar los derecho de los usuarios mediante el control social.	Integrante del Comite de Control social	Marzo 2023
Comprobar que los Paquetes Nutricionales estan en buen estado, y cumplen con lo Requerido.	Integrantes del comite de control social	Marzo 2023

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Heidy Yiced Salas	Presidenta
Francis Mosquera	Representante líder
Marnelis Caicedo	Secretaria

PRUEBA

1492

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS – CONTROL SOCIAL VERIFICACION DE ALIMENTOS

MES: MARZO DE 2023



1995

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA_____ MES_____ AÑO: _____ HORARIO: _____

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:
Verificacion de Alimentos Nutricionales. Recomendaciones y Compromisos

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Hacer seguimiento al control social mes a mes.	Miembros del Comité control social	Marzo de 2023
Verificar las condiciones de los Alimentos y hacer control social	Integrantes del comité de control social	Marzo de 2023
Participar activamente de las actividades a desarrollar en la Modalidad.	Integrantes del comité de control social	Marzo de 2023

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Harry

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Nelly Blandon	Presidenta líder
Yira Mayori Castillo.	Secretaria
Milena MENA	Integrante.

¡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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

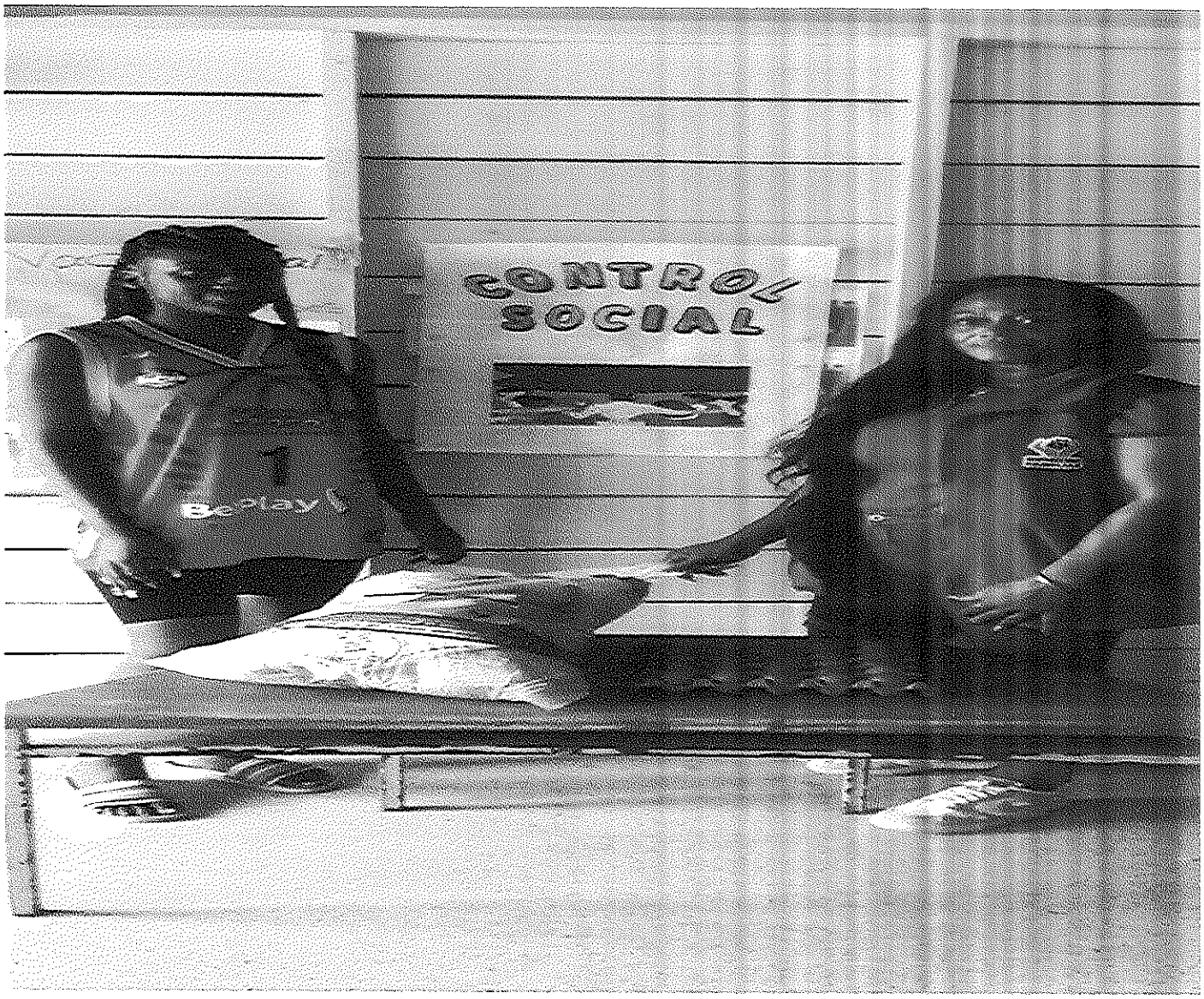
1995

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS – CONTROL SOCIAL VERIFICACION DE ALIMENTOS

MES: MARZO DE 2023



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.G23.PP	04/08/2022
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	Versión 1	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 8 MES MARZO AÑO: 2023 HORARIO: 3:00 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

* Plan de trabajo o Construccion del plan de acción comité control social

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir con las obligaciones pactadas	Comité de C. Social	Marzo
Asistir a las reuniones cuando se requiera	comité de control social	Marzo
Verificar la cobertura, ser responsables con los compromisos	comité de control social	Abril

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Paola Perez Aspirilla	
Luisa Yohana Nosquera Nosquera	Presidenta

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

1997

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 2 de 2

Luz yasmis palacios	Integrante comité
Kelly Andrea Mena	Integrante Comité

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F3.23.PP	04/08/2022
	FORMATO PLAN DE ACCIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA.	Versión 1	Página 1 de5

Para el desarrollo de este plan es importante que se tenga en cuenta las indicaciones del nivel nacional y del territorio local para el autocuidado y el cuidado del otro, en el marco de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, en caso de queel comité de control social o la veeduría ciudadana decida llevar a cabo actividades de forma presencial debe tomar las precauciones necesarias para el desarrollo de estas, implementando las medidas de bioseguridad que se requieran, resaltando que las personas con comorbilidades, deben evitar reuniones y actividades de manera presencial optando por participar de forma virtual.

Para llevar a cabo acciones o actividades de forma virtual es posible el uso de estrategias de comunicación como aplicaciones para realizar reuniones, grupos de WhatsApp, llamadas telefónicas, entre otras opciones que eviten aglomeraciones y contribuyan con la reducción de riesgos frente a la transmisión del coronavirus.

Este plan de acción debe ser acordado y construido entre todos los integrantes del comité de control social, con el fin de que todos puedan conocer claramente los objetivos y el alcance de la alianza o comité. **NOTA:** revisar la "Guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia", publicada en internet.

Las diferentes actividades del plan de acción deben realizarse de forma propositiva y responsable, siempre procurando el mejoramiento de la calidad de los servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.

Departamento: Chocó **Municipio** Quibdó

Plan de acción desde: Mes Marzo **Año:** 2023 **hasta: Mes** Octubre **Año** 2023

Nombre de la EAS/operador: Corporacion mi nuevo Sol

Número del contrato de la EAS/operador: 150

A continuación, se brindan algunas orientaciones para la formulación del plan de acción:

1. Generación de acuerdos internos del comité conformado: los integrantes del comité deben acordar de forma libre y democrática todos los aspectos relacionados con el comité y las actividades que van a desarrollar.

Nombre del comité: Comité Agro 1

Valores que orientarán el funcionamiento del comité:

Puntualidad. ➢Amabilidad
➢Respeto ➢cooperación
➢Responsabilidad ➢

2. Propósito del comité de control social: contribuir de manera propositiva con la calidad de la atención de los servicios. El comité puede centrar sus esfuerzos en la verificación y control de los siguientes aspectos: **cumplimiento de lacobertura, talento humano completo y cualificado, alimentación** (calidad de los alimentos suministrados, compras locales, preparaciones acordes a los hábitos y costumbres alimentarias de la región), **dotación y mobiliario, proyecto pedagógico o planeación pedagógica, seguridad en la unidad, espacios físicos, las dos socializaciones de los servicios contratados, evento de control social (entre otros)**[1] *(ver componentes de calidad de atención en la guía de participación ciudadana o en los manuales operativos).* Los integrantes del comité deciden conjuntamente a cuál o cuáles aspectos, de los mencionados anteriormente, le realizarán el control social, considerando la participación de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios de los servicios (se puede solicitar apoyo a la EAS/operador, centro zonal, regional, talento humano de la unidad, y demás entidades/autoridades locales). Indique en el siguiente cuadro cuál o cuales serán los aspectos seleccionados:

Cualificación de Alimentos, Talento humano
Seguridad en la unidad
evento de Control Social
Verificacion del RPP

3. ¿Quiénes van a realizar el control social?
Para esto se debe tener claro cuál es el equipo de trabajo, cómo se distribuirán las tareas; además, identificar las fortalezas de los integrantes del equipo. Es clave tener una persona que lidere y ayude a coordinar las acciones del comité. Indique en el siguiente cuadro los datos de las personas que conforman el comité:

N°	Nombreyapellidos	Documento de identificación	Correoelectrónico	Celular ofijo	Firma
1	Shirley Torres	35546537		3128154472	Shirley T
2	Gladys Palacios	1077423403		3195430497	Gladys P.
3	Leidy Cordoba	1131045231		3103964329	Leidy Cordoba

[1] De acuerdo con los seis componentes de calidad de la atención establecidos en los manuales operativos de las cuatro modalidades de atención de primera infancia: (i) Familia comunidad y redes sociales; (ii) Salud y nutrición;(iii) Proceso pedagógico; (iv) Talento humano; (v) Ambientes educativos y protectores, y (vi) Administrativo y de gestión.

4. ¿Qué actividades se van a realizar?
Indicar cada una de las actividades que se llevarán a cabo para cumplir con el propósito que se acordó en el comité.

5.¿Quiénes son los responsables de realizar cada actividad?
Indicar quién estaría a cargo de cada actividad o tarea planeada según los acuerdos conjuntos. Para la distribución de tareas se puede tener en cuenta las posibilidades reales de que cada uno de los integrantes del comité puedan cumplir con las actividades a realizar, considerando los conocimientos sobre lo que se debe hacer, la actitud positiva y el tiempo para el desarrollo de las actividades.

6.¿En qué tiempo se van a realizar las actividades?
Establecer plazos realistas para desarrollar las actividades, de acuerdo con el tiempo que los integrantes del comité pueden dedicar a las acciones de control social. Puede ser útil realizar un inventario de las tareas o actividades planeadas, indicando el tiempo que se necesita para completar cada una de ellas, indicando las personas que se pueden comprometer con el cumplimiento de estas. Es importante tener en cuenta los plazos que necesitarían las entidades para dar respuesta a las sugerencias y recomendaciones que se realicen, de acuerdo las actividades desarrolladas.

7. ¿Qué recursos se necesitan para desarrollar las actividades planteadas?
Una vez planteadas las actividades o tareas a realizar, el comité deberá definir los recursos necesarios para el cumplimiento de cada una de ellas; por ejemplo:

- Formatos de control social: acta de reunión, acta visita, verificación de: cobertura y alimentos, de dotación, actividades pedagógicas, entre otros.
- Materiales: papel, bolígrafos, lápices, marcadores, cartulina, entre otros.
- Humanos: personas que pueden apoyar el proceso mediante la realización de capacitaciones, talleres, cursos cortos, etc.
- Estrategias de comunicación: perifoneo, voz a voz, avisos o carteleras en espacios comunitarios, llamadas, WhatsApp, plataformas virtuales, entre otros.
- Medios tecnológicos disponibles o que se puedan gestionar.
- Lugares donde se pueden realizar las actividades: centros educativos, unidades donde se presta el servicio, salones comunitarios, centros zonales del ICBF, EAS, y otros espacios comunitarios similares.

Después de que todos tengan claro lo que se necesita para el desarrollo de las actividades se evaluará qué cosas se deben conseguir o gestionar, y con cuáles cuentan los integrantes del comité. Cada una de las personas puede hacer propuestas sobre cómo se pueden conseguir los recursos necesarios.

En la siguiente tabla se podrá diligenciar los recursos requeridos y los responsables, según las actividades o tareas:

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Planeación de actividades

Nro	Actividad/tarea	Fecha en la que se realizará	Responsable/s	Recursos (humanos, materiales)
1	Seguridad en la unidad	Abril	Comite Agro 1	Lapicero Hojas
2	Verificacion del RPP	Abril	Comite Agro 1	Hojas lapicero Camara
3	Evento de control social	Abril	Comite Agro 1	Torta Gaseosa

Nota: si necesitan más casillas para registrar las actividades y los recursos pueden agregar una hoja.

8. ¿Cómo se realizará el seguimiento a las reportes y sugerencias que se presenten ante el ICBF y la Entidad Administradora de los Servicios-EAS?

Los integrantes del comité deben tener claridad sobre el control social que van a desarrollar, el rol del ICBF como entidad que promueve la prevención y protección integral de la primera infanciay de la EAS como entidad contratada para prestar los servicios a las niñas, los niños y mujeres gestantes usuarias(os).

Para el seguimiento a los reportes y sugerencias que se entreguen en la EAS y el ICBF el comité puede implementar distintas estrategias, entre las cuales se encuentra la posibilidad de verificar que se hayan resuelto las situaciones identificadas en el/los servicio(s) por medio de: una nueva visita al/los servicio(s), llamadas telefónicas o de WhatsApp, solicitudes de información en las oficinas del ICBF o de la EAS, correo electrónico,y a través de otroscanales de comunicación.

Registre en el siguiente cuadro cómo realizarán el seguimiento a los reportes y sugerencias sobre los servicios que realice el comité:

Para realizar el Seguimiento y reporte de las sugerencias, Tomaremos el formato F4 como guia.

9. ¿Quiénes realizarán el seguimiento a las sugerencias y recomendaciones que se presenten ante las Entidad Administradora de los Servicios-EAS y el ICBF?
Es importante que las personas responsables de realizar el seguimiento pidan aclaración sobre las respuestas que brinde la EAS si estas son confusas o incompletas. Incluya los nombres de las personas que estarían a cargo del seguimiento:

Comité de control Social Agro 1
Talento humano

10. ¿Quiénes socializarán los resultados del control social a la comunidad?
Se debe tener en cuenta socializar los resultados del control social con los demás acudientes de las usuarias(os) del servicio(s) y la comunidad, vinculándoles y motivándolespara que apoyen el desarrollo de actividades.
Los integrantes del comité acordarán en conjunto quiénes estarán encargados de presentar los resultados del control social a las(os) acudientes y la comunidad, de qué forma lo harán, y los demás integrantes del equipo deben indicar el tipo de apoyo que brindarán para la socialización de estos resultados. Es importante que los integrantes del comité planeen cómo van a llevar a cabo esta socialización. Incluya esta información en el recuadro:

De acuerdo con la situación por COVID-19 que se viva en el territorio se pueden socializar a la comunidad los resultados del control social de manera presencial, virtual o a través de medios alternativos como radio comunitaria, entre otros que se tenga posibilidad. Indique los nombres de las personas que estarán a cargo de la socialización:

Comité de ~~todos~~ control Social
- Representante de la Comunidad
- Talento humano

11. ¿Cómo se evaluarán los resultados del comité de control social?
El comité de control social debe definir cómo realizará la evaluación de las funciones y responsabilidades al interior del equipo. Esto ayudará con la identificación de aspectos que se deben mejorar durante la realización de las actividades que han acordado. Para esto se puedetener en cuenta la verificación, en el tiempo establecido, del cumplimiento de las actividades, cómo se considerará la actividad en estado terminado y de qué forma se informará su cumplimiento a todos los integrantes del comité. En el siguiente cuadro indique cómo se evaluará el cumplimiento de las funciones del comité:

Haciendo el Seguimiento y basandose en el Formato F.4.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F3.23.PP	04/08/2022
	FORMATO PLAN DE ACCIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA.	Versión 1	Página 1 de 5

Para el desarrollo de este plan es importante que se tenga en cuenta las indicaciones del nivel nacional y del territorio local para el autocuidado y el cuidado del otro, en el marco de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, en caso de que el comité de control social o la veeduría ciudadana decida llevar a cabo actividades de forma presencial debe tomar las precauciones necesarias para el desarrollo de estas, implementando las medidas de bioseguridad que se requieran, resaltando que las personas con comorbilidades, deben evitar reuniones y actividades de manera presencial optando por participar de forma virtual.

Para llevar a cabo acciones o actividades de forma virtual es posible el uso de estrategias de comunicación como aplicaciones para realizar reuniones, grupos de WhatsApp, llamadas telefónicas, entre otras opciones que eviten aglomeraciones y contribuyan con la reducción de riesgos frente a la transmisión del coronavirus.

Este plan de acción debe ser acordado y construido entre todos los integrantes del comité de control social, con el fin de que todos puedan conocer claramente los objetivos y el alcance de la alianza o comité. **NOTA:** revisar la "Guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia", publicada en internet.

Las diferentes actividades del plan de acción deben realizarse de forma propositiva y responsable, siempre procurando el mejoramiento de la calidad de los servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.

Departamento: Chocó **Municipio** Quibdó

Plan de acción desde: Mes Marzo **Año:** 2023 **hasta: Mes** 10 **Año** 2023

Nombre de la EAS/operador: Corporación Mi Nuevo Sol

Número del contrato de la EAS/operador: 150

A continuación, se brindan algunas orientaciones para la formulación del plan de acción:

1. Generación de acuerdos internos del comité conformado: los integrantes del comité deben acordar de forma libre y democrática todos los aspectos relacionados con el comité y las actividades que van a desarrollar.

Nombre del comité: Promotores del Control Social

Valores que orientarán el funcionamiento del comité:

* Eficiencia
* Responsabilidad ciudadana
* Cooperación

2. Propósito del comité de control social: contribuir de manera propositiva con la calidad de la atención de los servicios. El comité puede centrar sus esfuerzos en la verificación y control de los siguientes aspectos: **cumplimiento de la cobertura, talento humano completo y cualificado, alimentación** (calidad de los alimentos suministrados, compras locales, preparaciones acordes a los hábitos y costumbres alimentarias de la región), **dotación y mobiliario, proyecto pedagógico o planeación pedagógica, seguridad en la unidad, espacios físicos, las dos socializaciones de los servicios contratados, evento de control social (entre otros)**[1] *(ver componentes de calidad de atención en la guía de participación ciudadana o en los manuales operativos).* Los integrantes del comité deciden conjuntamente a cuál o cuáles aspectos, de los mencionados anteriormente, le realizarán el control social, considerando la participación de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios de los servicios (se puede solicitar apoyo a la EAS/operador, centro zonal, regional, talento humano de la unidad, y demás entidades/autoridades locales). Indique en el siguiente cuadro cuál o cuales serán los aspectos seleccionados:

1 Radar para preparar (RPP)
2 Verificación de cobertura
3 verificación de Talento Humano
4. Espacio físico

3. ¿Quiénes van a realizar el control social?
Para esto se debe tener claro cuál es el equipo de trabajo, cómo se distribuirán las tareas; además, identificar las fortalezas de los integrantes del equipo. Es clave tener una persona que lidere y ayude a coordinar las acciones del comité. Indique en el siguiente cuadro los datos de las personas que conforman el comité:

N°	Nombre y apellidos	Documento de identificación	Correo electrónico	Celular o fijo	Firma
1	Nana Angelica Lopez	1012354240		310423 8673	M. Angelica
2	Luz Estefany Noriega	1045144376		311 838 5857	Luz E
3	Karen Yulieth Murillo	1077426357		314 606 50 35	Karen

[1] De acuerdo con los seis componentes de calidad de la atención establecidos en los manuales operativos de las cuatro modalidades de atención de primera infancia: (i) Familia comunidad y redes sociales; (ii) Salud y nutrición; (iii) Proceso pedagógico; (iv) Talento humano; (v) Ambientes educativos y protectores, y (vi) Administrativo y de gestión.

4. ¿Qué actividades se van a realizar?
Indicar cada una de las actividades que se llevarán a cabo para cumplir con el propósito que se acordó en el comité.

5. ¿Quiénes son los responsables de realizar cada actividad?
Indicar quién estaría a cargo de cada actividad o tarea planeada según los acuerdos conjuntos. Para la distribución de tareas se puede tener en cuenta las posibilidades reales de que cada uno de los integrantes del comité puedan cumplir con las actividades a realizar, considerando los conocimientos sobre lo que se debe hacer, la actitud positiva y el tiempo para el desarrollo de las actividades.

6. ¿En qué tiempo se van a realizar las actividades?
Establecer plazos realistas para desarrollar las actividades, de acuerdo con el tiempo que los integrantes del comité pueden dedicar a las acciones de control social. Puede ser útil realizar un inventario de las tareas o actividades planeadas, indicando el tiempo que se necesita para completar cada una de ellas, indicando las personas que se pueden comprometer con el cumplimiento de estas. Es importante tener en cuenta los plazos que necesitarían las entidades para dar respuesta a las sugerencias y recomendaciones que se realicen, de acuerdo las actividades desarrolladas.

7. ¿Qué recursos se necesitan para desarrollar las actividades planteadas?
Una vez planteadas las actividades o tareas a realizar, el comité deberá definir los recursos necesarios para el cumplimiento de cada una de ellas; por ejemplo:

- Formatos de control social: acta de reunión, acta visita, verificación de: cobertura y alimentos, de dotación, actividades pedagógicas, entre otros.
- Materiales: papel, bolígrafos, lápices, marcadores, cartulina, entre otros.
- Humanos: personas que pueden apoyar el proceso mediante la realización de capacitaciones, talleres, cursos cortos, etc.
- Estrategias de comunicación: perifoneo, voz a voz, avisos o carteleras en espacios comunitarios, llamadas, WhatsApp, plataformas virtuales, entre otros.
- Medios tecnológicos disponibles o que se puedan gestionar.
- Lugares donde se pueden realizar las actividades: centros educativos, unidades donde se presta el servicio, salones comunitarios, centros zonales del ICBF, EAS, y otros espacios comunitarios similares.

Después de que todos tengan claro lo que se necesita para el desarrollo de las actividades se evaluará qué cosas se deben conseguir o gestionar, y con cuáles cuentan los integrantes del comité. Cada una de las personas puede hacer propuestas sobre cómo se pueden conseguir los recursos necesarios.

En la siguiente tabla se podrá diligenciar los recursos requeridos y los responsables, según las actividades o tareas:

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

Planeación de actividades

Nro	Actividad/tarea	Fecha en la que se realizará	Responsable/s	Recursos (humanos, materiales)
1	Verificar el paquete nutricional.	Marzo 2023	Comité de Control Social	Recursos humanos
2	Verificación de alimentos	Abril 2023	Comité de Control Social	Recursos humanos
3	Seguimiento al plan de formación a familias	Mayo 2023	Comité de Control Social	Recursos humanos
4.	Evaluar el espacio físico	Junio 2023	Comité de Control Social	Recursos humanos.

Nota: si necesitan más casillas para registrar las actividades y los recursos pueden agregar una hoja.

8. ¿Cómo se realizará el seguimiento a las reportes y sugerencias que se presenten ante el ICBF y la Entidad Administradora de los Servicios-EAS?

Los integrantes del comité deben tener claridad sobre el control social que van a desarrollar, el rol del ICBF como entidad que promueve la prevención y protección integral de la primera infancia y de la EAS como entidad contratada para prestar los servicios a las niñas, los niños y mujeres gestantes usuarias(os).

Para el seguimiento a los reportes y sugerencias que se entreguen en la EAS y el ICBF el comité puede implementar distintas estrategias, entre las cuales se encuentra la posibilidad de verificar que se hayan resuelto las situaciones identificadas en el/los servicio(s) por medio de: una nueva visita al/los servicio(s), llamadas telefónicas o de WhatsApp, solicitudes de información en las oficinas del ICBF o de la EAS, correo electrónico, y a través de otros canales de comunicación.

Registre en el siguiente cuadro cómo realizarán el seguimiento a los reportes y sugerencias sobre los servicios que realice el comité:

Aplicando el formato de verificación y reporte sobre el control social a los servicios de primera infancia.

9. ¿Quiénes realizarán el seguimiento a las sugerencias y recomendaciones que se presenten ante las Entidad Administradora de los Servicios-EAS y el ICBF?
Es importante que las personas responsables de realizar el seguimiento pidan aclaración sobre las respuestas que brinde la EAS si estas son confusas o incompletas. Incluya los nombres de las personas que estarían a cargo del seguimiento:

María Angelica Perez
Luz Estephany Mosquera
Karen Yuliath Murillo.

10. ¿Quiénes socializarán los resultados del control social a la comunidad?
Se debe tener en cuenta socializar los resultados del control social con los demás acudientes de las usuarias(os) del servicio(s) y la comunidad, vinculándoles y motivándoles para que apoyen el desarrollo de actividades.
Los integrantes del comité acordarán en conjunto quiénes estarán encargados de presentar los resultados del control social a las(os) acudientes y la comunidad, de qué forma lo harán, y los demás integrantes del equipo deben indicar el tipo de apoyo que brindarán para la socialización de estos resultados. Es importante que los integrantes del comité planeen cómo van a llevar a cabo esta socialización. Incluya esta información en el recuadro:

De acuerdo con la situación por COVID-19 que se viva en el territorio se pueden socializar a la comunidad los resultados del control social de manera presencial, virtual o a través de medios alternativos como radio comunitaria, entre otros que se tenga posibilidad. Indique los nombres de las personas que estarán a cargo de la socialización:

María Angelica P
Luz Estephany M
Karen Yuliath M

11. ¿Cómo se evaluarán los resultados del comité de control social?
El comité de control social debe definir cómo realizará la evaluación de las funciones y responsabilidades al interior del equipo. Esto ayudará con la identificación de aspectos que se deben mejorar durante la realización de las actividades que han acordado. Para esto se puede tener en cuenta la verificación, en el tiempo establecido, del cumplimiento de las actividades, cómo se considerará la actividad en estado terminado y de qué forma se informará su cumplimiento a todos los integrantes del comité. En el siguiente cuadro indique cómo se evaluará el cumplimiento de las funciones del comité:

Convocar a reunión donde se evalue el plan de accion correspondiente al ejercicio de la ciudadanía desde el control social.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F3.23.PP	04/08/2022
	FORMATO PLAN DE ACCIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA.	Versión 1	Página 1 de 5

Para el desarrollo de este plan es importante que se tenga en cuenta las indicaciones del nivel nacional y del territorio local para el autocuidado y el cuidado del otro, en el marco de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, en caso de que el comité de control social o la veeduría ciudadana decida llevar a cabo actividades de forma presencial debe tomar las precauciones necesarias para el desarrollo de estas, implementando las medidas de bioseguridad que se requieran, resaltando que las personas con comorbilidades, deben evitar reuniones y actividades de manera presencial optando por participar de forma virtual.

Para llevar a cabo acciones o actividades de forma virtual es posible el uso de estrategias de comunicación como aplicaciones para realizar reuniones, grupos de WhatsApp, llamadas telefónicas, entre otras opciones que eviten aglomeraciones y contribuyan con la reducción de riesgos frente a la transmisión del coronavirus.

Este plan de acción debe ser acordado y construido entre todos los integrantes del comité de control social, con el fin de que todos puedan conocer claramente los objetivos y el alcance de la alianza o comité. **NOTA:** revisar la "Guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia", publicada en internet.

Las diferentes actividades del plan de acción deben realizarse de forma propositiva y responsable, siempre procurando el mejoramiento de la calidad de los servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.

Departamento: Chocó **Municipio** Quibdó

Plan de acción desde: Mes Marzo **Año:** 2023 **hasta: Mes** 10 **Año** 2023

Nombre de la EAS/operador: Corporación Mi Nuevo Sol

Número del contrato de la EAS/operador: 150

A continuación, se brindan algunas orientaciones para la formulación del plan de acción:

1. Generación de acuerdos internos del comité conformado: los integrantes del comité deben acordar de forma libre y democrática todos los aspectos relacionados con el comité y las actividades que van a desarrollar.

Nombre del comité: Guardianes del Tesoro

Valores que orientarán el funcionamiento del comité:

- Responsabilidad
- Transparencia
- Eficiencia
-

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

2. Propósito del comité de control social: contribuir de manera propositiva con la calidad de la atención de los servicios. El comité puede centrar sus esfuerzos en la verificación y control de los siguientes aspectos: **cumplimiento de la cobertura, talento humano completo y cualificado, alimentación** (calidad de los alimentos suministrados, compras locales, preparaciones acordes a los hábitos y costumbres alimentarias de la región), **dotación y mobiliario, proyecto pedagógico o planeación pedagógica, seguridad en la unidad, espacios físicos, las dos socializaciones de los servicios contratados, evento de control social (entre otros)**[1] *(ver componentes de calidad de atención en la guía de participación ciudadana o en los manuales operativos).* Los integrantes del comité deciden conjuntamente a cuál o cuáles aspectos, de los mencionados anteriormente, le realizarán el control social, considerando la participación de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios de los servicios (se puede solicitar apoyo a la EAS/operador, centro zonal, regional, talento humano de la unidad, y demás entidades/autoridades locales). Indique en el siguiente cuadro cuál o cuales serán los aspectos seleccionados:

1 Ración para preparar (RPP)
2 Talento humano completo y cualificado
3 Espacio físico
4 Entrega de alimentos (refrigerio)
5 Verificación de cobertura

3. ¿Quiénes van a realizar el control social?
Para esto se debe tener claro cuál es el equipo de trabajo, cómo se distribuirán las tareas; además, identificar las fortalezas de los integrantes del equipo. Es clave tener una persona que lidere y ayude a coordinar las acciones del comité. Indique en el siguiente cuadro los datos de las personas que conforman el comité:

N°	Nombre y apellidos	Documento de identificación	Correo electrónico	Celular o fijo	Firma
1	Yeseria Cuesta M	1077439913		310691 9758	Yesenia Cuesta
2	Flor Yisela Navero	1003934698		312730 1400	Flor Yisela
3	Ana Zamira Renteria	1077976877		31641 2678	Zamira renteria

[1] De acuerdo con los seis componentes de calidad de la atención establecidos en los manuales operativos de las cuatro modalidades de atención de primera infancia: (i) Familia comunidad y redes sociales; (ii) Salud y nutrición; (iii) Proceso pedagógico; (iv) Talento humano; (v) Ambientes educativos y protectores, y (vi) Administrativo y de gestión.

4. ¿Qué actividades se van a realizar?
Indicar cada una de las actividades que se llevarán a cabo para cumplir con el propósito que se acordó en el comité.

5. ¿Quiénes son los responsables de realizar cada actividad?
Indicar quién estaría a cargo de cada actividad o tarea planeada según los acuerdos conjuntos. Para la distribución de tareas se puede tener en cuenta las posibilidades reales de que cada uno de los integrantes del comité puedan cumplir con las actividades a realizar, considerando los conocimientos sobre lo que se debe hacer, la actitud positiva y el tiempo para el desarrollo de las actividades.

6. ¿En qué tiempo se van a realizar las actividades?
Establecer plazos realistas para desarrollar las actividades, de acuerdo con el tiempo que los integrantes del comité pueden dedicar a las acciones de control social. Puede ser útil realizar un inventario de las tareas o actividades planeadas, indicando el tiempo que se necesita para completar cada una de ellas, indicando las personas que se pueden comprometer con el cumplimiento de estas. Es importante tener en cuenta los plazos que necesitarían las entidades para dar respuesta a las sugerencias y recomendaciones que se realicen, de acuerdo las actividades desarrolladas.

7. ¿Qué recursos se necesitan para desarrollar las actividades planteadas?
Una vez planteadas las actividades o tareas a realizar, el comité deberá definir los recursos necesarios para el cumplimiento de cada una de ellas; por ejemplo:

- Formatos de control social: acta de reunión, acta visita, verificación de: cobertura y alimentos, de dotación, actividades pedagógicas, entre otros.
- Materiales: papel, bolígrafos, lápices, marcadores, cartulina, entre otros.
- Humanos: personas que pueden apoyar el proceso mediante la realización de capacitaciones, talleres, cursos cortos, etc.
- Estrategias de comunicación: perifoneo, voz a voz, avisos o carteleras en espacios comunitarios, llamadas, WhatsApp, plataformas virtuales, entre otros.
- Medios tecnológicos disponibles o que se puedan gestionar.
- Lugares donde se pueden realizar las actividades: centros educativos, unidades donde se presta el servicio, salones comunitarios, centros zonales del ICBF, EAS, y otros espacios comunitarios similares.

Después de que todos tengan claro lo que se necesita para el desarrollo de las actividades se evaluará qué cosas se deben conseguir o gestionar, y con cuáles cuentan los integrantes del comité. Cada una de las personas puede hacer propuestas sobre cómo se pueden conseguir los recursos necesarios.

En la siguiente tabla se podrá diligenciar los recursos requeridos y los responsables, según las actividades o tareas:

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Planeación de actividades

Nro	Actividad/tarea	Fecha en la que se realizará	Responsable/s	Recursos (humanos, materiales)
1	Verificar el paquete nutricional (RPP)	Marzo-2023	comité de Control Social	Recursos Humanos
2	Verificación de alimentos (refrigerios)	Abril-2023	Comité de control Social	Recursos Humanos
3	Hacer seguimiento al desarrollo del plan de formación a familias	Mayo-2023	comité de control Social	Recursos Humanos
4	Evaluar el espacio físico	Junio-2023	Comité de control Social	Recursos humanos y materiales

Nota: si necesitan más casillas para registrar las actividades y los recursos pueden agregar una hoja.

8. ¿Cómo se realizará el seguimiento a las reportes y sugerencias que se presenten ante el ICBF y la Entidad Administradora de los Servicios-EAS?

Los integrantes del comité deben tener claridad sobre el control social que van a desarrollar, el rol del ICBF como entidad que promueve la prevención y protección integral de la primera infancia y de la EAS como entidad contratada para prestar los servicios a las niñas, los niños y mujeres gestantes usuarias(os).

Para el seguimiento a los reportes y sugerencias que se entreguen en la EAS y el ICBF el comité puede implementar distintas estrategias, entre las cuales se encuentra la posibilidad de verificar que se hayan resuelto las situaciones identificadas en el/los servicio(s) por medio de: una nueva visita al/los servicio(s), llamadas telefónicas o de WhatsApp, solicitudes de información en las oficinas del ICBF o de la EAS, correo electrónico, y a través de otros canales de comunicación.

Registre en el siguiente cuadro cómo realizarán el seguimiento a los reportes y sugerencias sobre los servicios que realice el comité:

El seguimiento a los reportes y sugerencias sobre los servicios que realice el comité se realizaran en el formato de acta de reunión y el formato de verificación y reporte sobre el control social. mes a mes.

9. ¿Quiénes realizarán el seguimiento a las sugerencias y recomendaciones que se presenten ante las Entidad Administradora de los Servicios-EAS y el ICBF?
Es importante que las personas responsables de realizar el seguimiento pidan aclaración sobre las respuestas que brinde la EAS si estas son confusas o incompletas. Incluya los nombres de las personas que estarían a cargo del seguimiento:

1 Yesenia Cuesta M
2 Flor Yisela Moreno
3 Ana Zamira Rentería

10. ¿Quiénes socializarán los resultados del control social a la comunidad?
Se debe tener en cuenta socializar los resultados del control social con los demás acudientes de las usuarias(os) del servicio(s) y la comunidad, vinculándoles y motivándoles para que apoyen el desarrollo de actividades.
Los integrantes del comité acordarán en conjunto quiénes estarán encargados de presentar los resultados del control social a las(os) acudientes y la comunidad, de qué forma lo harán, y los demás integrantes del equipo deben indicar el tipo de apoyo que brindarán para la socialización de estos resultados. Es importante que los integrantes del comité planeen cómo van a llevar a cabo esta socialización. Incluya esta información en el recuadro:

De acuerdo con la situación por COVID-19 que se viva en el territorio se pueden socializar a la comunidad los resultados del control social de manera presencial, virtual o a través de medios alternativos como radio comunitaria, entre otros que se tenga posibilidad. Indique los nombres de las personas que estarán a cargo de la socialización:

Integrantes del comite de control social:
1 Yesenia Cuesta
3 Flor Yisela Moreno
Ana Zamira Rentería

11. ¿Cómo se evaluarán los resultados del comité de control social?
El comité de control social debe definir cómo realizará la evaluación de las funciones y responsabilidades al interior del equipo. Esto ayudará con la identificación de aspectos que se deben mejorar durante la realización de las actividades que han acordado. Para esto se puede tener en cuenta la verificación, en el tiempo establecido, del cumplimiento de las actividades, cómo se considerará la actividad en estado terminado y de qué forma se informará su cumplimiento a todos los integrantes del comité. En el siguiente cuadro indique cómo se evaluará el cumplimiento de las funciones del comité:

Aplicación del formato de verificación y durante reunión se socializara la actividad para evaluar el cumplimiento de la misma.

Para el desarrollo de este plan es importante que se tenga en cuenta las indicaciones del nivel nacional y del territorio local para el autocuidado y el cuidado del otro, en el marco de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, en caso de queel comité de control social o la veeduría ciudadana decida llevar a cabo actividades de forma presencial debe tomar las precauciones necesarias para el desarrollo de estas, implementando las medidas de bioseguridad que se requieran, resaltando que las personas con comorbilidades, deben evitar reuniones y actividades de manera presencial optando por participar de forma virtual.

Para llevar a cabo acciones o actividades de forma virtual es posible el uso de estrategias de comunicación como aplicaciones para realizar reuniones, grupos de WhatsApp, llamadas telefónicas, entre otras opciones que eviten aglomeraciones y contribuyan con la reducción de riesgos frente a la transmisión del coronavirus.

Este plan de acción debe ser acordado y construido entre todos los integrantes del comité de control social, con el fin de que todos puedan conocer claramente los objetivos y el alcance de la alianza o comité. **NOTA:** revisar la "Guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia", publicada en internet.

Las diferentes actividades del plan de acción deben realizarse de forma propositiva y responsable, siempre procurando el mejoramiento de la calidad de los servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.

Departamento: Chocó **Municipio** Quibdó

Plan de acción desde: Mes Febrero **Año:** 2023 **hasta: Mes** octubre **Año** 2023

Nombre de la EAS/operador: MorPoracion Mi Nuevo Sol.

Número del contrato de la EAS/operador: 150

A continuación, se brindan algunas orientaciones para la formulación del plan de acción:

1. Generación de acuerdos internos del comité conformado: los integrantes del comité deben acordar de forma libre y democrática todos los aspectos relacionados con el comité y las actividades que van a desarrollar.

Nombre del comité: comite Sol Naciente #5

Valores que orientarán el funcionamiento del comité:

* Responsabilidad
* Respeto
* Honestidad

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

2. Propósito del comité de control social: contribuir de manera propositiva con la calidad de la atención de los servicios. El comité puede centrar sus esfuerzos en la verificación y control de los siguientes aspectos: **cumplimiento de lacobertura, talento humano completo y cualificado, alimentación** (calidad de los alimentos suministrados, compras locales, preparaciones acordes a los hábitos y costumbres alimentarias de la región), **dotación y mobiliario, proyecto pedagógico o planeación pedagógica, seguridad en la unidad, espacios físicos, las dos socializaciones de los servicios contratados, evento de control social (entre otros)**[1] *(ver componentes de calidad de atención en la guía de participación ciudadana o en los manuales operativos)*. Los integrantes del comité deciden conjuntamente a cuál o cuáles aspectos, de los mencionados anteriormente, le realizarán el control social, considerando la participación de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios de los servicios (se puede solicitar apoyo a la EAS/operador, centro zonal, regional, talento humano de la unidad, y demás entidades/autoridades locales). Indique en el siguiente cuadro cuál o cuales serán los aspectos seleccionados:

Cumplimiento de la cobertura
Planeacion Pedagogica
Seguridad de la unidad
Espacios Publicos.

3. ¿Quiénes van a realizar el control social?
Para esto se debe tener claro cuál es el equipo de trabajo, cómo se distribuirán las tareas; además, identificar las fortalezas de los integrantes del equipo. Es clave tener una persona que lidere y ayude a coordinar las acciones del comité. Indique en el siguiente cuadro los datos de las personas que conforman el comité:

N°	Nombreyapellidos	Documento de identificación	Correoelectrónico	Celular ofijo	Firma
	Karina Hosquera	1077976422		3207972H	Karina Hosquera
	Kenny Paola	1077427585		3215801144	Kenny P.
	Yenny Cueo	1077430900		3122253123	Yenny
	Sindy Santos				Sindy Santos

[1] De acuerdo con los seis componentes de calidad de la atención establecidos en los manuales operativos de las cuatro modalidades de atención de primera infancia: (i) Familia comunidad y redes sociales; (ii) Salud y nutrición;(iii) Proceso pedagógico; (iv) Talento humano; (v) Ambientes educativos y protectores, y (vi) Administrativo y de gestión.

4. ¿Qué actividades se van a realizar?
Indicar cada una de las actividades que se llevarán a cabo para cumplir con el propósito que se acordó en el comité.

5.¿Quiénes son los responsables de realizar cada actividad?
Indicar quién estaría a cargo de cada actividad o tarea planeada según los acuerdos conjuntos. Para la distribución de tareas se puede tener en cuenta las posibilidades reales de que cada uno de los integrantes del comité puedan cumplir con las actividades a realizar, considerando los conocimientos sobre lo que se debe hacer, la actitud positiva y el tiempo para el desarrollo de las actividades.

6.¿En qué tiempo se van a realizar las actividades?
Establecer plazos realistas para desarrollar las actividades, de acuerdo con el tiempo que los integrantes del comité pueden dedicar a las acciones de control social. Puede ser útil realizar un inventario de las tareas o actividades planeadas, indicando el tiempo que se necesita para completar cada una de ellas, indicando las personas que se pueden comprometer con el cumplimiento de estas. Es importante tener en cuenta los plazos que necesitarían las entidades para dar respuesta a las sugerencias y recomendaciones que se realicen, de acuerdo las actividades desarrolladas.

7. ¿Qué recursos se necesitan para desarrollar las actividades planteadas?
Una vez planteadas las actividades o tareas a realizar, el comité deberá definir los recursos necesarios para el cumplimiento de cada una de ellas; por ejemplo:

- Formatos de control social: acta de reunión, acta visita, verificación de: cobertura y alimentos, de dotación, actividades pedagógicas, entre otros.
- Materiales: papel, bolígrafos, lápices, marcadores, cartulina, entre otros.
- Humanos: personas que pueden apoyar el proceso mediante la realización de capacitaciones, talleres, cursos cortos, etc.
- Estrategias de comunicación: perifoneo, voz a voz, avisos o carteleras en espacios comunitarios, llamadas, WhatsApp, plataformas virtuales, entre otros.
- Medios tecnológicos disponibles o que se puedan gestionar.
- Lugares donde se pueden realizar las actividades: centros educativos, unidades donde se presta el servicio, salones comunitarios, centros zonales del ICBF, EAS, y otros espacios comunitarios similares.

Después de que todos tengan claro lo que se necesita para el desarrollo de las actividades se evaluará qué cosas se deben conseguir o gestionar, y con cuáles cuentan los integrantes del comité. Cada una de las personas puede hacer propuestas sobre cómo se pueden conseguir los recursos necesarios.

En la siguiente tabla se podrá diligenciar los recursos requeridos y los responsables, según las actividades o tareas:

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Planeación de actividades

Nro	Actividad/tarea	Fecha en la que se realizará	Responsable/s	Recursos (humanos, materiales)
	Conformacion del Control Social	Febrero	Control Social	Cuadernos, Marcadores
	Verificacion de aumento seguimiento al contrl Social	Marzo	Control Social	cuadernos, Marcadores, telefonos
	Verificacion de cobertura	Abril	control Social	cuadernos, telefono Marcadores
	Verificacion del talento Humano	MAYO	Control Social	Cuadernos, Marcadores Telefono
	Verificar la correcta aplicacion de los rangos entregados por ICBF.	Junio	Control Social.	cuadernos, telefono marcadores

Nota: si necesitan más casillas para registrar las actividades y los recursos pueden agregar una hoja.

8. ¿Cómo se realizará el seguimiento a las reportes y sugerencias que se presenten ante el ICBF y la Entidad Administradora de los Servicios-EAS?

Los integrantes del comité deben tener claridad sobre el control social que van a desarrollar, el rol del ICBF como entidad que promueve la prevención y protección integral de la primera infanciay de la EAS como entidad contratada para prestar los servicios a las niñas, los niños y mujeres gestantes usuarias(os).

Para el seguimiento a los reportes y sugerencias que se entreguen en la EAS y el ICBF el comité puede implementar distintas estrategias, entre las cuales se encuentra la posibilidad de verificar que se hayan resuelto las situaciones identificadas en el/los servicio(s) por medio de: una nueva visita al/los servicio(s), llamadas telefónicas o de WhatsApp, solicitudes de información en las oficinas del ICBF o de la EAS, correo electrónico,y a través de otroscanales de comunicación.

Registre en el siguiente cuadro cómo realizarán el seguimiento a los reportes y sugerencias sobre los servicios que realice el comité:

El seguimiento se realizara atraves del formato de Verificacion y reporte sobre el control Social a los servicios de Primera infancia y con el formato actade reunion del comite de control Social y la veeduria ciudadana

9. ¿Quiénes realizarán el seguimiento a las sugerencias y recomendaciones que se presenten ante las Entidad Administradora de los Servicios-EAS y el ICBF?
Es importante que las personas responsables de realizar el seguimiento pidan aclaración sobre las respuestas que brinde la EAS si estas son confusas o incompletas. Incluya los nombres de las personas que estarían a cargo del seguimiento:

Karina Mosquera
Yenny Ortiz

10. ¿Quiénes socializarán los resultados del control social a la comunidad?
Se debe tener en cuenta socializar los resultados del control social con los demás acudientes de las usuarias(os) del servicio(s) y la comunidad, vinculándoles y motivándolespara que apoyen el desarrollo de actividades.
Los integrantes del comité acordarán en conjunto quiénes estarán encargados de presentar los resultados del control social a las(os) acudientes y la comunidad, de qué forma lo harán, y los demás integrantes del equipo deben indicar el tipo de apoyo que brindarán para la socialización de estos resultados. Es importante que los integrantes del comité planeen cómo van a llevar a cabo esta socialización. Incluya esta información en el recuadro:

De acuerdo con la situación por COVID-19 que se viva en el territorio se pueden socializar a la comunidad los resultados del control social de manera presencial, virtual o a través de medios alternativos como radio comunitaria, entre otros que se tenga posibilidad. Indique los nombres de las personas que estarán a cargo de la socialización:

Karina Mosquera
Karen Julieth Moreno
Yenny Ortiz

11. ¿Cómo se evaluarán los resultados del comité de control social?
El comité de control social debe definir cómo realizará la evaluación de las funciones y responsabilidades al interior del equipo. Esto ayudará con la identificación de aspectos que se deben mejorar durante la realización de las actividades que han acordado. Para esto se puedetener en cuenta la verificación, en el tiempo establecido, del cumplimiento de las actividades, cómo se considerará la actividad en estado terminado y de qué forma se informará su cumplimiento a todos los integrantes del comité. En el siguiente cuadro indique cómo se evaluará el cumplimiento de las funciones del comité:

SE evaluara con el Formato con el Formato de verificacion y reporte sobre el control social a los servicios de la primera infancia y el Formato de acta de reuniones del comite de control social