10385

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

CONTROL SOCIAL

1038

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	02/06/2023	BIENESTAR FAMILIAR
		Versión 8	Página **1** de **4**	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°5	
Hora: 1 a 4pm - 2 a 5 pm - 3 a 6 pm	**Fecha: 18, 19 20 y 21**
Lugar:	Quibdó
Dependencia que Convoca:	Componente familia, comunidad y redes
Proceso:	Verificar la calidad de los servicios prestados
Objetivo:	Velar por que la atención prestada a cada uno de los usuarios y usuarias sea de calidad, además de promover la participación activa de los padres, madres y cuidadores en la gestión y vigilancia a los servicios prestados por icbf

Temas Tratados

- Bienvenida y dinámica
- Objetivos de la reunión
- Socialización de la temática
- Compromisos y cierre

Desarrollo:

En el mes de julio en los días 18, 19,20 y 21 del presente año, el comité de control social de las diferentes unidades de servicio cumplió con el compromiso de verificar la calidad de los servicios prestados en cada unidad de servicio con el objetivo de promover el mejoramiento de la calidad en los servicios de atención a la primera infancia del ICBF, según lo establecido en los referentes técnicos para la atención a la Primera Infancia, esta verificación se hizo en los días ya mencionado, Se dio inicio con un efusivo saludo de bienvenida a las personas presentes. Se mencionaron visitas a las unidades de atención, entrevistas con beneficiarios y la revisión de documentos pertinentes, además Se llevaron a cabo discusiones sobre los hallazgos y observaciones del Comité de Control Social con respecto al desarrollo y calidad de los servicios proporcionados por el ICBF. Se estableció un diálogo constructivo para abordar las observaciones y definir acciones de mejora

Decisiones:

El control social en su condición de veedores en la ejecución del contrato durante el desarrollo de la verificación de la calidad de los servicios prestados acordó continuar velando por la prestación de un servicio de calidad a la primera infancia

Conclusiones:

La reunión fue un espacio de diálogo y análisis constructivo entre el Comité de Control Social y el ICBF de Quibdó. Se resaltó la importancia del trabajo conjunto para garantizar el desarrollo y calidad de los servicios prestados a la comunidad. Se acordó continuar con la supervisión periódica y el seguimiento para asegurar que se implementen las acciones de mejora necesarias.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
El comité de control social se compromete a seguir haciendo vigilancia y control a todo lo establecido, para una mejor prestación de servicio	Comité de control social	Agosto del 2023
El talento humano se compromete a seguir brindando una atención de calidad a todos sus usuarios	Talento humano	Agosto del 2023

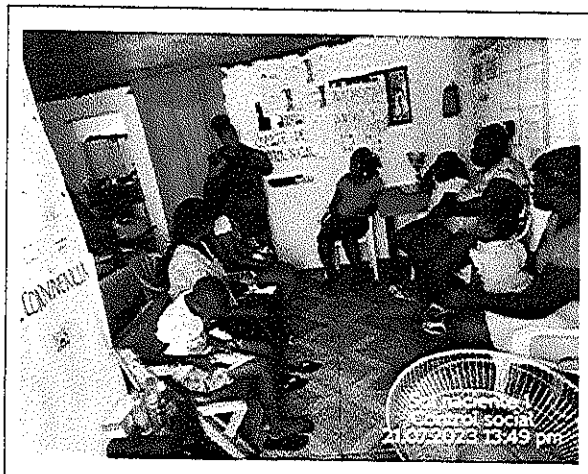
FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**

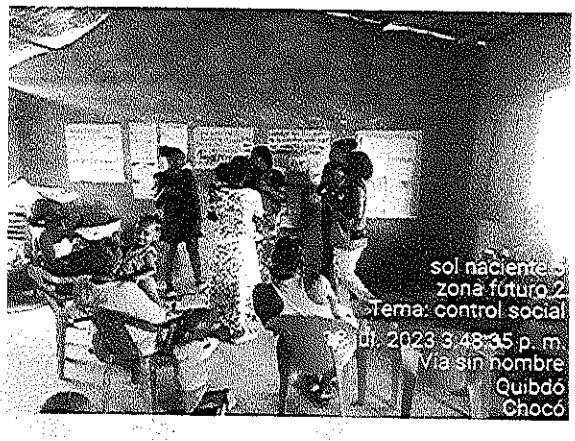
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	02/06/2023	BIENESTAR FAMILIAR
		Versión 8	Página 3 de 4	

Narlen Bueno Peñalosa	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	Narlen Bueno
Sandra milena palacios Pena	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	Sandra Palacios
Karen jhulieth Moreno Mosquera	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	Keiron Moreno
Anny Yulieth Palacios	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	Anny Palacios
Karen Yulieth Ríos Díaz	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	KarenRios
Vanessa Gutiérrez Torres	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	VanessaGutie
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	JULIO DEL 2023	1 A 4 PM 3 a 6	QUIBDO

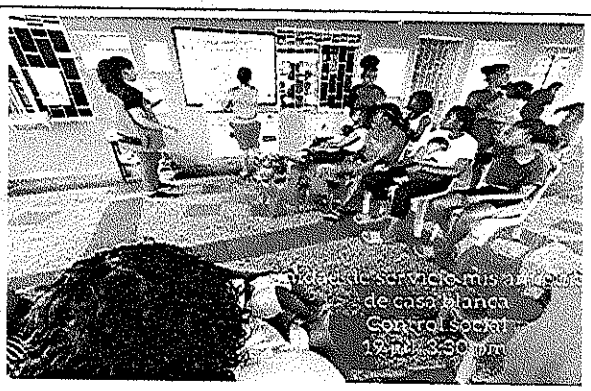
1038

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE CONTROL SOCIAL













CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.800 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 18-07-23 HORA:_____ LUGAR Sincelejo TEMA CONTROL SOCIAL

COORDINADORA: IVONNE GUISADO **DOCENTE: CLAUDIA PATRICIA LENIS CORDOBA** **AUXILIAR: YENECY CORDOBA VALOYES**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	KARLA ZARETH MENA CORDOBA	1078474316	3234980212	AMIGUITOS DE SAMPER	Yosaris Cordoba
2	ELISEEC RENTERIA HURTADO	1078104598	3225230675	AMIGUITOS DE SAMPER	Isela H.
3	KATERIN LISETH MOSQUERA ASPRILLA	1078103873	3242854701	AMIGUITOS DE SAMPER	maribel a.
4	JHOSSER DANIEL MORENO CORDOBA	1077487863	3113895839	AMIGUITOS DE SAMPER	yamerlin C
5	CARLOS EMIR MARTINEZ MORENO	1078104096	3135617797	AMIGUITOS DE SAMPER	Kelly Moreno
6	LIAN JOSELENIS CORDOBA	1078474380	3133838731	AMIGUITOS DE SAMPER	Gina M.C.
7	LIAN DAVID MOSQUERA ROA	1034931390	3136971303	AMIGUITOS DE SAMPER	Ilecely M.
8	ROXIANNIS GUADALUPE MADRIZ ARTEAGA	1077487960	3145301895	AMIGUITOS DE SAMPER	Genesis C.
9	MIA SHARIK MURILLO MOSQUERA	1023564457	3137397207	AMIGUITOS DE SAMPER	Rosa Maria
10	LIZ YARELIS BEJARANO LENIS	1078103490	3122286464	AMIGUITOS DE SAMPER	elizabeth
11	DEYLING SARAY ROBLEDO RICO	1078471951	3134546848	AMIGUITOS DE SAMPER	Diyerlin R.
12	YODYS ALEJANDRA MENA MARTINEZ	1193310909	3233760316	AMIGUITOS DE SAMPER	Yodys Mena
13	DIANA MARCELA HINESTROZA LLOREDA	1077442165	3104487664	AMIGUITOS DE SAMPER	Diana Marcela
14	ARACELY MOSQUERA RENTERIA	1077446225	3128815372	AMIGUITOS DE SAMPER	aracely
15	VANESSA ROBLEDO BECERRE	1077458568	3233760316	AMIGUITOS DE SAMPER	Vanessa R.
16	MAYRA PALACIOS SANCHEZ	1130617727	3118583690	AMIGUITOS DE SAMPER	Mayra P.
17	ROSY YISETH PALACIOS PINO	1003933691	3233760316	AMIGUITOS DE SAMPER	Rosy yiseth.

Powered by CamScanner

CORPORACION
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.900 - 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 19-07-23 HORA: 2:47 LUGAR Alfonso Pez TEMA CONTROL SOCIAL
COORDINADORA: IVONNE GUISADO DOCENTE: APOLONIA PALACIOS LEUDO AUXILIAR: ZAMARA SALCEDO CATAÑO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	ARANNY GISSEL MOSQUERA PALACIOS	1034932158	3145367411	MIS TESOROS DEL FUTURO	Maria Jiseth Palacios
2	THAYRA YARELY VALENCIA HERNADEZ	1078104208	3117661220	MIS TESOROS DEL FUTURO	Arelis Hernandez.
3	THAIS ISABELLA MARTINEZ RUIZ	1078104294	3146342896	MIS TESOROS DEL FUTURO	Monica Patricia Ruiz
4	DAREK SAIR RENTERIA MARTINEZ	1078104268	3105464858	MIS TESOROS DEL FUTURO	Sara martinez.
5	LEIMAN ANDRES CORDOBA ARROYO	1078474146	3145877578	MIS TESOROS DEL FUTURO	Yineza Arroyo
6	YASNERY GARRIDO RIOS	1077462512	3143102245	MIS TESOROS DEL FUTURO	Yasnery Garrido R
7	ZENNIA GHEBCELY GARCIA MARTINEZ	1078474528	3106174823	MIS TESOROS DEL FUTURO	Lucely Martinez Murillo
8	MAIRA YADIRA CUESTA RENTERIA	1238938131	3122099900	MIS TESOROS DEL FUTURO	Maira Yadira cuesta
9	DIANA RENTERIA CORDOBA	1003969051	3205580107	MIS TESOROS DEL FUTURO	Diana Renteria C.
10	LETTY JHOANA BECERRA PALACIOS	1077429152	3225549400	MIS TESOROS DEL FUTURO	Letty Jhoana B.
11	LIAN MATEO TABORDA SANCHEZ	1078474561	3206084635	MIS TESOROS DEL FUTURO	C/A paola L. P.
12	JACKELINE ZUÑIGA MORENO	1007601418	3112569854	MIS TESOROS DEL FUTURO	Jhakeline Zuñiga
13	YOSUAR YESITH HERNANDEZ QUIÑONEZ	1078104167	3233758540	MIS TESOROS DEL FUTURO	Yesith H. A.
14	NEHEMIAS PALACIOS MOSQUERA	1077652669	3127239906	MIS TESOROS DEL FUTURO	Yennifer Mosquera
15	KELLY YOJANA HERNANDEZ ARIAS	100404653	3201564879	MIS TESOROS DEL FUTURO	Kelly Yojana Hernandez
16	JOSE LEICER CORDOBA MARTINEZ	1077488931	3176193726	MIS TESOROS DEL FUTURO	Leicy Karina
17	MARIA JOSE PALACIOS VALENCIA	1001032837	3215740087	MIS TESOROS DEL FUTURO	Maria Jose Palacios V.

10391

CORPORACIÓN

MI NUEVO SOL

NIT: 900.855.800 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21-0703 HORA 2:59 LUGAR Casa 41 TEMA Control social

COORDINADORA: IVONNE GUISADO LOZANO DOCENTE: SANDRA LILIANA BALDOSEA PEREA AUXILIAR: ZAMARA SALCEDO CATAÑO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	DANA MARCELA RENTERIA ARBOLEDA	1034931722	3103503279	CARITAS DE AMOR	Marcela Arboleda C.
2	GLEISY MENA CSAS	1078474140	3116518142	CARITAS DE AMOR	Luceno casas Pere
3	ZARETH DAHIARA BONILLA NAGLE	1078474102	3147085783	CARITAS DE AMOR	Yody
4	KEYDEMAR IMARAY DELGADO ARAUJO	1077487124	3217860935	CARITAS DE AMOR	Katerine
5	CRIS YARIANNY PALACIOS MOSQUERA	1078103141	3128040069	CARITAS DE AMOR	Cris Yarianny
6	KAREN LIZETH HEREDIA MOSQUERA	1216731038	3108995653	CARITAS DE AMOR	Kelys
7	LEIDY KATERINE BECERRA PAZ	1078102826	3206330718	CARITAS DE AMOR	Leidy Katerine
8	ELITH VICTORIA ZULUAGA MENA	1078473194	3226707822	CARITAS DE AMOR	YICETh
9	MATHIAS ALEJANDRO PEROZA GALLEGO	1078102656	3108238590	CARITAS DE AMOR	Tamara
10	KILIAN EMANUEL PAYAN VELASQUEZ	1078473195	3206079055	CARITAS DE AMOR	Tamara del Carmen Gallego
11	YEHIRA ZOETH CORDOBA RIVAS	1232817044	3127540360	CARITAS DE AMOR	Yaira Vanessa Rivas
12	JUAN DIEGO VILLAMIZAR BALDOSEA	1011419124	3122110132	CARITAS DE AMOR	Juan diego villamizar
13	NAHIA ROSSANA RAMIREZ RIVAS	1241441141	3123506291	CARITAS DE AMOR	Nahia Rossana
14	SKARIK YHULLIANA PALACIOS GOMEZ	1013375571	3225107643	CARITAS DE AMOR	ERIKA G
15	KEYTLIN FERNANDA DIZ DIAZ	135950	3137988376	CARITAS DE AMOR	Maria F.

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 25/07/2023 **HORA:** 2:00pm **LUGAR** Reposo, Bonanza **TEMA** Control Social

COORDINADORA: **DOCENTE:** **AUXILIAR:**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1					
2	Wendy Cordoba	1077889931	3205548800	Agroporcur	Wendy Cordoba
3	Mariela Cordoba R	1077425078	3206333265	Agroporcur	Mariela Cordoba
4	Lady Vanessa S.	1008928981	3128380925	Agroporcur	Lady S.
5	Emily Andrea Ros R.	1.078463[illegible]	[illegible]	Agroporcur	Emily Andrea
6	Jenny Palacios	1077427522	3226580867	Agroporcur	Jenny P
7	Laura Patricia	35897642	3114694	Agroporcur	Laura Patricia
8	Narle Tapias	35897621	317697	Agroporcur	Narle Pino
9	Luisa Fernanda	35824008	3564272	Agroporcur	Luisa Fernanda
10	Emerita O.	3569432	3563290	Agro porcur	Emerita
11	Emilsen Barno	35840873	3109898	Agroporcur	Emilsen B.
12	Osiris Cuesta	3500824	3117946	Agroporcur	Osiris Cuesta
13	Luelys Perea	35988607	3774888	Agroporcur	Luelys P.
14	Sandra M.	35896083	1469860	Agro porcur	Sandra M
15	Yina Perea	35896093	774689	Agroporcur	Yina P
16	Laureano U	35891689	3214008	Agroporcur	Laura U
17	Eulalia Patrón	35897603	116088	Agroporcur	Eulalia P

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21/07/2025 HORA: 10:00 am LUGAR Comunidad el 90 TEMA Verificacion Control Social

COORDINADORA: Helmar Carmona DOCENTE: Hector Bernardino AUXILIAR: Luis Angel Arce

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	Ermilda	1041535465	3505241247339	Agro 3	Ermilda
2	Yusi Rubiano Manyoma				Yusi Rubiano Manyoma
3	Blanca Elena Arca Borocuara				Blanca Elena Arce
4	maria elta ARCE TAQUIA				odila Arisa
5	Mona alba caisara Rubiano				
6	Odila Arisa				
7	Abelinda Tequia Quecagama	1078638484			Abelinda.
8	Lucelia Arce Borocuara	1149434524			Lucelia
9	Fricelda Rivera Arce	1077440977			Fricelda
10	LUSESTELA				LUSESLELA
11	ofelia mecha	1129365524	3127634681		ofelia mecha
12	OJELO mos quero		3147497823		OJELO mecquera
13	Mariabesnexcordobaparra	1077446257	3147884027		mariabesnexcordobaparra
14	Luis m. P.		3217345726		Luis m. P.
15					
16					
17					

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 16/07/23 HORA: 11AM LUGAR Hogar TEMA Verificacion Anibal Social

COORDINADORA: Heinar carmona DOCENTE: Francisca Alicia AUXILIAR: Jina Alzate.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	Beisymar Guzmán	6123229	3126862398	Agro 2	Beisymar Guzmán
2	Claudia Romero	24.866947	3224040474	Agro 2	Claudia
3	Emily Shayana Cardona		3148408456	Agro 2	Emily Shayana Cm
4	Kelly Johana cuesta	1149432165	3105411388	Agro 2	Kelly Johana cuesta
5	Stephany Gissel Tabares	1039578710	3162765063	" "	Stephany Gissel Tabares
6	Carol Caraballo	1007743164	3113353094	" "	Carol Caraballo
7	davison Arley	1042733141	—	" "	davison Arley
8	Yuliana Rentería	1133929100	—	" "	Yuliana Rentería
9	Heidy Tineth Pino	1003931891	3122206612	" "	Heidy Pino
10	Lizka M. Rojas B	20229984	3127146701	" "	Lizka M Rojas B
11	Erika Yisdeth D.	1077482745	3216978478	" "	Erika
12	Erika D. Diaz A.	1193229786	3112417486	" "	Erika D. Diaz
13	Maria Arleth Jimenez Rios	1077.437.283	3112851290		Maria Arleth
14	Yelitza Maria Farías	13589442	3167208427		Yelitza M. Farías.
15	Vanessa Rivas Lopez	1039652462	3233804798		Lisaid. B. G
16	Lisaida Buenaños Gamboa	1078005250	3228623253		Vanessa Rivas Lopez
17	Kelly Johana Rentería	1078920948			Kelly Johana Rentería

1039

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 19/07/23 HORA: 1A 4PM LUGAR Gran o/pulda TEMA Verificacion Cintal Social

COORDINADORA: Heinar Carmona DOCENTE: Graciela Lagar AUXILIAR: Juana Nelly Cordoba

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	Evalina Cordoba C.	1077426489	3233326608	Agro Porvenir. 1	Eva cordoba
2	Yorlinby Dominguez Mesa	1003912852	3126610946	Agro porvenir.1	Yorlinby D.M.
3	Yenifer Lopez	1003984224		Agro Porvenir	Yasiris M
4	Ana Yasiris Mosquera	35898724	3113936994	Agro Porvenir	Yasiris M
5	Erica Gonzales	1077469588	3105276946	agro porvenir 1	Erica Gonzales
6	Deisy Karina Quinon	1077425687	3207597883	Agro Porvenir 1	Deisy Karina
7	Arlin Shoana Palacios D.	1128524064	3112781972	Agro porvenir 1	Arlin Shoana palacios
8	Diana Patricia Palacios	1007069186	3228746369	Agro Porvenir 1	Diana Palacios
9	Luz Nelia Alcaraz Holguin	1752223365	3137	agro porvenir 1	Luz Nelia Alcaraz H.
10	Valentina Perea Palma	1003343502	3125376835	agro porvenir 1	Valentina Perea Palma
11	Yenifer Guillama	1077474857	3113786600	agro porvenir 1	yeniferguillama
12	Yiancy Hoanabu	1077439574	3102126001	agro porvenir 1	Yiancy Hoanabu
13	Mariis Cevera	1003927648	3136230359	agro porvenir 1	Mariis Cevera
14	Geisa lorena Nena Cordoba	1077498235	3226647545	Agro porvenir 1	Geisa lorena
15	Maria Isabel Correa	1077478336	3154389435	agro Porvenir	Maria Isabel Correa.
16	Maria Fernanda Velazquez	1039597775	3136405762	gro porvenir 1	Maria Fernanda Velazquez
17	Jazirza Cordoba H.	1010075945	3127846638	agro porvenir 1	Jazirza Cordoba H.

Cel. 311 [illegible] Email: mnuevosol@hotmail.com

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 19/07/2023 HORA 1 PM
LUGAR_MEDRANO_ TEMA control social

COORDINADORA: DANIELA PIEDRAHITA

DOCENTE:MARTHA CECILIA MOSQUERA

AUXILIAR:LLIKY LLO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	NEIMAR SMITH ZAPATA MOYA	1077487753	3214936724	SOL NACIENTE 4	Maritza Moya Perez
2	JHOSER ANDRES CUESTA PALOMEQUE	1077487771	3116622092	SOL NACIENTE 4	Milla y. palomeque H
3	THIAGO LARGACHA CORDOBA	1077487900	3226550435	SOL NACIENTE 4	Kevin
4	ANDRES FELIPE PARRA OBREGON	1077487669	3118049253	SOL NACIENTE 4	Deivin Serna
5	JINNY VERONICA PALOMEQUE VALOYES	1078103757	3146924178	SOL NACIENTE 4	Erika valoys
6	JOHN ANGEL SALAS RODIGUEZ	1078103565	3113981988	SOL NACIENTE 4	Yenny Rodriguez
7	DEIBER SMITH SERNA PALACIOS	1078471439		SOL NACIENTE 4	Leidy Palacios
8	ISRAEL MARTINEZ REYES	1078102920	3024236499	SOL NACIENTE 4	Yuly Reyes
9	SAMUEL MARTINEZ REYES	1078102921	3024236499	SOL NACIENTE 4	yuly Reyes
10	NAHIRA PALACIOS CORDOBA	1238939232	3103533421	SOL NACIENTE 4	Roy Deivis Cordoba
11	BELIFEMY PALACIOS ASPRILLA	1078472982	3114394906	SOL NACIENTE 4	Sandra Yineth Asprilla
12	BRAYAN YAPAD PALOMEQUE MATURANA	1089104548	3225381840	SOL NACIENTE 4	Yadin Maturana
13	JHOAN MATIAS CORDOBA GONZALEZ	1078472483	3218710414	SOL NACIENTE 4	
14	CELESTE MILLAN GONZALEZ	1078472259	3218661829	SOL NACIENTE 4	
15	JASNY YARLENIS SANCHEZ RODRÍGUEZ	1078101543	3122360048	SOL NACIENTE 4	
16	VALERIA SOFIA RAMIREZ TOVAR	1078472163	3102553080	SOL NACIENTE 4	
17	THIAGO ALI URREA PUERTA	1078100916	3113346194	SOL NACIENTE 4	Hugo Gonzalez

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 18/07/2023 HORA: 1 a 4 PM LUGAR FUTURO2 TEMA control social

COORDINADORA: DANIELA PIEDRAITA DOCENTE: CINTHY YISED BENITEZ MOSQUERA AUXILIAR: SAMIRNA MENA MOSQUERA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	ANGIE DANIELA OPUA PEÑA	1078470455	3102290855	SOL NACIENTE 5	Brisa peña carpio
2	DAIRY ORTIZ CHIRIPUA	1078471695	3137049229	SOL NACIENTE 5	Deisy chiripua
3	ISA MAR CARPIO CABEZON	1078014631	3122253123	SOL NACIENTE 5	Monica cabezon
4	NESTALINA PEÑA MEMBACHE	1128024425	3122253123	SOL NACIENTE 5	Nestalina Peña
5	YUNNY PAOLA OPUA EVAO	1077484600	3122253123	SOL NACIENTE 5	Yenny Evao Valencia
6	JOSE HELDER PEÑA CARPIO	1077484673	3105290855	SOL NACIENTE 5	Sevmelita carpio
7	JHON FREI QUIRO PEÑA	1076878228	3137579280	SOL NACIENTE 5	Ineda Peña
8	DARLINSON CHAMAPURO CARPIO	1077484358	3234366925	SOL NACIENTE 5	DELISA CARPIO
9	RONALD DAVID MARTINEZ MARTINEZ	1077486166	3105115393	SOL NACIENTE 5	Caitlin Paola Martinez
10	LUISA FERNANDA MARTINEZ MARTINEZ	1077487554	3105115393	SOL NACIENTE 5	Caitlin Paola Martinez
11	LUJANI QUIRO PEÑA	1078666648	3137579280	SOL NACIENTE 5	Ineida Peña
12	EMMANUEL DOMINGUEZ CORDOBA	1078104243	3203722725	SOL NACIENTE 5	Kelly Johana Cuesta Palacios
13	IAN ANDRES SEGURA MENA	1078104246	3235179021	SOL NACIENTE 5	Cefa Cordoba
14	FLORICELDA CHAMAPURO CAYZAMO	1004052767	3127179332	SOL NACIENTE 5	Floriselda Chamap
15	DEILER SAMIR ANDRADES VIVAS	1078474589	3118070070	SOL NACIENTE 5	Anvi Mare Lavivas
16	HAINY ANDREA BEJARANO MURILLO	1028675284	3123845263	SOL NACIENTE 5	Everis Bejarano
17					

1028

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21/07/2023 **HORA:** 1-4pm **LUGAR** Niño de Dios **TEMA** Canbol Social

COORDINADORA: Daniela Piedrahita **DOCENTE:** Yahaanny Salas Palacios **AUXILIAR:** Jovina Moreno Bermudez

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	Leyren Edith Ibarguen Casas	1077484252	3226731025	Sol Naciente 1	Melissa Casas
2	Kilian Matias Santos Bermudez	1077487553	3122092797	Sol Naciente 1	Yirley Bermudez
3	Haymar Santiago Quinto Cossio	1078104371	3226009144	Sol Naciente 1	Haylen Gisel Cossio
4	Robeth David Londoño Hurtado	1040891318	3215470844	Sol Naciente 1	Daiany Londoño
5	Jaret Gonzales Mayoral	1078104571	3126424750	Sol Naciente 1	maribel mayoral
6	Jhosep Mosquera Palacios	1015198906	3137641482	Sol Naciente 1	Cruz Seleris
7	Erick Jeray Alvarez	1078471350	3106393890	Sol Naciente 1	Lucy F. Valencia
8	Delcer Andres Lemus Bermudez	1078922695	3114209139	Sol Naciente 1	Clarisa Bermudez
9	Alessandra Valentina Hernandez Camacho	1078472597	3203663414	Sol Naciente 1	Marlyn Karina
10	Jhon Anderzon Aguirre Velasques	1078471800	3126760897	Sol Naciente 1	leidy marcela
11	Anthony Santos Rios	1078474491	3104041217	Sol Naciente 1	Adriana Rios
12	Arjhen David Moya Cordoba	1077488907	3229070372	Sol Naciente 1	Lady Daniela
13	Ashli Sofia Cordoba Romaña	1078104150	3216677430	Sol Naciente 1	Emerana Romaña
14	Andres Yesid Alvarez Mosquera	1078921826	3142923715	Sol Naciente 1	Ramona
15	Anny Soraya Abadia Palacios	1133606149	3137528290	Sol Naciente 1	Anny Soraya

103992

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

FECHA 25/07/2023 HORA: 1-4pm LUGAR Patio trdio TEMA Control Social

COORDINADORA: Daniela Piedrahita DOCENTE: Kelly Tello AUXILIAR: Aydel Maria

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	NICOLAS PALACIOS GOMEZ	1023659474	3136169474	Sol naciente 2	Yarner Palacios
2	KHAROLD DALLANAHINESTROZA RENTERIA	1078100257	3116414678	Sol naciente 2	Zamira
3	MAIRES BACARIZO SARCO	1078102395	3144966856	Sol naciente 2	Emilio
4	MARLIN ANDREACHALA MENA	1078102484	3113645585	Sol naciente2	Yudi
5	ALEXANDRA HINESTROZA DOMINGUEZ	1078103329	3207923919	Sol naciente 2	Erika dominguez
6	EDMARYCRISTINA JOHN FIGUEROA	1078471836	3226673577	Sol naciente 2	Yusmili
7	NEIDER ANDRESMOSQUERA CORDOBA	1078472869	3225922376	Sol naciente 2	Mina cordoba
8	KERSY LIZETH QUINTERO MORENO	1078102830	3123241015	Sol naciente 2	Flor
9	DELISA CARPIO CHICHILIANO	1077630843		Sol naciente 2	DELISA CARPIO
10	KIKE OKI BARIQUIDURA	1077484958	3127301400	Sol naciente 2	Marleni S
11	MAINER METEGAY PEDROZA	1077485701	3105418122	Sol naciente 2	Rosa
12	YILMAR METEGAY ISARAMA	1077487338	3226561133	Sol naciente 2	Yuli
13	YAINER METEGAY PEDRAZA	1078102867	3226561133	Sol naciente 2	Rosa
14	SHAIRA CAISAMO BAILARIN	1078102888	3222329532	Sol naciente 2	Rosa
15	PORFIRIA FLACO AMAGARA	1078104058	3225509650	Sol naciente 2	Rosabelma
16	BRITANI OKI CAISAMO	1078472918	3226561133	Sol naciente 2	Deiza
17	LUIS MENCIO TUNAY FLACO	1078473711	3226561133	Sol naciente 2	Rosabelma

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

10400

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21/09/2023 HORA: 1-4pm LUGAR Flores de Buenos TEMA Control Social

COORDINADORA: Daniela Piedrahita DOCENTE: Deyi Tello AUXILIAR: Alexia Enriquez

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	YURI PACHECO LANA	1077486617	3147561429	SOL NACIENTE 3	Yonrila Lana
2	YENFA PACHECO LANA	1075027284	3147561429	SOL NACIENTE 3	Yonrila Lana
3	ARCELIO DOGARI PACHECO	1078471906	3147561429	SOL NACIENTE 3	Sor Gloria
4	LUSIANA DOGARI PACHECO	1078474042	3147561429	SOL NACIENTE 3	Sor Gloria
5	ELINTON PACHECO MORROCO	1077483291	3147561429	SOL NACIENTE 3	meralda
6	YANETH PACHECO MORROCO	1077488253	3147561429	SOL NACIENTE 3	meralda
7	DIONEIDER PACHECO CAIZAMO	1077484581	3147561429	SOL NACIENTE 3	melsa
8	YOIDER PACHECO CAIZAMO	1077487934	3147561429	SOL NACIENTE 3	melsa
9	DIOMAR PEDROZA BICHIBI	1077488433	3147561429	SOL NACIENTE 3	MELISA
10	YEISY MARI CASAMA PACHECHO	1075027470	3147561429	SOL NACIENTE 3	Yarmeida
11	YERSON CONDE PACHECO	1077485697	3147561429	SOL NACIENTE 3	YURANNI
12	JESUS ALBERTO CONDE PACHECO	1077485839	3122151311	SOL NACIENTE 3	IRma
13	ZARAH PACHECO GONZALEZ	1077487130	3147561429	SOL NACIENTE 3	Luis Alexio
14	CARMENZA GONZALEZ FLACO	1077487251	3147561429	SOL NACIENTE 3	Respo
15	JIMENA PACHECO CHARRERO	1078102952	3117279931	SOL NACIENTE 3	Zonia
16	YORLENIS PACHECO WAITOTO	1078471233	3147561429	SOL NACIENTE 3	Yorlenis
17	JHON JAIBER OLEA PACHECO	1078100887	3147561429	SOL NACIENTE 3	Rolinda

10701

10402

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: 14 Julio 2023	DÍA MES AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporacion 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:** Contrato 150
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Modalidad Familiar **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Agroporvenir 1 **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cuarto / Poblado	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Gisela Lagarejo **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3208956625
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 Control Social Agroporvenir 1
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer Vigilancia para que se preste un servicio de calidad a los beneficiarios y Cuidadores
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el talento humano, dcy idoneo para lo cual fueron contratados que se garantizen los derechos.

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.

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 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).			N A
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			N A
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).			N A
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).			N A
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			N A
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			N A
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?			N A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			N A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?			N A
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)			N A

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.	1		NA
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?			NA
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?			NA
E.	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?			NA
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.***			NA
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?			
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?			

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.

10405

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?			N/A
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			N A
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).			N A
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			N A
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			N A

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:

Todo estaba en Perfectas Condiciones

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

- Brindar una Calidad en el Servicio
- Dotar la unidad de Servicio con todo lo q Se requiera.

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: _____

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.

10406

- 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: 3128154472

COPIA

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.

1/0407

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 14 MES Julio AÑO: 2023 HORARIO: 10AM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Bienvenida
Saludo

Verificar la Calidad de los Servicios Prestados por la unidad de servicio

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Garantizar la Calidad de los Servicios	Talento humano	Agosto
Asistir a los encuentros frecuentemente.	Familias y O Cuidadores	AGOSTO
Entregar Puntual y Oportunamente, la Papelería requerida.	Familias y O Cuidadores	AGOSTO

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

10408

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).
Shirley Torrez Mosquera	Líder -
Gladys Palacios Palacios	Veedor Ciudadano
Leidy Paola Córdoba Mosquera	Secretaria

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

10409

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: 19 julio 2023			
Regional/Departamento: choco	**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:** 27001502023		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **Modalidad familiar** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Agro porvenir 2 **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _medrano	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** _____ Francisca Alicia córdoba _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3206163724		
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 agro porvenir 2
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer vigilancia para que se preste un servicio de calidad a cada una d las personas atendidas en este programa
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el talento humano sea el idóneo para lo cual fueron contratados, que cumplan con sus responsabilidades y que presten la atención adecuada a los usuarios y usuarias, haciendo vigilancia por que la atención prestada sea de calidad
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.	

10410

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).			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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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			No se está haciendo control social a este tema o no aplica

EL USO DE DATOS PERSONALES TRATADOS DEBE SUJETARSE A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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?	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?			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?	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.***			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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.		No	
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		

10412

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.**

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:

Falta de Ventilación

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

Seguir brindando calidad en la atención

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:

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL ICBF Y SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL ICBF ES UNA VIOLACIÓN A LA LEY 1581 DE 2012 DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

10413

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Karol Caraballo
- Número Celular y/o fijo: 3113355094

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

10414

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 19 MES Julio AÑO: 2023 HORARIO: 2pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Bienvenida

Saludo

Verificar la Calidad de los Servicios prestados en los diferentes UA.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir a los encuentros el día y la hora Acordada	Familias y o Cuidadores	Agosto
Brindar atención de Calidad a los usuarios	Talento humano	Agosto
Garantizar los derechos de las niñas y los niños	Talento humano	Agosto
Cumplir Con lo Acordado en el plan	Control Social y Veeduría Ciudadana	Agosto

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).**
Karol Caraballo	líder
Luz Yolanda Palacios García	Secretaria

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

10416

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: 13 julio 2023	DÍA	MES	AÑO
Regional/Departamento: choco	**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:** 27001502023		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **Modalidad familiar** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Agro porvenir 3 **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _comunidad del 90	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Héctor Berrio pino **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3104396875		
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 agro porvenir 3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer vigilancia para que se preste un servicio de calidad a cada una d las personas atendidas en este programa
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el talento humano sea el idóneo para lo cual fueron contratados, que cumplan con sus responsabilidades y que presten la atención adecuada a los usuarios y usuarias. haciendo vigilancia por que la atención prestada sea de calidad

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.

10417

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 dia? (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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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			No se está haciendo control social a este tema o no aplica

	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?	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?			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?	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.***			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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.		No	
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		

10419

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.**

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:

En la visita realizada se evidencio la falta de ventilación en la unidad de servicio, sumado a la falta de materiales de trabajo (papel,lápiz, colores, crayolas, etc.)

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

Que doten las unidades de servicio con lo necesario para brindar una atención de calidad a los usuarios y usuarias

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:

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

10420

- 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: Maria Alba Caizamo

- Número Celular y/o fijo: 3206079055

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

10921

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 13 MES Julio AÑO: 2023 HORARIO: _____

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Bienvenida
Saludo
Verificar la Calidad de los Servicios Prestados por el talento de la ET Mi nuevo Sol.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir con lo acordado en el plan de trabajo	Control Social y Veeduría ciudadana	Agosto
Garantizar los derechos de las niñas y los niños.	Talento humano	Agosto
Asistir a los encuentros el día y la hora acordada	Familias y o Cuidadores	Agosto
Brindar atención de calidad a los usuarios	Talento humano	Agosto

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

10422

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
María Alba Carpamo Rubiano	líder
Lucelia Arce Bonilla	Secretaria
Luz Estella Arce Bonilla	Veedor ciudadano

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

10423

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: 21 julio 2023	DÍA	MES	AÑO
Regional/Departamento: choco	**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:** 27001502023		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **Modalidad familiar** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** _____ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____ **Amor y convivencia 4**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leila Maria Palacio **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** _____ 3128951428		
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 amor y convivencia 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 vigilancia para que se preste un servicio de calidad a cada una d las personas atendidas en este programa
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el talento humano sea el idóneo para lo cual fueron contratados, que cumplan con sus responsabilidades y que presten la atención adecuada a los usuarios y usuarias, haciendo vigilancia por que la atención prestada sea de calidad
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.	

10424

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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

10/25

	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?	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?			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?	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.***			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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.		No	
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	si		

10426

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.**

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:

La unidad de servicio no cuenta con materiales suficientes para el desarrollo de las actividades, faltan juguetes que estimulen la sana recreación y desarrollo de los niños y niñas.

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

Dotar la unidad de servicio con todo lo que se requiera para una mejor atención de sus usuarios y usuarias

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

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: VIKY PEREA
- 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: 3105644645

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

10428

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** JULIO **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 2:00 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

*Bienbenida
*oracion
*Dinamica
*socializacion

el 21 de julio se reunieron los integrantes del comite de control social, esta reunion dio inicio mediante un efusivo saludo de bienbenida, seguido de la realizacion de una dinamica, luego se inicio una charla participativa donde se hablo de la importancia de ser garantes de derechos de los niños y niñas, ademas se establecieron compromisos y realizo control social en las UA para verificar la calidad del servicio prestado

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Ser garantes de derechos	comite de C.S	Agosto
Seguir haciendo control social a los item establecidos en el cronograma	comite de control social	
Ser responsables con los acuerdos establecidos	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

10429

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Leyde Liliana Cuesta Rivas	Madre de usuaria
Con johana Cabrera palacios	Madre de usuario
Luisa Yohana Mosquera	presidenta del comite de C.S
Kelly Andrea Mena M	Secretaria del comite de C.S
Luz yasiris palacios	Integrante del comite de CS

10430

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: 19 julio 2023	DÍA	MES	AÑO
Regional/Departamento: choco	**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:** 27001502023		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **Modalidad familiar** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA_____ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _BARRIO CARAÑO PARTE ALTA	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LUZ DARY ROJAS _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** **3122615154**		
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 mis amiguitos de casa blanca
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer vigilancia para que se preste un servicio de calidad a cada una d las personas atendidas en este programa
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el talento humano sea el idóneo para lo cual fueron contratados, que cumplan con sus responsabilidades y que presten la atención adecuada a los usuarios y usuarias, haciendo vigilancia por que la atención prestada sea de calidad
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.	

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

10431

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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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			No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

10432

	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?	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?			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?	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.***			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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.		No	
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	si		

10433

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 FISICO: 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:

La unidad de servicio no cuenta con materiales suficientes para el desarrollo de las actividades, faltan juguetes que estimulen la sana recreación y desarrollo de los niños y niñas.

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

Dotar la unidad de servicio con todo lo que se requiera para una mejor atención de sus usuarios y usuarias

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

10434

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: ANGELICA MACHADO DIAZ
- 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:

¡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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

10435

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 19 **MES** JULIO **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 1:00 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Bienbenida
Oracion
Dinamica
Desarrollo de la tematica

El 19 de julio del año en curso el comite de control social se reunieron Se dio inicio a la misma, mediante un caluroso saludo de bienvenida seguido de la oracion y una Dinamica para amenizar el momento luego se estableció una charla donde se hablo de la importancia de ser garantes de derechos y de vigilar por que se Preste un servicio de calidad, se hicieron compromisos y se dio por ter

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Ser garantes de derechos	Comite de Contol S.	Agosto
Seguir haciendo Control Social a los temas establecidos	Comite de control social	Agosto
Ser responsables con los acuerdos establecidos	Comite de contol Social	Agosto

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Angelica Machado Diaz	Pradanta de comite de. C.S
Leidy Juliana Sanchez	Secretaria de C.S.
Leidy Tatiana Cuesta	Integrante. C. S.

10437

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	Julio	2023
Regional/Departamento: CHOCÓ	**Municipio: QUIBDÓ**		
Centro zonal: QUIBDÓ	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **COORPORACIÓN MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **DIMF**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **150**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **MODALIDAD FAMALIAR** **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** LOS AMIGOS DE SAMPER **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** SAN ISIDRO	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Claudia P. Leon **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3042534127		
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:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	AMOR Y PAZ
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	
Propósito o finalidad de la visita:	Vigilar porque la atención prestada sea de calidad para los usuarios

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).			
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).			
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).			
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).			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			
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?			
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?			
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)			

10439

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.**			

10442

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
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).			
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			

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 ve reflejado que la unidad de servicio cuanto con pocos elementos para el desarrollo de las actividades

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

Dotar la unidad de servicios con mas implementos de elementos para desarrollo todas las actividades pertinentes

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: Anny Soruy Cuo
- Número Celular y/o fijo: 3206559642

10447

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:

- Bienvenida
- oración
- Tema
- Dinamica

Darle continuidad para la verificación de calidad de los servicios.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
+ continuar con dicha Verificación de los servicios.	-comite control social -psicosocial	Vigencia del contto
-Darle calidad a nuestro usuario.	-comite control -psicosocial	

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

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).**
Anny Sonay Costa Mosquera	Presidenta
Angie Leudo Martinez	Secretaria
Mayerlin Viviana Mosquera	Tesorera

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:	20 Julio	2023
Regional/Departamento: CHOCÓ	**Municipio: QUIBDÓ**	
Centro zonal: QUIBDÓ	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **COORPORACIÓN MI NUEVO SOL**	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **DIMF**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **150**	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **MODALIDAD FAMALIAR** **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** HISTESORLOS DEL FOTURO **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Alfonso Coper	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** APOLONIA PALACIOS LEUDO **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3205580170	
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:** 19		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONSTROFELIDO FUTURO
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	
Propósito o finalidad de la visita:	Vigilar porque la atención prestada sea de calidad.

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).			
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).			
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).			
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).			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			
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?			
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?			
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)			

10445

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?				
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?	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.***				No aplica
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 aplica
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.	NO			
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.**				

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
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).			
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			

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:

La unidad de servicio no cuenta con materiales, como lo son; juguetes, colores, papel,

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

Dotar la unidad de servicio con todo se requiere para una Mejor atención.

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: Arely Hernandez Serna
- 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: 3117661220

10447

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 20 **MES** Julio **AÑO:** 2023 **HORARIO:** _____

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- Bienvenidad
- Oraciones
- Dinamica
-

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Continuar Vigilando sobre la gestion del servicio para la comunidad.	- Control social - psicosocial	2023
que por medio de CAJA, se den la quejas pertinentes para, darle continuidad.	- Control social - psicosocial	2023
Tenemos materiales, para el desarrollo matriz de nuestros niños y niñas.	- control social - psicosocial	2023

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

10449

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:	19	julio	2023
Regional/Departamento: CHOCÓ	**Municipio: QUIBDÓ**		
Centro zonal: QUIBDÓ	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **COORPORACIÓN MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **DIMF**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **150**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **MODALIDAD FAMALIAR** **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:** Soba # 1	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Sandra Caballo Seda **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 313 830 0130		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 48 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 12			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	AMOR Y FELICIDAD
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	
Propósito o finalidad de la visita:	Vigilar la calidad de los servicios prestados sea de calidad para el desarrollo.

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).			
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).			
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).			
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).			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			
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?			
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?			
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?	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?				
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?	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.***				No aplica
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			No aplica
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?				
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?			
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
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).			
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			

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:

La unidad de servicio cuenta con pocos materiales para el desarrollo autonomo de los niños y niñas. como: Colores, temperas cartulinas, juegos en otras cosas.

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

Dotar la unidad de servicio con todo lo que se requiera para mejor la atención de los usuarios

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: Lucena Cova
- Número Celular y/o fijo: 3146971438

10453

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 19 **MES** Julio **AÑO:** 2023 **HORARIO:** _____

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- Bienvenida
- oración
- Dinamica

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir con todo lo requerido de los usuarios para brin	-Control social -Psicosocial	2023
Vigilar que todo lo se encuentre para calidad para el desarrollo.	-Control social -psicosocial	2023
Verificar adecuadamente y mucha responsabilidad	-Control social -Psicosocial	-Vigente al contrat

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).
Lucena Cajas	Presidenta
Emilia Mosquera	Secretaria
Maira Mosquera Mena	Tesorera

10453

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: 18 julio 2023	[illegible]	YES	[illegible]
Regional/Departamento: choco	**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:** 27001502023		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **Modalidad familiar** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** LOS LUCEROS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** villa españa	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** luz yak Quinto **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** _____ 3135235128		
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 luceros
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer vigilancia para que se preste un servicio de calidad a cada una d las personas atendidas en este programa
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el talento humano sea el idóneo para lo cual fueron contratados, que cumplan con sus responsabilidades y que presten la atención adecuada a los usuarios y usuarias, haciendo vigilancia por que la atención prestada sea de calidad
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.	

10456

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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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).			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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 o no aplica
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			No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

	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?	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?			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?	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.***			No se está haciendo control social a este tema o no aplica
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 o no aplica
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.		No	
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		

LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE CONFORMIDAD CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

10458

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.**

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:

La unidad de servicio no cuenta con materiales suficientes para el desarrollo de las actividades, faltan juguetes, mas libros, mas papel,crayolas, lapiceros, etc, que estimulen la sana recreación y desarrollo de los niños y niñas.

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

Dotar la unidad de servicio con todo lo que se requiera para una mejor atención de sus usuarios y usuarias

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

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: Johana Marcela García
- 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: 3114358642

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

10460

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 18 **MES** julio **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 2:00 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- Bienbenido
- Dinamica
- Desarrollo

El dia 18 de julio del año en curso los integrantes del comite los luceros, se reunieron con el objetivo de darle cumplimiento a sus responsabilidades acordadas, quedando con compromisos de continuar haciendo vigilancia y control de la prestacion del servicio prestado, mediante una visita en los ca para verificar la calidad de la atencion prestada a los usuarios y usuarios

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
continuar haciendo Control social a lo establecido	comite de control social	Agosto
Asistir A los Encuentros puntualmente	comite de control social	Agosto
Velar por los derechos de los niños y niñas	Talento humano y comite de control I	Agosto

¡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).**
Angie Katerine garrido	Secretaria del comite de C
Omaira palacios	Integrante del Comite de C.S.
Viky Paola Perez	presidenta Comite de CS

10462

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	02/06/2023	BIENESTAR FAMILIAR
		Versión 8	Página 1 de 2	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°			
Hora:	3:00pm	**Fecha:**	13/07/2023
Lugar:	Reposo 1		
Dependencia que Convoca:	Equipo Psicosocial		
Proceso:	Verificacion de los servicios prestados		
Objetivo:	Brindar un servicio con calidad y calidez		

Agenda: Saludo de Bienvenida
Socializacion del Tema (Salud Social).
Compromisos
Recomendaciones
Varios.

Desarrollo: Esta Actividad se desarrolló con la participación de cada uno de los integrantes del comité de salud social. Evaluando estos mediante la verificación y seguimiento a los servicios que se prestan para lograr mejorar las falencias encontradas en los unidades de servicio.

Donde se pudo evidenciar Encuentros de las actividades que se desarrollan al interior de las UDS son Excelentes, donde aquí van a contribuir a las necesidades de los Niños, niñas y familias para un desarrollo adecuado.

Decisiones: Se continuara desarrollando Esta actividad que vaya en favor a las familias y a su bienestar.

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

10463

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Continuar haciendo control	Control Social	Continuo
Verificación continua	Control Social	Continuo
Velar por los derechos de los Niños y Niñas y F.	Control Social	Continuo

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Heidy Yisel S.	Presidenta	Mi Nuevo Sol	Heidy
Francis Mosquera	Secretaria	Mi Nuevo Sol	FRANCYS
Marcela Colorado	Vocal	Mi Nuevo Sol	marcela C.

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	16/08/2023	3:00pm	Repos I

¡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 CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

10464

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS- CONTROL SOCIAL



10465

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	F9.P1.MI	02/06/2023	BIENESTAR FAMILIAR
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	Versión 8	Página 1 de 2	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°			
Hora:	2:00pm	**Fecha:**	25/07/2023
Lugar:	Bonanza		
Dependencia que Convoca:	Equipo Psicosocial		
Proceso:	Verificación de los servicios prestados		
Objetivo:	Contribuir al mejoramiento de los servicios		

Agenda: Saludo de Bienvenida
Socialización del tema (control social).
Compromisos
Recomendaciones

Desarrollo: Esta se llevó a cabo con la participación de todos los miembros del comité de control social, en donde como finalidad se tuvo la verificación en todo lo relacionado con cada uno de los servicios ~~que son~~ ofrecidos a los Niños, Niñas y madres Gestantes, Esto para mejorar en la calidad de los mismos.
Los integrantes manifestaron que los servicios brindados son de buena calidad y se ofrecen de la mejor manera a las familias teniendo en cuenta sus necesidades y satisfacer todas.

Decisiones: Se tomó como continuar con la verificación de cada uno de los servicios antes del comité de control social.

10466

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Continuar con la Vinculación	Comité Social	Continuo
Participar Actividades.	Comité social	Continuo
Hacer seguimiento continuo.	Comité Social	Continuo
Buscar la mejor calidad	Comité Social	Continuo

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Nelly Blandon	Líder	Mi Nuevo Sol	Nelly B.
Yulima Mena	Secretaria	Mi Nuevo Sol	Yulima M
Yira Maryory	Veedora	Mi Nuevo Sol	Yira M.

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	15/08/2023	3:00 pm	Bonanza

PUBLICA

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

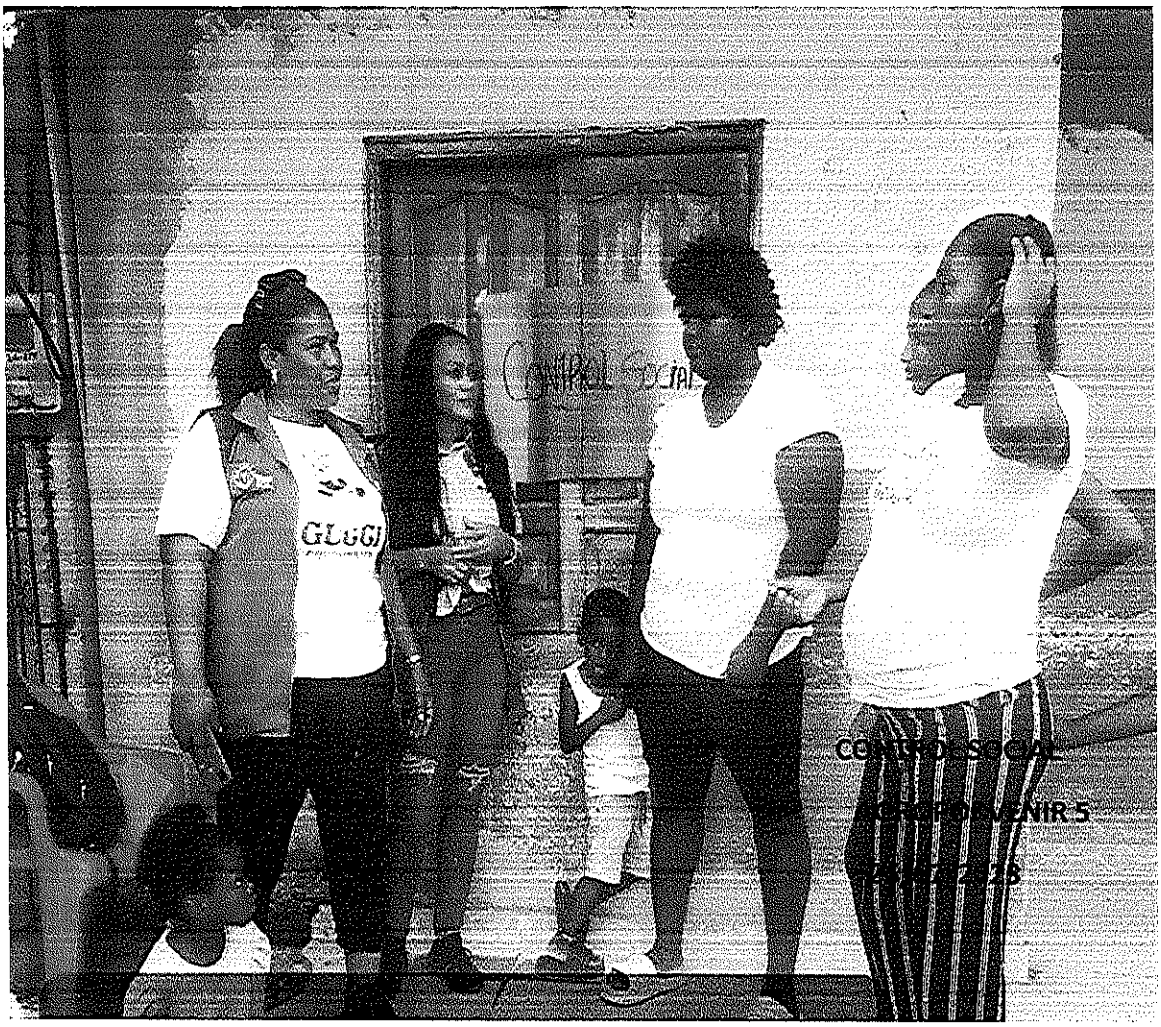
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

10467

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMISO PARA CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS- CONTROL SOCIAL



10468

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	F9.P1.MI	02/06/2023	BIENESTAR FAMILIAR
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	Versión 8	Página 1 de 2	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°			
Hora: 2:30 Pm		**Fecha:** 25/07/2023	
Lugar: Santa Ana			
Dependencia que Convoca:	Equipo Psicosocial		
Proceso:	Verificacion de los Servicios Prestados		
Objetivo:	Hacer control social a los Servicios prestados		

Agenda: Saludo
Bienvenida
Socializacion del tema Control social y Verificacion de los Servicios prestados.
Conclusion y varios
compromisos y Recomendaciones.

Desarrollo:
Los integrantes del Comite de control social cumplieron con cada uno de las funciones que les son correspondidas como verificar que Cada uno de los Elementos que se obsequiaron por las EAS estan siendo bien utilizados, al igual que los Servicios que se desarrollan con las familias.

Decisiones: Se desarrollo con el acompañamiento de los miembros del Comite de control social. con la finalidad de Verificar la calidad de cada uno de los Servicios que se dan.

¡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 CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

10469-

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Continuar haciendo control comité	comité	Continuo
Verificar los servicios.	comité	continuo
Participar de las actividades:	comité	Continuo

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Angelica Tatiana P.	Veedora	Ninguno	Angelica
Maria Ewel Noguera	Veedora	Ninguno	Maria F
Doimarys Castro	Secretaria	Ninguno	DAMARYS
Margelis Romaña	Lider	Ninguno	Margelis

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	15/08/2023	3:00pm	Santa Ana

¡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 CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

10470

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMISO FIRME CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS-CONTROL SOCIAL



10471

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: 6			
Fecha: 19/07/2023		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: 150		
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 Mamolejo		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol Naciente 6	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3115672534		
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): 42 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 13			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	luchadores Alegres
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	En esto mes el objetivo principal fue verificar la calidad de los servicios prestados por parte del talento humano a las familias
Propósito o finalidad de la visita:	El propósito de la visita fue que el comité inspeccionara el tipo de servicio la calidad de esto que se esta dando por parte del equipo de talento humano.

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.

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).			NA
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).			NA
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).			
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		

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?	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?			NA
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?			NA
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?			NA
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.***	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.

10474

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?			NA
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			NA
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).			NA
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?			NA

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 no se presentaron situaciones que reportaran algún tipo de alarma

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

* El comité de control social recomienda dotar la unidad con elementos para realizar manualidades.

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: Jaritsabel Gutierrez

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

- 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: 3146807641

1027

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 6

FECHA: DÍA 19 **MES** julio **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 1 A 4 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: En el mes de julio el comite de control social de la unidad de servicio del Nacimiento 6 se reunio con el objetivo de verificar la calidad de los servicios Prestados Por Parte del equipo de talento humano, donde se Pudo corroborar que el talento humano esta realizando una atencion enriquecedora, donde se explican temas relacionados con las problematicas o situaciones que se presentan diario y asu vez tienen un trato muy respetuoso y amable con los usuarios.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
El comite se compromete a seguir realizando seguimiento al servicio Prestado Por el Talento humano	Control Social	Julio 2023
El talento humano se compromete a seguir brindando una atencion de calidad a los usuarios.	Talento humano	Julio 2023
El talento humano se compromete a seguir siendo dinamicos y Creativos a la hora de la atencion.	talento humano	Julio 2023
El comite se compromete a inspecionar los Paquetes nutricionales entregados mes a mes.	control social.	Julio 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 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).**
Jarlaidy Gutierrez	Presidente
Katerine Andrea.	representante

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: 6

Fecha: 18/07/2023	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:** 150		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cinthy Bonitez		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol Nacientes	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3103951205		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Villanueva x Futuro 2			

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:** 14

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Los Escritores del Sol
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	En el mes de julio se tuvo como objetivo verificar la calidad de los servicios recibidos por parte del talento humano
Propósito o finalidad de la visita:	la finalidad de esta visita fue inspeccionar si el talento humano estaba cumpliendo con la prestacion de un buen servicio a los niños y niñas

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		

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?	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?			NA
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?			NA
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?			NA
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.***			NA
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?			NA
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			NA
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).			NA
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?			NA

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 Presentaron Situaciones Negativas durante la visita

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

Como recomendacion los usuarios y el comite de la unidad recomendaron dotar la unidad de colchonetas Para la comodidad de los niños y madres a la hora del encuentro

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: Yeanna Mosquera

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

- 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

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

10483

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 6

FECHA: DÍA 18 **MES** 07 **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 1 A 4 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: En la Reunion con el comite de control Social de la unidad de Servicio Solucionto 5 se verifico la calidad de los servicios Prestados Por Parte del talento humano donde se Pudo evidenciar la eficacia del equipo a la hora de llevar tematicas a la unidad, en la cual usan estrategias y dinamicas que se adecuan a las necesidades de los usuarios. asu vez en la entrega de complementos se inspecciono que estos llegaran en buen estado completos y sellados.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
El comite de control Social se compromete a seguir inspeccionando los paquetes nutricionales entregados.	Control Social	Julio 2023
El talento humano se compromete a seguir brindando una atencion de calidad.	Talento humano	Julio 2023
El comite se compromete a seguir realizando seguimiento a la calidad del servicio realizado Por el talento humano	Control Social	Julio 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.

10484

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Karina Mosquera	Presidenta
Yonny Ruiz	Representante.

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

10485

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: 6

Fecha: 13/07/2023	D	MES	AÑO

Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdo
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** corporacion minuto 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): Familiar **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Sol Naciente 4	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Marta Cecilia Mosquera **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3122346677
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Medrano	

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:** 13

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Pensadores Rapidos
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	en esta ocasion se realizo la verificacion a los servicios prestados por parte del talento humano
Propósito o finalidad de la visita:	se tuvo como proposito o finalidad durante los encuentros verificar la eficacia de la atencion que ha dado por parte del talento humano

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).	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?	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)			NA

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?			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?			NA
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?			NA
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?			NA
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		

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?			NA
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			NA
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).			NA
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?			NA

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:

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

Se recomendo dotar la unidad con elementos para realizar manualidades.

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: Liz Adriana Waldo

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

- 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: _____

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.

10491

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 6

FECHA: DÍA 13 **MES** 07 **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 1 A 4 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Durante el mes de julio el comite de control Social de la unidad de servicio Sur Nariño y se dio a bien realizar una verificacion a los servicios que Prestan el equipo de talento humano

En el cual se corrobero que estos dan un servicio de calidad, dando son dinamicos y creativos para el disfrute de los usuarios

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
El comite se compromete a seguir realizando seguimiento a la Prestacion del Servicio	control Social	Julio 2023
El talento humano se compromete a seguir Prestando una atencion de calidad Para sus beneficiarios	talento humano	Julio 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 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).**
Luz Adriana Walolo	Presidente
Kimberli Cordoba	Representante

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

10492

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 6

FECHA: DÍA 21 MES Julio AÑO: 2023 HORARIO: 1-4pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Verificar la calidad de los servicios prestados. Se reune el comité de control social, con el propósito de verificar la atención que reciben los NN, mujeres gestantes y familias de la CA 501 vereda 1, razón por la cual el día de julio de 2023 el comité promotores del seguimiento verifica la calificación a la población atendida por parte de la docente asignada, se logra evidenciar fortalecimiento en la tematica abordada por la profesional, Por ello lado se verificó el almacenamiento y estado de los refrigerios los que se observaron en optimas condiciones. seguidamente se interactua con padres de familias, donde manifestaron la eficiente atención recibida.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Realizar de forma continua el ejercicio de control Social	Comité de Control Social Psicosocial	Julio del 2023
Diligenciar el formato de verificación y reporte sobre el control social a los servicios de Primera Infancia	Comité de Control social	Julio del 2023
Verificar el tema o temas correspondientes al mes en vigencia	Comité de Control Social Psicosocial	Julio del 2023
Reportar posibles allazgos durante el proceso de veeduría.	Comité de Control Social Psicosocial	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).
Anny Palacios	Psicosocial
Keiry Perea	Secretaria
Lady Daniela C	Presidenta
Yudy Palacios M	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.

10494

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: 6	
Fecha: 21/09/2023	
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: Yahanny Salas
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: 301 Nacedente 1	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3104929095
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Barrio de Pies	
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:	Promotores del seguimiento
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 prestados.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar los componentes acordados por el comité de Ctrol 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.

10495

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).			
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).			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			
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)			

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

10496

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?			No Aplica
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?			
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.**			

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

10497

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
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).			
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			

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 Control Social se direcciona a la verificación de la calidad de los servicios prestados donde se logra concluir el cumplimiento por parte del talento humano en las capacitaciones y fortalecimiento familiar, también se verifico la higiene y el buen almacenamiento de los refrigerios, se conoció por parte de padres de familia la satisfacción de los servicios recibidos.

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

1. ~~Asistir~~ a los encuentros programados por el talento humano
2. Informa la calidad de los servicios que reciben
3. manifestar situaciones que se generen durante la atención que impidan el buen funcionamiento de la modalidad.

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: Kelly Johana Perea
- 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: 3136722803

10498

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 Julio AÑO: 2023 HORARIO: 1-4 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Verificar la calidad de los servicios prestados.
El día de julio de 2023, en horas de la tarde se reune el comité promotores del control social donde se logro verificar lo siguiente:
la atención recibida de niños, niñas, mujeres gestantes y padres de familia por parte de auxiliar pedagogica, docente y psicosocial quienes estuvieron presente durante la veeduria realizando cada funcion desde su competencia. por consiguiente se observo el desarrollo del encuentro donde se conduce el rol de la auxiliar con los niños y niñas.
Referente a las refrigerios estan en buenas condiciones de higiene respecto a la atencion estar en el punto de atencion y en buen estado se entrevisto con padres de familia quienes manifestaron satisfaccion con la atencion que reciben.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Veeduria al componente correspondiente al mes de Julio	Comité de Control social Psicosocial	Julio del 2023
Comunicar irregularidades durante la atencion recibida	Comité de Control social	Permanente
Diligenciar el formato de verificacion y reporte sobre el control social	Comité de Control social	Julio del 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).
Yarmeida Pacheco	Secretaria
Zonia charriero	Vocal
Anny Palacios	Psicosocial

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: 6	
Fecha: 21/07/2023	
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Quibdó
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:
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: Dery Tello
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: Fuel de Buenaros	
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:	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 la calidad de los servicios prestados
Propósito o finalidad de la visita:	Veeduría al componente corresponsabiente al mes a reportar

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.

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?	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).			
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).			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			
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?	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)			

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?	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?			NO aplica
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?	NP		
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.**			

10503

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?			NO aplica
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: Durante la visita de control o veeduría se logra evidenciar la calidad del servicio que brinda el talento humano, donde cada profesional desempeña actividades desde su rol.

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

1 Asistir a los encuentros grupales.
2 Manifestar posibles situaciones que impidan el funcionamiento eficiente de la modalidad.

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: Yaneida Pacheco
- 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: _____

1050

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. 6

FECHA: DÍA 25 **MES** Julio **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 1-4pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Verificación de la calidad de los servicios prestados. El día de julio del año en curso el comité Guardianes del Futuro se reunen con el objetivo de verificar los servicios prestados por el talento humano a los beneficiarios de la UA 501 reciente 2, se logra corroborar la eficiencia y calidad de la atención brindada a familias, mujeres gestantes y NN, donde se observó el rincon del juego, de literatura entre otros, el buen estado y almacenamiento de los refrigerios, en cuanto a las charlas pedagogicas hay buen manejo de las tematicas, las que se observan son dinamicas y participativas, durante la veeduria se observaron niños, niñas y familias

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Darle continuidad al proceso de control social.	Comité de Control Social Psicosocial	Julio del 2023
Informar de situaciones inadecuadas durante la atención	Comité de Control Social Psicosocial	Permanente
Diligenciar el formato de verificación y reporte sobre el control social a la modalidad.	Comité de Control Social	Julio del 2023
Cumplir con la veeduria al compromiso acordado en dicho mes de reporte	Comité de Control Social	Julio del 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.

10505

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Flor Yisela Moreno	Vocal
Ana Zamira Tenteria	Secretaria
Uesenia Costa	Presidenta
Amy Palacios	Psicosocial

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

10506

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: 6	
Fecha: 25/07/2023	
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Quibdó
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Corporación 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 Pello
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: Nuevo Jerusalén Cabi	
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:	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 la calidad de los servicios prestados
Propósito o finalidad de la visita:	Cumplir con la veeduría 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).	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?	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).			
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).			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?			
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?	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)			

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?	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?			no aplica
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?			
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.**			

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.

10589

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
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).			
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			

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 veeduría del mes en agencia se logra comborar la atención que reciben las niñas, niños, padres de familia y mujeres gestantes con relación a lo establecido para el funcionamiento de la modalidad.

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

1. Informar de situaciones que dificulten el desarrollo de la modalidad
2. Asistir periodicamente a las actividades programadas desde los encuentros grupales.
3. Manifestar de forma oportuna la calidad del servicio recibido.

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: Vesenia 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

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