CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

# CONTROL SOCIAL

Calle 31 No. 7 – 09 B/ Tomas Pérez Cel. 3226230804 Quibdó – Chocó

e-mail: minuevosol@hotmail.com

15447

| COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN<br><br>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: 2 a 5 pm | Fecha: 6/10/2023 |
| Lugar: | Barrio Niño Jesús- NUEVE DE AMOR # 3 |
| Dependencia que Convoca: | APOYO PSICOSOCIAL |
| Proceso: | Revisión de carpetas y asistencia por parte del comité de control social. |
| Objetivo: | Verificar carpetas y asistencia por parte de miembros del comité de control social. |

**Agenda:**

**Orden del día:**

- **Bienvenida**
- **Oración**
- **Desarrollo**
- **Decisiones**
- **Compromisos**
- **Final**

BIENVENIDA: La jornada se inició con el desarrollo de las diferentes actividades comenzamos a recibir a los integrantes del comité de control social, se realizó el protocolo de desinfección de manos.
Luego pasamos a realizar la oración agradeciéndole a EL creador por todo.

**Desarrollo:**

El día 6 del mes de octubre del presente año nos reunimos con el comité de control social de la unidad de NUEVE DE AMOR #3

Lo que se quiere evidenciar con esta revisión es que los niños y niñas cumplan con lo solicitado y la garantía de derechos al día.

Para continuar con esta actividad se revisó cada una de las carpetas de los niños, niñas, madres gestantes y lactantes donde se encontraron en dos carpetas algunos hallazgos como:

Registros civiles con tachones, enmendaduras, borrosos e ilegibles.

Se procedió a realizar llamadas telefónicas a los padres de familias y/o cuidadores con el objetivo de informarles los hallazgos conseguidos en cada una de estas para activación de la ruta de atención con los padres de familia y/o cuidadores en la consecución de otras copias de documentos que puedan estar legibles.

En este orden de ideas haciendo un análisis con atento cuidado de cada una de esta documentación se les expresa a los padres de familia y/o cuidadores, que se requiere que en el documento como registro civil no se debe conseguir ninguna enmendadura, ni tachón, ni repintado el número del Nuip, ni los nombres ya que altera el proceso requerido.



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

Para finalizar esta actividad se les hace recomendaciones a los responsables de los niños y niñas y al talento humano

- **Decisiones:** Art. 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.

| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| los padres de familia y/o cuidadores nos faciliten una copia del registro civil que no tengan ningún tachón, ni enmendadura y total mente legible para poder cumplir con la garantía de derechos de niñas y niños. | Comité de control social, padres de familia y talento humano | 6/10/2023 |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Ludis Andrea Rivera Henao | Presidente | MI NUEVO SOL | |
| Yalena Palacios Rivas | Vicepresidente | MI NUEVO SOL | |
| Carmen Estela Robledo Valencia | Secretaria | MI NUEVO SOL | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 5/11/2023 | 2pm a 5 pm | Pioneritos 3 |



Tema: Revisión de carpetas y asistencia por parte del comité de control social
OBJETIVO: Verificar carpetas y asistencia por parte de miembros del comité de control social.
UDS: NUEVE DE AMOR #3



Tema: Revisión de carpetas y asistencia por parte del comité de control social
OBJETIVO: Verificar carpetas y asistencia por parte de miembros del comité de control social.
UDS: NUEVE DE AMOR #3

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




| |
|---|
| **VEEDURIA DEL COMITE DE CONTROL SOCIAL.** |
| **OBJETIVO: VERIFICAR LOS COMPLEMENTOS PAQUETES NUTRICIONALES** |
| **FECHA: 17/10/2023** |
| **UDS: ESPERANZA 5** |
| |

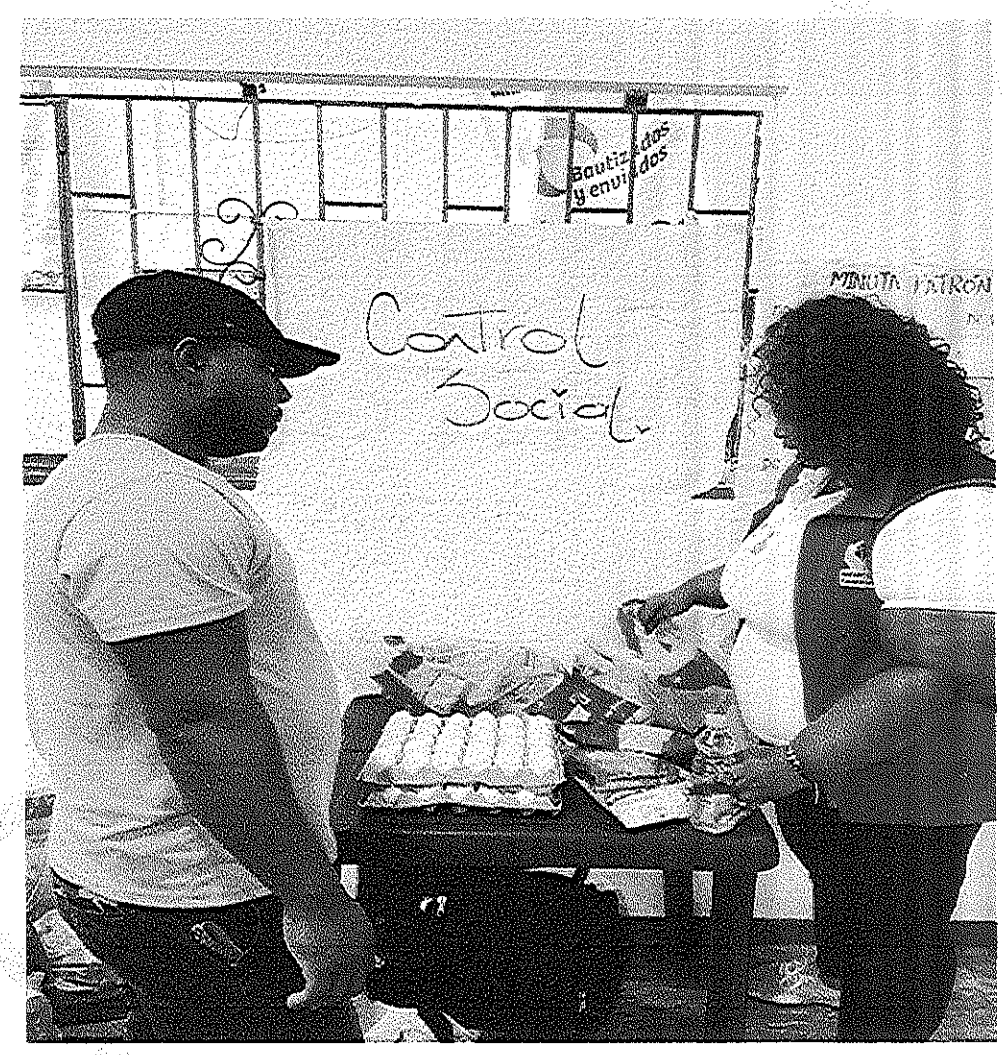



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

15450



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




| |
|---|
| **VEEDURIA DEL COMITE DE CONTROL SOCIAL** |
| **OBJETIVO: VERIFICAR LOS COMPLEMENTOS PAQUETES NUTRICIONALES** |
| **FECHA: 17/10/2023** |
| **UDS: ESPERANZA 5** |




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

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




| |
|---|
| **VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.** |
| **OBJETIVO: VERIFICAR LOS COMPLEMENTOS PAQUETES NUTRICIONALES** |
| **FECHA: 17/10/2023** |
| **UDS: RAYITOS DE AMOR 3** |



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

15452



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




| |
|---|
| **VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.** |
| **OBJETIVO: VERIFICAR LOS COMPLEMENTOS PAQUETES NUTRICIONALES** |
| **FECHA: 17/10/2023** |
| **UDS: RENACER 5** |




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

15456

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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°: 10** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | **OCTUBRE** | **2023** |
| **Regional/Departamento: CHOCÓ** | **Municipio: QUIBDÓ** | | |
| **Centro zonal: QUIBDÓ** | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:**<br>**CORPORACIÓN MI NUEVO SOL** | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):**<br>**FAMILIAR** | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**<br>**146** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):**<br>**DIMF**<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: PIONERITOS 2**<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____SAMPER_____ | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br>_____YARLIN ROMAÑA_____<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br>_____3128964643_____ | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 900 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | COMITÉ DE CONTROL SOCIAL PIONERITOS 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | VERIFICAR EL ORDEN Y ESTADO DE LOS PRODUCTOS Y LA PRESTACION DEL SERVICIO |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | CONTROLAR QUE EL SERVICIO QUE SE ESTA PRESTANDO SE HAGA DE LA MEJOR MANERA |

**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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 2 de 4 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | |
| **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.<br>***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? | | | N/A |
| 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? | ✓ | | |

15456

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

NINGUNA SITUACION

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

CONTINUAR CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE MANERA EXCELENTE

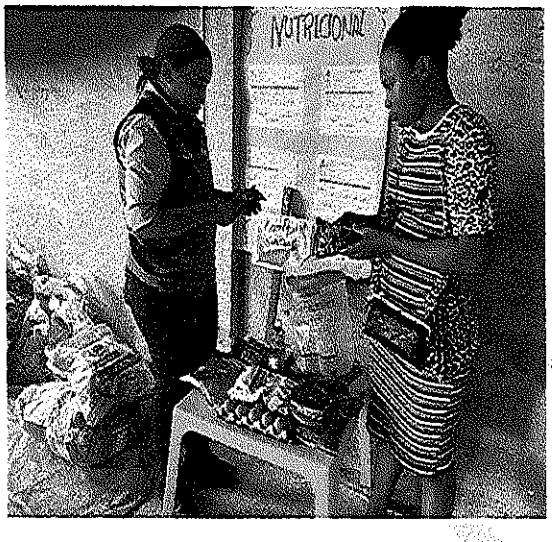
**Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:**

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Adriana Yaneth Pinilla
- 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: 3133031183

15457



## REGISTRO FOTOGRAFICO






**CONTROL SOCIAL**
**PIONERITOS 2**
**VERIFICACION DE FORMATOS Y VERIFICACION DE PAQUETES**
**BARRIO SAMPER**
**/10/2023**

PUBLICA

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

| **VERIFICACIÓN Nº: 10** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | **OCTUBRE** | **2023** |
| **Regional/Departamento: CHOCÓ** | **Municipio: QUIBDÓ** | | |
| **Centro zonal: QUIBDÓ** | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:**<br>**CORPORACIÓN MI NUEVO SOL** | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):**<br>**FAMILIAR** | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**<br>**146** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):**<br>**DIMF**<br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: PIONERITOS 4**<br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** ____LA VICTORIA____ | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br>_____ANA MIRNA PALACIOS_____<br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br>_____3136257821_____ | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 900 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | COMITÉ DE CONTROL SOCIAL PIONERITOS 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | VERIFICAR EL ORDEN Y ESTADO DE LOS PRODUCTOS Y LA PRESTACION DEL SERVICIO |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | CONTROLAR QUE EL SERVICIO QUE SE ESTA PRESTANDO SE HAGA DE LA MEJOR MANERA |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>6. 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.<br>7. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>8. 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.<br>9. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>10. 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.** | | | |
| D. ¿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 |
| E. ¿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 |
| F. ¿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.** | | | |
| E. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| F. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| G. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| H. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| E. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| F. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| G. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| H. 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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportaria; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |

15460



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 8 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 otros 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.**

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

NINGUNA SITUACION

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

CONTINUAR PRESTANDO EL SERVICIO DE LA MEJOR MANERA

**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: Helen Asprilla Rivas
- 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: 3135354573

15462



## REGISTRO FOTOGRAFICO



**CONTROL SOCIAL**
**PIONERITOS 2**
**VERIFICACION DE CARPETAS**
**BARRIO LA VICTORIA**
**/10/2023**

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 9 de 4 |

| **VERIFICACIÓN N°: 10** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | **OCTUBRE** | **2023** |
| **Regional/Departamento: CHOCÓ** | **Municipio: QUIBDÓ** | | |
| **Centro zonal: QUIBDÓ** | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:**<br>**CORPORACIÓN MI NUEVO SOL** | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):**<br>**FAMILIAR** | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**<br>**146** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):**<br>**DIMF**<br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: PIONERITOS 6**<br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____PORVENIR_____ | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br>_____LEIDY RODRIGUEZ ARIAS_____<br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br>_____3112280955_____ | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 900 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | COMITÉ DE CONTROL SOCIAL PIONERITOS 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | VERIFICAR EL ORDEN Y ESTADO DE LOS PRODUCTOS Y LA PRESTACION DEL SERVICIO |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | CONTROLAR QUE EL SERVICIO QUE SE ESTA PRESTANDO SE HAGA DE LA MEJOR MANERA |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

11. 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.
12. Presentar el objetivo del control social y de la visita.
13. 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.
14. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
15. Entrega de los resultados de la visita.

15469

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 10 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.** | | | |
| G. ¿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 |
| H. ¿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 | | |
| I. ¿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.** | | | |
| I. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| J. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| K. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| L. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| I. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| J. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| K. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| L. 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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 11 de 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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. | | | | |
| E. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | | |
| F. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| K. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | + | | | |
| L. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | + | | | |
| M. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | + | | | |
| N. ¿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? | + | | | |
| O. ¿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.<br>***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.** | | | | |
| E. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | + | | | |
| F. ¿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.*** | + | | | |
| M. 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? | | | | N/A |
| N. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | | |
| O. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | + | | | |
| P. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | + | | | |
| Q. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | + | | | |
| R. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | + | | | |

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 12 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.**

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

NINGUNA SITUACION

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

CONTINUAR CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA MEJOR MANERA.

**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: OFIR MARIA LOPEZ
- 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: 3135619813

## REGISTRO FOTOGRAFICO




**CONTROL SOCIAL**
**PIONERITOS 6**
**VERIFICACION DE PAQUETES Y REFRIGERIOS**
**/10/2023**
**ZONA MINERA**

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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: 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 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: 146** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF**<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:**<br><br>**Dejando huellas 6**<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Barrio Kennedy** | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br><br>**ROSMERI AGUALIMPIA CHAVERRA**<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br><br>3218868797 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): ___900___ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: __50____** | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | comité de control social dejando huellas 6 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el cumplimiento contractual de las EAS, en la operatividad de la ejecución del programa de primera infancia. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar veeduría en la prestación de los servicios prestados por la modalidad familiar. |

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

**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). | | | 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |

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


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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **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 lugar donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | N/A |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

no se presenta situación alguna en el momento de la verificación de los paquetes, que diera lugar a anular la atención, aunado a ello los productos estaban con su fecha de vencimiento adecuada actas para su consumo.

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

- ✓ Se recomienda al agente educativo y su auxiliar continuar realizando, los encuentros de forma dinámica y armónica.
- ✓ Continuar de forma ordenada y organizada la entrega de RPP.



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

**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: Wendy Robledo
- 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: 3116662836

COPIA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA



TEMA: verificación del comité de control social
OBJETIVO: verificar el cumplimiento de los servicios de primera infancia
USD: dejando huellas 6



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

15474

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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: 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 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: 146** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF**<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:**<br><br>**Ecos de amor 4**<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:**<br><br>**Barrio Huapango y Uribe** | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br><br>**Magnolia Laverde**<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br><br>**3144404381** | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): ___900___ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: __50____** | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | comité de control social ecos de amor 4 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el cumplimiento contractual de las EAS, en la operatividad de la ejecución del programa de primera infancia. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar veeduría en la prestación de los servicios prestados por la modalidad familiar. |


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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

**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). | | | 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |

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


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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |

**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 lugar donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

no se presenta situación alguna en el momento de la verificación de los paquetes, que diera lugar a anular la atención, aunado a ello los productos estaban con su fecha de vencimiento adecuada actas para su consumo.

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

- ✓ Se recomienda al agente educativo y su auxiliar continuar realizando, los encuentros de forma dinámica y armónica.
- ✓ Continuar de forma ordenada y organizada la entrega de RPP.



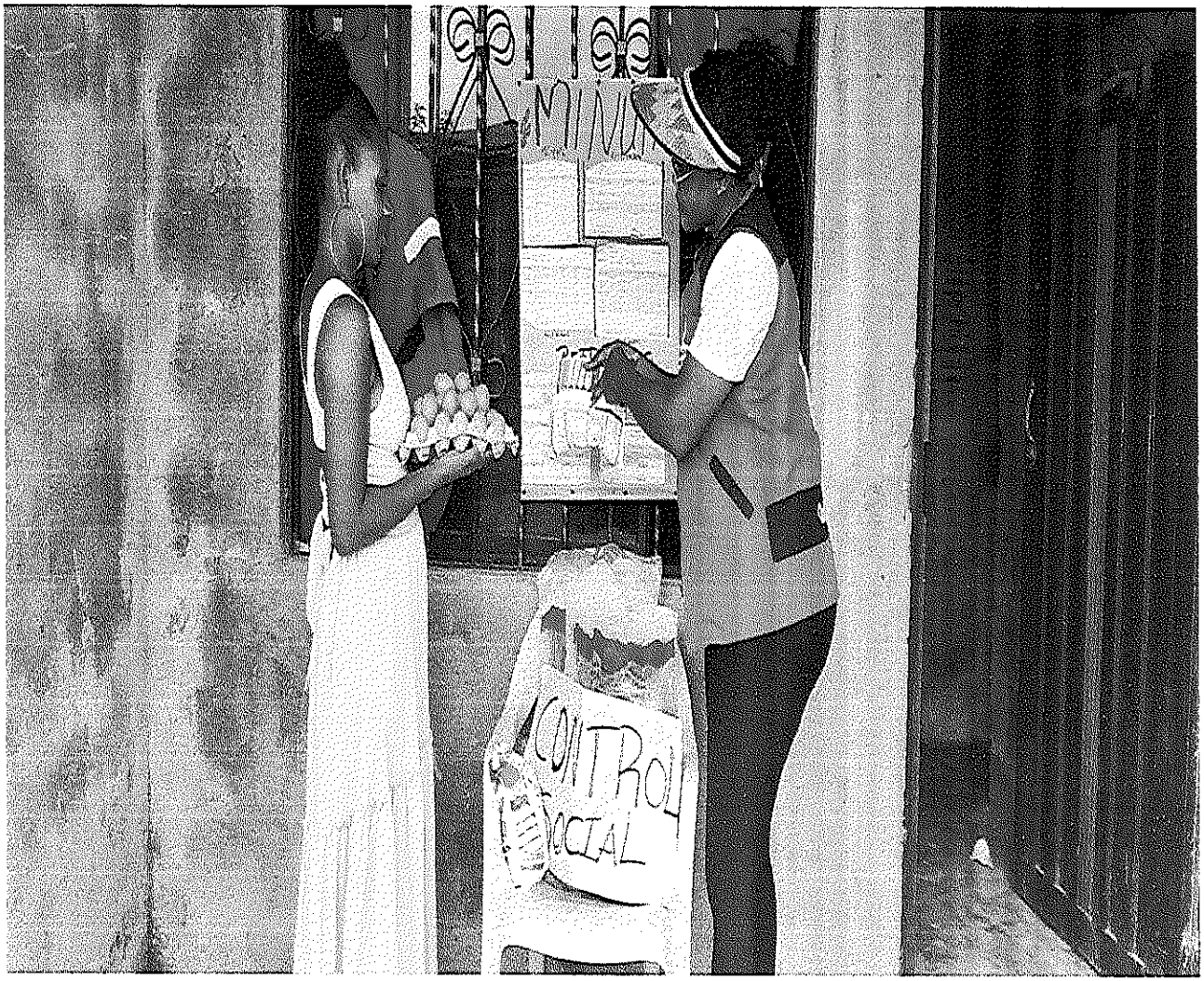
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Heidy Murillo R
- 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: 3207801066

COPIA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA




TEMA: verificación del comité de control social
OBJETIVO: verificar el cumplimiento de los servicios de primera infancia
USD: ecos de amor 4



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

15480

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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: 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 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: 146** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF**<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:**<br><br>**Ecos de amor 2**<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:**<br><br>**Barrio Obapo** | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br><br>**Loris Bueno**<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br><br>**3146970945** | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): ___900___ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: __50____** | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | comité de control social ecos de amor 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el cumplimiento contractual de las EAS, en la operatividad de la ejecución del programa de primera infancia. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar veeduría en la prestación de los servicios prestados por la modalidad familiar. |


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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

**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). | | | 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |


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

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



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

| | | | |
|---|---|---|---|
| F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **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 lugar donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | N/A |
| E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

no se presenta situación alguna en el momento de la verificación de los paquetes, que diera lugar a anular la atención, aunado a ello los productos estaban con su fecha de vencimiento adecuada actas para su consumo.

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

- ✓ Se recomienda al agente educativo y su auxiliar continuar realizando, los encuentros de forma dinámica y armónica.
- ✓ Continuar de forma ordenada y organizada la entrega de RPP.



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.

**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: Leidy Cossio
- 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: 3108191028

¡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.

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA




TEMA:verificasion del comité de control social
OBJETIVO:verificar el cumplimiento de los servicios de primera infancia
USD:ecos de amor 2




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

15486

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

| **VERIFICACIÓN Nº:** 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 2023 |
| **Regional/Departamento:** Chaco | **Municipio:** Quibdo | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **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:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Caracolitos 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Jarmin 4 horizante | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Mercedes Dedieso<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3127139289 | | |
| **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:** | Comite de control Social caracolitos 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el cumplimiento contractual de las EAS en la operatividad de la ejecucion de la Primera infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | realizar vecedoria en la prestacion del servicio Prestado en la modalidad Familiar |

**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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | 2<br>Página de 4 |

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



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

15489



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

No se presento situacion alguna en el momento de la verificacion de los paquetes nutricionales

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

Se les recomienda a la EAS continuar entregando los paquetes nutricionales con excelente calidad y almacenal en lugares indicados

**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: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




Veeduría de comité de control social.
Objetivo: verificar los paquetes o complementos nutricionales
UDS: Cariñositos 1

**VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.**

15491

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

| **VERIFICACIÓN Nº:** 10 | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 / 10 / | 2023 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | |
| **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:** 146 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Carrusel de Amor<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Bonanza – Poblado | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Karol Hernandez<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3106532965 | |
| **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:** | Comite de control social carrusel de amor |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el cumplimiento contractual de las EAS que prestan su servicio a la primera infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar veeduria que garantice un servicio de calidad para los beneficiarios |

**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.

15492

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

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

15493



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | Si | | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | Si | | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | Si | | | |
| D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | Si | | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | Si | | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***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?<br>***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? | | | | N/A |
| 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.** | | | | |
| A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena | X | | | |

15494



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

En el momento de la verificacion y entrega no se presento situacion que no ponga en riesgo la atencion

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

Continuar prestando el servicio de calidad a la familia beneficiaria que ayude a mejorar la calidad de vida de los niños y las ninas

**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: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




Veeduría de comité de control social.
Objetivo: verificar los paquetes o complementos nutricionales
UDS: Carrusel de amor

**VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.**



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

15496

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

| **VERIFICACIÓN Nº:** 10 | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 10 | 2023 |
| **Regional/Departamento:** Choco | **Municipio:** Quibdo | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **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:** 146 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ana Sugey Cordoba | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Dejando Huella 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3147407778 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Kennedy | | |
| **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:** | Comite de control social dejando huellas 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el cumplimiento contractual de la EAS en la oportunidad de la ejecucion de la primera infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | realizar veeduria en la prestacion de servicio prestados en la primera infancia en la modalidad familiar |

**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.

15497



| 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | | X | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación | X | | |

15498



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

15499



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

No se encontro Situacion alguna al momento de la rea lizacion de la verificacion de los paquetes

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

Continuar prestando un servicio de calidad a la fa milia beneficiaria que ayude a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas

**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: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Veeduría de comité de control social.
Objetivo: verificar los paquetes o complementos nutricionales
UDS: Dejando huella 2

**VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.**




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

15501

| 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 a 5 pm** | **Fecha: 6/10/2023** | |
| **Lugar:** | **Barrio Kennedy – Dejando huella # 2** | |
| **Dependencia que Convoca:** | **APOYO PSICOSOCIAL** | |
| **Proceso:** | **Revisión de carpetas y asistencia por parte del comité de control social.** | |
| **Objetivo:** | **Verificar carpetas y asistencia por parte de miembros del comité de control social.** | |

**Agenda:**

**Orden del día:**

- **Bienvenida**
- **Oración**
- **Desarrollo**
- **Decisiones**
- **Compromisos**
- **Final**

BIENVENIDA: La jornada se inició con el desarrollo de las diferentes actividades comenzamos a recibir a los integrantes del comité de control social, se realizó el protocolo de desinfección de manos.
Luego pasamos a realizar la oración agradeciéndole a EL creador por todo.

**Desarrollo:**

El día 6 del mes de octubre del presente año nos reunimos con el comité de control social de la unidad de dejando huellas 2

Lo que se quiere evidenciar con esta revisión es que los niños y niñas cumplan con lo solicitado y la garantía de derechos al día.

Para continuar con esta actividad se revisó cada una de las carpetas de los niños, niñas, madres gestantes y lactantes donde se encontraron en dos carpetas algunos hallazgos como:

Registros civiles con tachones, enmendaduras, borrosos e ilegibles.

Se procedió a realizar llamadas telefónicas a los padres de familias y/o cuidadores con el objetivo de informarles los hallazgos conseguidos en cada una de estas para activación de la ruta de atención con los padres de familia y/o cuidadores en la consecución de otras copias de documentos que puedan estar legibles.

En este orden de ideas haciendo un análisis con atento cuidado de cada una de esta documentación se les expresa a los padres de familia y/o cuidadores, que se requiere que en el documento como registro civil no se debe conseguir ninguna enmendadura, ni tachón, ni repintado el número del Nuip, ni los nombres ya que altera el proceso requerido.



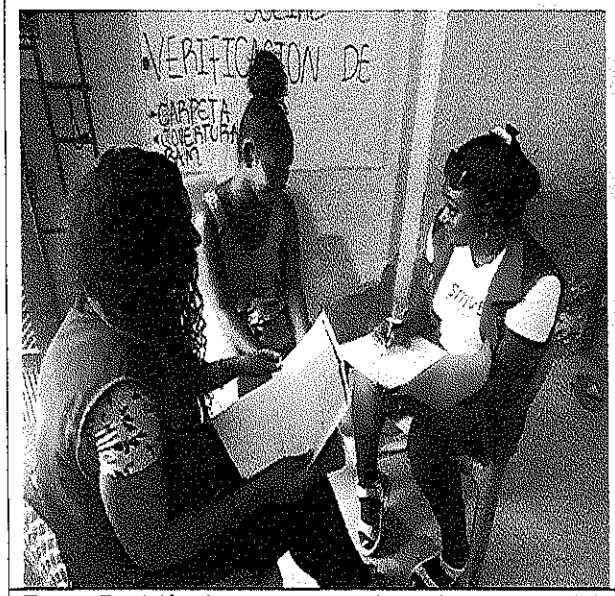
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Para finalizar esta actividad se les hace recomendaciones a los responsables de los niños y niñas y al talento humano

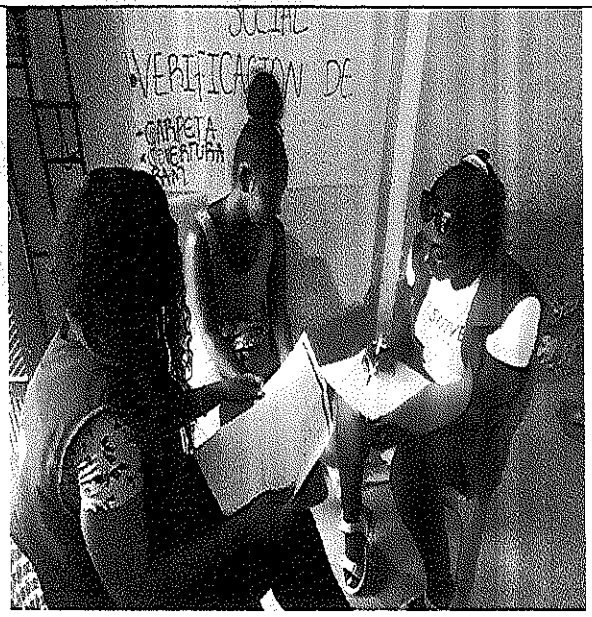
- **Decisiones:** Art. 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.

| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Los padres de familia y/o cuidadores nos faciliten una copia del registro civil que no tengan ningún tachón, ni enmendadura y total mente legible para poder cumplir con la garantía de derechos de niñas y niños. | Comité de control social, padres de familia y talento humano | 6/10/2023 |

| Próxima reunión | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| | 5/11/2023 | 2pm a 5 pm | DEJANDO HUELLAS 2 |




Tema: Revisión de carpetas y asistencia por parte del comité de control social
OBJETIVO: Verificar carpetas y asistencia por parte de miembros del comité de control social.
UDS: Dejando huellas #2




Tema: Revisión de carpetas y asistencia por parte del comité de control social
OBJETIVO: Verificar carpetas y asistencia por parte de miembros del comité de control social.
UDS: Dejando huellas #2



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

13503

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 2023 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **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:** 1416 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leidy Asprilla Mosquera | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Pioneritos #3 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3106565039 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Niño Jesus y Casa Blanca | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 909 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Control Social pioneritos #3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el Cumplimiento de la EA |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Verificacion de alimentos |

**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.

15504



| 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |

16505



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | Y | | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | Y | | | |
| **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? | Y | | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | Y | | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | Y | | | |
| **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.<br>***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? | Y | | | |
| 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.*** | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | Y | | | |
| 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. | Y | | | |
| D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | Y | | | |
| E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| **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.** | | | | |

15506



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

En el momento de la visita no se presento inconvenientes.

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

Se les recomendo al talento humano y agentes educativos, Continuar con la entrega oportuna de los paquetes

**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: Luis Yiseth Sanchez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 3168355044
- Número Celular y/o fijo: No tiene

15507



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




**VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.**

**VERIFICAR LOS COMPLEMENTOS**
**UDS: PIONERITOS 3**

15508

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 2022 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | |
| **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:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maira pino | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Pionerito s | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3127516051 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Chuscalito | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 90 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Control Social Pionerito s |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar el Cumplimiento de la EAS |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Verificación de alimentos |

**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.

15509



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

15510



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | Y | | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | Y | | | |
| **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? | Y | | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | Y | | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | Y | | | |
| **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.<br>***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? | Y | | | |
| 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.*** | Y | | | |
| A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | X | | | |
| B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | Y | | | |
| 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. | Y | | | |
| D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | Y | | | |
| E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | Y | | | |
| 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.** | | | | |

15511



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

En el momento de la visita por parte del comite de control social no se presento inconvenientes

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

El comite de control social recomendó seguir trabajando de manera positiva en la entrega del paquete alimenticio.

**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: Libia Olea Amaya
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No tiene
- Número Celular y/o fijo: No tiene

15512

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 10 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 | 10 | 2023 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **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:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Pioneritos 5<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Kennedy | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Betty del Carmen Tello M<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3146354648 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 900 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Control Social Pioneritos #5 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Hacer Seguimiento a la EAS |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Verificar entrega de Complemento |

**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.

15514



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | Y | | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | Y | | | |
| **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? | Y | | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | Y | | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | Y | | | |
| **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.<br>***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? | Y | | | |
| 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.*** | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | Y | | | |
| 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. | Y | | | |
| D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | Y | | | |
| E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | Y | | | |
| 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? | Y | | | |
| **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.** | | | | |

15515



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | | X | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | | N/A |
| 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? | X | | |

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

Durante la entrega de complemento, se dio Satisfactoriamente

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

continuar con la entrega oportuna del paquete nutricional

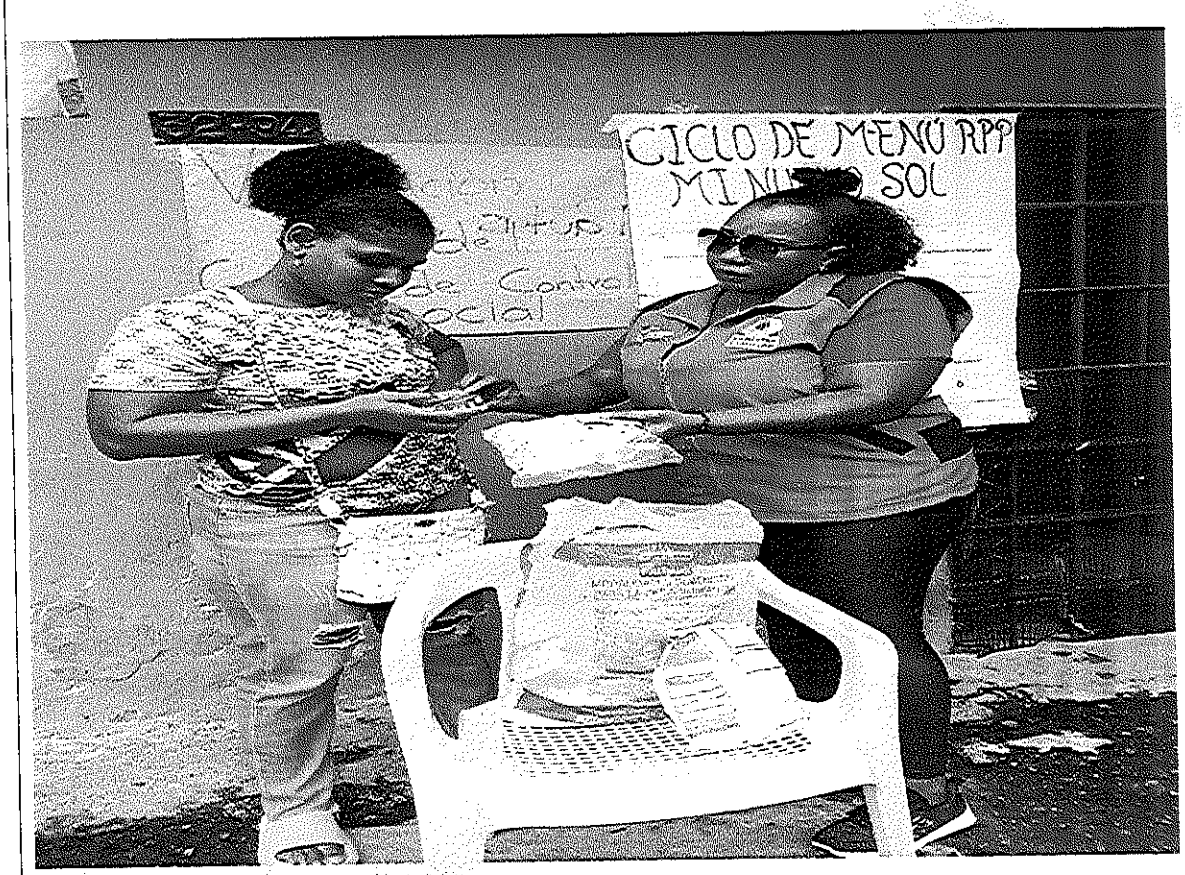
**Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:**

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: María Epifanía Palma.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: epifania123@Hotmail.co
- Número Celular y/o fijo: 311 611 3139

15516



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




**VEEDURIA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.**
**VERIFICAR LOS COMPLEMENTOS**
**UDS: PIONERITOS 5**

1557

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** | 17 DIA | MES 10 | 2023 AÑO |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi Nuevo Sol | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Jhon Fredy | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Nube de amor | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3216842563 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Barrio / Santa ana | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Verificar el Cumplimiento contractual de los OAS en la operatividad de la ejecucion de la Primera Infancia |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Realizar Veedurias en la prestacion del Servicio, prestado en la modalidad Familiar |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | |

**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.

15518



| 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | | X | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |



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

(552)

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 17 | DIA | 17 | MES 10 | AÑO 2022 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi nuevo sol | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 146 | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** carlos mosquera agualimpia | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Renacer = 5 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3108275410 | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____ | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite 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 el Cumplimiento Contractual de los CAZ en la Oportunidad de la Ejecucion de la Primera Infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar veedurias en la Prestacion del Servicio de la modalidad Familiar |

**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.

1552



| 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | | X | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |



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

15524



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

No se presento situacion alguna en el momento de la verificacion de los paquetes Nutricionales

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

Se le recomienda a las EHS continuar con la entrega de los paquetes Nutricionales

**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: _____
- 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

15525

| VERIFICACIÓN Nº: _____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 DIA | 10 MES | 2022 AÑO |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi Nuevo Sol | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Soyi Ninestroza Palacios | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** _____ | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133402079 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____ | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite 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 el cumplimento contractual de las EAS en la operatividad de la ejecucion de la primera infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar veedurias en la prestacion del servicio en 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.

15526



| 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). | X | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | | X | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |



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

15525



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

No se presento situacion alguna en el momento de la verificacion de los complementos Nutricionales

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

Se le Recomienda a los EAS continuar entregando los paquetes Nutricionales, en Excelente Calidad y almacenarlos en lugares indicados.

**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: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

15529

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** | DIA 17 | MES 10 | AÑO 2023 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi nuevo Sol | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 146 | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Hilda Valoyes Hinestroza | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Esperanza = 6 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3128787577 | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____ | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite 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 el Cumplimiento Contractual de los EAS en la Operatividad de la Ejecucion de la Primera Infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar Veedurias en la prestacion del Servicio prestado en la modidad Familiar |

**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.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

1557

**VERIFICACIÓN Nº: _____**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 DIA | 10 MES | 2023 AÑO |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi Nuevo Sol | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** DI INF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Zulay Ceta | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Ranitos de amor 3 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3106364896 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Barrio/Cabi | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite 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 el Cumplimiento Contractual de los ENS en la Operatividad de la ejecucion de la primera infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar verificaciones en la prestacion del servicio, Prestado en 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.



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.

15534

| 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 | | H / 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). | | | |
| 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). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | | X | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) | X | | |



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

155 36

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

No se presento Ninguna Situacion durante la Verificacion de los paquetes Nutricionales

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

Se le recomienda a las UAS continuar entregando los paquetes Nutricionales y almacenarlos en lugares Indicados.

**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: _____
- Número Celular y/o fijo: _____



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

15537

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 17 DIA | 10 MES | 2023 AÑO |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** 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:** 146 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Familiar DIMF | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Sonia Virginia | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Esperanza=2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** Sonia Virginia 3148504737 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Barrio Santa Ana | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite 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 el Complimiento Contractual de las EAS en la oportunidad de la ejecucion de la primera Infancia |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | |

**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.

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

No se presento Situacion alguna en el momento de la Verificacion de los complementos Nutricionales

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

Se le recomienda a las EAS continuar entregando los paquetes Nutricionales en excelente Calidad y almacenarlos en lugares indicados

**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: _____
- 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.