CONTROL SOCIAL

15 782

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°		
Hora: 1 a 4pm - 2 a 5 pm - 3 a 6 pm		Fecha: 21,22 y 23 de noviembre
Lugar:	Quibdó	
Dependencia que Convoca:	Componente familia, comunidad y redes	
Proceso:	verificar las experiencias pedagógicas	
Objetivo:	Verificar que las experiencias pedagógicas sean genuinas y posibiliten la adquisición de conocimientos previos en las niñas y los niños de la corporación mi nuevo sol.	

Temas Tratados

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

Desarrollo:

En el mes de noviembre en los días 21 22 y 23te año, el comité de control social de las diferentes unidades de servicio cumplió con el compromiso de verificar las experiencias pedagógicas en cada unidad de servicio con el objetivo de promover el mejoramiento de la calidad en los servicios de atención a la primera infancia del ICBF, según lo establecido en los referentes técnicos para la atención a la Primera Infancia, esta verificación se hizo en los días ya mencionado, Se dio inicio con un efusivo saludo de bienvenida a las personas presentes. Se mencionaron visitas a las unidades de atención, entrevistas con beneficiarios y la revisión de documentos pertinentes, además Se llevaron a cabo discusiones sobre los hallazgos y observaciones del Comité de Control Social con respecto la calidad de la información suministrada por el componente pedagógico, sosteniendo la eficacia de los servicios proporcionados por el ICBF.

Se estableció un diálogo constructivo para abordar las observaciones y definir acciones de mejora

Decisiones:

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

15703

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

Conclusiones:

La reunión fue un espacio de diálogo y análisis constructivo, evaluando la calidad de la información suministrada al usuario, mediante preguntas que dieron cuenta del conocimiento obtenido. Se resaltó la importancia del trabajo conjunto para garantizar el desarrollo y calidad de los servicios prestados a la comunidad. Se acordó continuar con la supervisión periódica y el seguimiento para asegurar que se implementen las acciones de mejora necesarias.

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

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Sandra Milena Palacios Mena	PSICOSOCIAL	CORPORACIÓN MI NUEVO SOL	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Diciembre 2023	1 A 4 PM	QUIBDO

Elaborado por:

Sandra M. Palacios Mena

Sandra Milena Palacios Mena
Psicosocial

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

15784

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS 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.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.800 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21-11-2023 HORA: 08:00 PM LUGAR Sonsoreste TEMA Contro social

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	KARLA ZARETH MENA CORDOBA	1078474316	3234980212	AMIGUITOS DE SAMPER	yosaris Córdoba
2	ELISEEC RENTERIA HURTADO	1078104598	3225230675	AMIGUITOS DE SAMPER	Isela Hurtado
3	KATERIN LISETH MOSQUERA ASPRILLA	1078103873	3242854701	AMIGUITOS DE SAMPER	maribel asprilla
4	JHOSSER DANIEL MORENO CORDOBA	1077487863	3113895839	AMIGUITOS DE SAMPER	Yamerfinc.
5	CARLOS EMIR MARTINEZ MORENO	1078104096	3135617797	AMIGUITOS DE SAMPER	Kelly M.
6	LIAN JOSELENIS CORDOBA	1078474380	3133838731	AMIGUITOS DE SAMPER	Lina M.L
7	LIAN DAVID MOSQUERA ROA	1034931390	3136971303	AMIGUITOS DE SAMPER	Ilecely
8	ROXIANNIS GUADALUPE MADRIZ ARTEAGA	1077487960	3145301895	AMIGUITOS DE SAMPER	Genesis G.
9	MIA SHARIK MURILLO MOSQUERA	1023564457	3137397207	AMIGUITOS DE SAMPER	Rosa M.
10	LIZ YARELIS BEJARANO LENIS	1078103490	3122286464	AMIGUITOS DE SAMPER	Elizabeth.
11	DEYLING SARAY ROBLEDO RICO	1078471951	3134546848	AMIGUITOS DE SAMPER	diyerlin
12	YODYS ALEJANDRA MENA MARTINEZ	1193310909	3233760316	AMIGUITOS DE SAMPER	Yodys M.
13	ANGELLIS ELIANE PANDALES HINESTROZA	1077489115	3104487664	AMIGUITOS DE SAMPER	Diana M.
14	ARACELY MOSQUERA RENTERIA	1077446225	3128815372	AMIGUITOS DE SAMPER	araceli
15	VANESSA ROBLEDO BECERRE	1077458568	3233760316	AMIGUITOS DE SAMPER	Vanessa R.
16	MAYRA PALACIOS SANCHEZ	1130617727	3118583690	AMIGUITOS DE SAMPER	Mayra
17	ROSY YISETH PALACIOS PINO	1003933691	3233760316	AMIGUITOS DE SAMPER	Rosy yiseth.

15785

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 24-11-2023 HORA 2:16 pm LUGAR SOBATA TEMA Control Social

COORDINADORA: IVONNE GUISADO LOZANO DOCENTE: SANDRA LILIANA BALDOSEA PEREA AUXILIAR: SAMIRNA MENA MOSQUERA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	KEYTLIN FERNANDA DIAZ DIAZ	135950	3137985835	CARITAS DE AMOR	Maria
2	YAHELL MATIAS PALACIOS RODRIGUEZ	1078100958	3218580319	CARITAS DE AMOR	Yojari
3	JHON DAIRO TEQUIA ESTEVEZ	1015197590	312230097	CARITAS DE AMOR	Maria
4	JHONAR FAVIAN MARTINEZ	1078100554	3118323633	CARITAS DE AMOR	Fredy M.
5	JAISON MATEO VALENCIA VALENCIA	1025774620	3127224633	CARITAS DE AMOR	Jaison (cont.)
6	DHARA YIRETH ARENA MORENO	1078101167	3215768629	CARITAS DE AMOR	Yhenny A.
7	DIMHARA RIVAS RENTERIA	1078471853	3128690409	CARITAS DE AMOR	Heidy Paola
8	ARJEISMER ISAAC TOVAR BARRETO	35479	3208977499	CARITAS DE AMOR	Daria XYS Barreto
9	DANA MICHEL MORENO MOSQUERA	1078471595	3106530378	CARITAS DE AMOR	Mayellin
10	PAULA VICTORIA BECERRA MARTINEZ	1078014445	3226096177	CARITAS DE AMOR	Leidy Yaritza Martinez
11	IAN VILLAMIZAR BALDOSEA	1192469463	3122110132	CARITAS DE AMOR	Eddy Baldosea
12	EMILIA AGUIRRE ECHEVERRI	1078639839	3117006036	CARITAS DE AMOR	stefany
13	HERNAN DARIO CHECHE TEQUIA	1078013311	312230097	CARITAS DE AMOR	Maria
14	ANA BRINNEY MORENO PEREA	1015196755	3046528054	CARITAS DE AMOR	Brinny
15	MARLON YAEL RENTERIA RIVAS	1078012999	3214489250	CARITAS DE AMOR	Erika
16	DILAN ALEJANDRO CUMARE VASQUEZ	10417850	3137666528	CARITAS DE AMOR	Nonangelys

15786

CORPORACIÓN

MI NUEVO SOL

NIT: 900.855.300 – 5

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 23-11-2023 HORA: 4:24 PM LUGAR el Fondo Lopez TEMA Control Social

CORDINADORA: IVVONNE GUISADO DOCENTE: APOLONIA PALACIOS LEUDO AUXILIAR: ZAMARA SALCEDO CATAÑO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	JUNIOR ANDRES QUINTO MACHADO	1078102412	3112907181	MIS TESOROS DEL FUTURO	Gloria Lorena Machado S.
2	LIAMG JHOEL MURILLO LEUDO	1077486970	3136309839	MIS TESOROS DEL FUTURO	MARIA LEUDO.
3	LISETH NAHIARA MORENO RAMIREZ	1078101981	3218518768	MIS TESOROS DEL FUTURO	Luz Neby Ramirez M
4	LIAM MATHEO RIOS RAMIREZ	1078472674	3137448875	MIS TESOROS DEL FUTURO	Maria Jesus RIOS
5	DEWIN ESTIBISON PALACIOS	1023658389	3148793076	MIS TESOROS DEL FUTURO	Natalia Orozco Palacio
6	SANTIAGO RODRIGUEZ MARTINEZ	1077484805	3122242886	MIS TESOROS DEL FUTURO	Luz Mery Martinez
7	THIAGO JHOEL CORDOBA MOSQUERA	1078100110	3103805779	MIS TESOROS DEL FUTURO	Deniz X M
8	ELIS LEILANYS DIAZ MORENO	1078470919	3206349262	MIS TESOROS DEL FUTURO	Dali: Moreno M.
9	ALANHA CASTRO MORENO	1078014187	3138114019	MIS TESOROS DEL FUTURO	Alan Castro Posso
10	MILAND FELIPE APONTE CORDOBA	1078100515	3146507651	MIS TESOROS DEL FUTURO	KATHERIN ANDREA C.
11	JHESUS GARRYTH GARCIA MARTINEZ	1078470145	3138980687	MIS TESOROS DEL FUTURO	Lucely Martinez
12	LYZ SARAN CRISTINA PALACIOS	1013368778	3104526803	MIS TESOROS DEL FUTURO	Rocio Robledo M
13	JEAN SEBASTIAN CUESTA DELGADO	1078100521	3144692223	MIS TESOROS DEL FUTURO	Luz Mary Delgado C.
14	YANIER ANDRES MAYORAL RENTERIA	1078471361	3213971067	MIS TESOROS DEL FUTURO	Cibra Ines Renteria S.
15	THOMAS NATHANIEL BALDRICH ROBLEDO	1023560514	3187791222	MIS TESOROS DEL FUTURO	Elvia Robledo
16	CRISTINA DUMAZA DUMAZA	1004042180	3104615971	MIS TESOROS DEL FUTURO	Cristina Dumaza D.

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.900 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21/11/23 HORA: 3:40 pm LUGAR El carano TEMA Control social

COORDINADORA: DOCENTE: AUXILIAR:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	LAURA FERNANDA MENA RENJIFO	1078474240	3128017335	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	manuela Ospina G
2	LUDYS TATIANA GARCIA BEJARANO	1077434064	3128092386	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Ludis Tatiana G
3	DAYLIN LILIANA LLOREDA CORDOBA	1077489215	3114358642	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	MERLIN GICETH LLOREDA
4	LIAN DAVID CORDOBA SAPIA	1078472682	3218537484	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Yelissa Solis
5	JORGE LUIS TURNNER RESTREPO	1077483821	3217256074	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Daigalin Restrepo
6	YECID RIVAS GUEVARA	1078014406	3216168276	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Maria Yuss G
7	LYAN ANDRES PINO MORENO	1078101414	3114812061	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Neli Johana Pino Mo
8	ALEJANDRO NUÑEZ PALACIOS	1078101979	323463427	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Maria Delia P
9	MATIAS SMITH MOSQUERA VALOYES	1078102154	3137518292	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Leidi Vanessa V
10	ZABDIEL YOUSIF RUIZ MACHADO	1078102790	3138241527	MIS AMIGUITOS DE CASA B	Yorleidis Machado
11	YILAN DAVID MACHADO HENAO	1078473358	3176193726	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Andrea Henao Andrade
12	AXEL MATEO VALENCIA IBARGUEN	1078472563	3103539603	MIS AMIGUITOS DE CASA BLANCA	Carmen Ibargue
13	BRAY SNEYDER GIRALDO	1077484876	3217846794	MIS AMIGUITOS DE CASA B	ana Giraldo alva
14	YASIRIS CORDOBA RENTERIA	1077459058	3113273625	MIS AMIGUITOS DE CASA B	Yassiris Cord
15	YASIRA BAILARIN NATIGAY	1077443892	3216232134	MIS AMIGUITOS DE CASA B	Linda carolina Salas
16	LEVI ALEXANDER GIRALDO ALVAREZ	1045027267	3218817633	MIS AMIGUITOS DE CASA B	Alis Pino M
17	ALEJANDRO NUÑEZ PALACIOS	1078101979	3148552655		Maria Delia Palacio

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL

NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 22/01/23 HORA: 3:04 pm LUGAR Mi nuevo espacio TEMA Control social

COORDINADORA: DOCENTE: AUXILIAR:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	KATTYA ROMAÑA VALOYES	1077462866	3127277077	AMOR Y CONVIVENCIA 4	yoliel valoyes romaña
2	DEICY YURASNY ROA MURILLO	1004010034	3217351545	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Deicy Yurasny Roa
3	CLOE DAHIAN SAUCEDO MORENO	1078100816	3103671450	AMOR Y CONVIVENCIA 4	nataly Saucedo moreno
4	LUCIANA PALACIOS GARRIDO	1078104261	3127374616	AMOR Y CONVIVENCIA 4	ANGIE GARRIDO G.
5	LUZ GENESIS CUESTA IROBO	1078104338	3104691293	AMOR Y CONVIVENCIA 4	luciana robo Parra
6	EYDER DAVID BONILLA	1078474430	3203955988	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Jackeline valencia
7	JHOESTIN DAVID ROBLEDO SAUCEDO	1078474179	31260289113	AMOR Y CONVIVENCIA 4	nataly Saucedo M
8	EMMA SARAY CORDOBA PALACIOS	1078104037	3226753332	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Mansol Coordoba
9	IAN ARLEY ARROLLO PESTAÑA	1078473909	3107443742	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Yuber Arley Arroyo
10	ZAETH NICOL MOYA ARBOLEDA	1078473595	3104611438	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Hilari nicol Arboleda
11	BRAYAN CORDOBA PALACIOS	1078101342	3105233880	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Omaira Palacios Arias
12	EIVER ANDRES RENTERIA IBARGUEN	1078100564	3103345715	AMOR Y CONVIVENCIA 4	ingrid yoana ibarguen
13	KAROL YASUARI MORENO ASPRILLA	1077484741	3226732049	AMOR Y CONVIVENCIA 4	JONNier moreno Perez
14	DULCE MARLEY PALACIOS	1077485768	3145324106	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Omar Palacios
15	CHEINER YESID MORENO MURILLO	1078471061	3217636262	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Sandra milena murillo
16	MATIAS PALACIOS RENTERIA	1077485450	3103345715	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Yaminson Palacios Cuesta
17	BRYANNY CORDOBA PALACIOS	1077488842	3105233880	AMOR Y CONVIVENCIA 4	Omaira Palacios arias

15789

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.855.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21/11/2023 HORA: 1:45pm LUGAR Carano TEMA Verificacion de Control Social

COORDINADOR: HEINAR GUTIERREZ DOCENTE: GRACIELA LAGAREJO AUXILIAR: JUANA NELLY PEREA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	HEILYN NAHIARA CUESTA QUIÑONES	1078104220	3217399983	AGRO PORVENIR #1	Deisy Karina Q
2	HARLIN YULIETH JARAMILLO	1078474143	310846454	AGRO PORVENIR #1	Yenifer Palacios Lope
3	LEIDY PATRICIA MENA BUENAÑOS	1077469742	1077469742	AGRO PORVENIR #1	leidy mena
4	YARLIN SOFIA MIRANDA GONZALEZ	1078474501	3105226456	AGRO PORVENIR #1	Erika Yaneth Gonzalez
5	ITZEL NAHIARA PALACIOS DOMINGUEZ	1078104639	3126610946	AGRO PORVENIR #1	Yurleidys P
6	GERLYN CELESTE CORDOBA CORDOBA	1078103217	3237326608	AGRO PORVENIR #1	Evelino C.
7	AILIN NAHIARA VALOIS PALACIOS	1078104043	3112713972	AGRO PORVENIR #1	Ailin Yoana Quejada P
8	LUCIANA ORTEGA VELASQUEZ	1198963384	3226163291	AGRO PORVENIR #1	Maria Velasquez
9	LOREN SAIGE CHALA MENA	1128527375	3226647525	AGRO PORVENIR #1	Geisa Lorena M. C
10	DAYAN ESTFANY MORENO MENA	1003929967	1077469742	AGRO PORVENIR #1	Dayan moreno
11	JEIZEL NAHIRA MESA PEREA	1078103321	3145425402	AGRO PORVENIR #1	Valentina Pereq
12	JULIANA PEREZ QUEJADA	1078474185	3142301333	AGRO PORVENIR #1	Anahiris
13	JEISON ANDRES CUESTA INCEL	1077486026	3132839805	AGRO PORVENIR #1	Marsilio cuesta
14	YARISNEY MOSQUERA CORDOBA	1078100321	3127846578	AGRO PORVENIR #1	Yarisney cordoba
15	HELEN LUCIANA QUEJADA SANTOS	1097041970	3142301359	AGRO PORVENIR #1	Anjelica
16	LUZ SAMAIRA PARRA PACIOS	1078102477	3105194681	AGRO PORVENIR #1	Samaira

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.885.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 22/11/2023 HORA: 1 A 4PM LUGAR MEDRANO TEMA Verificacion de control Socia

COORDINADORA: HEINAR GUTIERREZ CARMONA DOCENTE: FRANCISCA ALICIA CORDOBA AUXILIAR: JINA CAROLINE ALZATE OÑATE

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	MARELVI VALENCIA SUCRE	1078470456	3108034191	AGROPORVENIR 2	Dilia S.F.
2	KEIMER MATHIAS CUESTA RENTERIA	1077485009	3215837748	AGROPORVENIR 2	Bonny Yaneth Cuesta
3	NELCY YANETH CUESTA RENTERIA	1077185010	3215837748	AGROPORVENIR 2	Bonny Yaneth Cuesta
4	JHELIEL CUESTA DIAZ	1077488769	3206163724	AGROPORVENIR 2	Erika Dayana Díaz
5	YEIFER ESTIWAR RENTERIA MATURANA	1078469947	3216878478	AGROPORVENIR 2	Erika Andrea Maturana
6	DARWIN JULIAN RENTERIA LEMUS	1078922573	3218067378	AGROPORVENIR 2	Juliana Rentería L.
7	EDWIN ADIEL RENTERIA CAMPAÑA	1078473746	3128094442	AGROPORVENIR 2	Sandra Milena Compañ
8	JORDI JOSE CORDOBA SIERRA	1078103117	3144560557	AGROPORVENIR 2	KATHERINE Sierra C
9	EITHAN JOSE ALZATE PAPELITO	1078472005	3113731279	AGROPORVENIR 2	Dalo otei Papelito w
10	AARON ALEXANDER CEPEDA CARABALLO	113474021	3113355094	AGROPORVENIR 2	Carol Caraballo
11	CARLOS JOHAN ALZATE GIRALDO	1078102998	3117717579	AGROPORVENIR 2	Stefani Giraldo
12	SURISADAY ROMAÑA MOSQUERA	1078472484	3146633155	AGROPORVENIR 2	Dionicio Mosquera Rell
13	KEILIN SOLAGNI CUESTA RENTERIA	1078921674	3107155319	AGROPORVENIR 2	Judi Leidy Rentería
14	MARIA JOSE MORENO PALACIOS	1078470458	3224401074	AGROPORVENIR 2	Yolanda Palacios
15	KATHERINE SIERRA CORDOBA	1077439795	3144560557	AGROPORVENIR 2	KATHERINE Sierra S
16	YARLEN DAHIANA MENA MORENO	10774855401	3243449851	AGROPORVENIR 2	
17				AGROPORVENIR 2	

CORPORACIÓN

MI NUEVO SOL

NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 30/11/2023 HORA:_____ LUGAR COMUNIDAD EL 90 TEMA Verificacion de Cantidad Sesion 1

COORDINADOR: HEINAR GUTIERREZ CARMONA DOCENTE: HECTOR ENRIQUE BERRIO AUXILIAR: LUIS ANGEL ARCE

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	MAICOL PANESSO MURRY	1078103414	3206079055	AGRO PORVENIR 3	Sumyda murri
2	JHON JAIRO ARCE CUNAMPIA	1078103988	3206079056	AGRO PORVENIR 3	Yaciris Cunampia
3	ANYELO MARTINEZ CORDOBA	1078470689	3218941304	AGRO PORVENIR 3	Maria Rosrey
4	RICHARD ARCE TEQUIA	1078472052	3206079055	AGRO PORVENIR 3	Abelinda
5	ELIANA TEQUIA ARCE	1078472058	3206079055	AGRO PORVENIR 3	Luestela
6	WILIAM TEQUIA OLEA	1078472059	3206079055	AGRO PORVENIR 3	Brigalira
7	LUCILA TEQUIA ARCE	1078473409	3206079055	AGRO PORVENIR 3	Lucelia Arce
8	CHELFER ANDRES ESTEVES ARCES	1078639682	3206079055	AGRO PORVENIR 3	martha monica
9	DAVINSON ARCE	1078640033	3133465255	AGRO PORVENIR 3	Martilde
10	DARLY TEQUIA QUERAGAMA	1078640037	3234992053	AGRO PORVENIR 3	Emilson
11	JUAN NICOLAS ESTEVES ARCE	1078640061	3206079055	AGRO PORVENIR 3	martha monica
12	JHON DIVER ARCE MAMUNDIA	1078640073	3206079055	AGRO PORVENIR 3	luz mila
13	NASLY VITUCAI MURILLO	1080708181	3206079055	AGRO PORVENIR 3	margarita murillo
14	DYLAN MATIAS PALACIOS MENA	1144215473	3017420708	AGRO PORVENIR 3	Maria Cristina
15	DIDIER TEQUIA ESTEVES	1149469103	3206079055	AGRO PORVENIR 3	maria rosa.

15792

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA.

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 21/11/2023 HORA 1 a 4 PM
LUGAR_MEDRANO_ TEMA Control social

COORDINADORA:DANIELA PIEDRAHITA DOCENTE: elkin mena

AUXILIAR:LLIKY LLOREDA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	NEIMAR SMITH ZAPATA MOYA	1077487753	3214936724	SOL NACIENTE 4	Maritza Moya
2	JHOSER ANDRES CUESTA PALOMEQUE	1077487771	3116622092	SOL NACIENTE 4	Mirla palomeque H
3	THIAGO LARGACHA CORDOBA	1077487900	3226550435	SOL NACIENTE 4	Leidis Yhoana
4	ANDRES FELIPE PARRA OBREGON	1077487669	3118049253	SOL NACIENTE 4	Dorwin R Serna
5	JINNY VERONICA PALOMEQUE VALOYES	1078103757	3146924178	SOL NACIENTE 4	Erika valoyes
6	JOHN ANGEL SALAS RODIGUEZ	1078103565	3113981988	SOL NACIENTE 4	Yenny Rodriguez
7	DEIBER SMITH SERNA PALACIOS	1078471439		SOL NACIENTE 4	Lady L. Palacios Pena
8	ISRAEL MARTINEZ REYES	1078102920	3024236499	SOL NACIENTE 4	Yulany Reyes
9	SAMUEL MARTINEZ REYES	1078102921	3024236499	SOL NACIENTE 4	Yulany Reyes
10	NAHIRA PALACIOS CORDOBA	1238939232	3103533421	SOL NACIENTE 4	ROY D CORDOBA
11	BELIFEMY PALACIOS ASPRILLA	1078472982	3114394906	SOL NACIENTE 4	Sandra asprilla
12	BRAYAN YAPAD PALOMEQUE MATURANA	1089104548	3225381840	SOL NACIENTE 4	Yeilin Yusney Matura
13	JHOAN MATIAS CORDOBA GONZALEZ	1078472483	3218710414	SOL NACIENTE 4	Desalme Córdoba
14	CELESTE MILLAN GONZALEZ	1078472259	3218661829	SOL NACIENTE 4	DEICY gonzalez
15	JASNY YARLENIS SANCHEZ RODRÍGUEZ	1078101543	3122360048	SOL NACIENTE 4	Jahaira mena Gonzalez
16	VALERIA SOFIA RAMIREZ TOVAR	1078472163	3102553080	SOL NACIENTE 4	Yulexis Tovar
17	THIAGO ALI URREA PUERTA	1078100916	3113346194	SOL NACIENTE 4	Katherine Puerta

15293

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA 22/11/2023 HORA: 1 a 4 PM LUGAR FUTURO2 TEMA Control Social

COORDINADORA: DANIELA PIEDRAITA DOCENTE: CINTHY YISED BENITEZ MOSQUERA AUXILIAR: YURLEIDY TELLO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	ANGIE DANIELA OPUA PEÑA	1078470455	3102290855	SOL NACIENTE 5	Breisa Pena
2	DAIRY ORTIZ CHIRIPUA	1078471695	3137049229	SOL NACIENTE 5	Deisy Chiripua
3	ISA MAR CARPIO CABEZON	1078014631	3122253123	SOL NACIENTE 5	Monica Cabazon
4	NESTALINA PEÑA MEMBACHE	1128024425	3122253123	SOL NACIENTE 5	Nestalina Peña Membache
5	YUNNY PAOLA OPUA EVAO	1077484600	3122253123	SOL NACIENTE 5	Yenny Evao
6	JOSE HELDER PEÑA CARPIO	1077484673	3105290855	SOL NACIENTE 5	Evmelita carpio
7	JHON FREI QUIRO PEÑA	1076878228	3137579280	SOL NACIENTE 5	Imelda Peña
8	DARLINSON CHAMAPURO CARPIO	1077484358	3234366925	SOL NACIENTE 5	Delsa Carpio
9	RONALD DAVID MARTINEZ MARTINEZ	1077486166	3105115393	SOL NACIENTE 5	Aitin Paola Martinez
10	LUISA FERNANDA MARTINEZ MARTINEZ	1077487554	3105115393	SOL NACIENTE 5	Aitin Paola Martinez
11	LUJANI QUIRO PEÑA	1078666648	3137579280	SOL NACIENTE 5	Imelda Peña
12	EMMANUEL DOMINGUEZ CORDOBA	1078104243	3203722725	SOL NACIENTE 5	Kelly Lohana Cuesta Palacios
13	ANGIE CAROLINA COPETE ANDRADES	1077484965	3118070070	SOL NACIENTE 5	Anyi maeda vivas
14	FLORICELDA CHAMAPURO CAYZAMO	1004052767	3127179332	SOL NACIENTE 5	Floricelda Chamapuro
15	DEILER SAMIR ANDRADES VIVAS	1078474589	3118070070	SOL NACIENTE 5	Anyi maeda vivas
16	HAINY ANDREA BEJARANO MURILLO	1028675284	3123845263	SOL NACIENTE 5	Elvenis Bejarano
17					

154

CORPORACIÓN MI NUEVO SOL
COMPROMETIDOS CON UN MEJOR MAÑANA

CORPORACIÓN
MI NUEVO SOL
NIT: 900.835.300 – 3

FECHA_____ HORA:_____ LUGAR_____ TEMA Control social

COORDINADORA: DANIELA PIEDRAHITA DOCENTE: KELLY TELLO PALACIOS AUXILIAR: AYDEL MARIA RAMIREZ PALACIOS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	MARIA ALEJANDRA INDRAMA GUARIPA	1128731146	3126859062	Sol naciente 2	Maria
2	SALOME ARIAS RUIZ	1126398387	3136169474	Sol naciente 2	Yorlendy
3	EMILY YULIZA OREJUELA CORDOBA	1077487332	3127674960	Sol naciente 2	Yuliza
4	KELY YOLANY MOSQUERA MOSQUERA	1077484898		Sol naciente 2	Kelly
5	MARIAN YOHANA MORENO GUTIEERE	1077485241	3219703573	Sol naciente 2	
6	YENIFER ANDREA MOSQUERA MARTINEZ	1077485531	3105123335	Sol naciente 2	Yasnoy
7	KILIAN DAVID PALOMEQUE BERRIO	1077487636	3106170240	Sol naciente 2	Katerine
8	NAIAN ANTONELLA CORDOBA GUTIERRE	1078101479	3219703573	Sol naciente 2	
9	IAN MATEO PALACIOS LOZANO	1078101712	3116850807	Sol naciente 2	
10	LIAN ANDRES BERRIO ZAPATA	1078101813	3136169474	Sol naciente 2	Yirley
11	LIAM ANDRES CORDOBA HINEZTROZA	1078103398	3233663516	Sol naciente 2	Luz
12	YEILIN LUISA MOSQUERA MARTINEZ	1078102637	3105123335	Sol naciente 2	Yasnoy
13	NASLYN ANDREA CORDOBA BORJA	1078471706	3122471965	Sol naciente 2	Ungue
14	DELIZA BAILARIN BAILARIN	1193602882	3226561133	Sol naciente 2	Deliza
15	SILEY ROJAS BAILARIN	1128527125	3225509650	Sol naciente 2	
16	YESNER MENBACHE POLPARE	1128026502	3103951205	Sol naciente 2	
17					

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

Calle 31 No. 7 – 68 B/ Tomas Perez Cel. 3226230804 Quibdo – Choco
e-mail: minuevosol@hotmail.com

CORPORACIÓN

MI NUEVO SOL

NIT: 900.835.300 – 3

ASISTENCIA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

FECHA_____ HORA: 1:00P.M A 4:00P.M LUGAR: REPOSO 1 TEMA Control social

COORDINADORA: DANIELA PIEDRAHITA DOCENTE: DEIRY TELLO CORDOBA AUXILIAR: MARIA CONCEPCION RENTERIA GARCIAS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° CELULAR	UNIDAD DE SERVICIO	FIRMA DE ACUDIENTE
1	DANNA SOFHIA CORDOBA MORENO	1078472731	3218224820	SOL NACIENTE 3	Yisella Moreno B.
2	JEIDY MASIE CAICEDO LEDEZMA	1078470485	3147014797	SOL NACIENTE 3	Yeidy Masie C. L.
3	LEIMA ALEXANDER SERNA VALOYES	1078101824	3105362430	SOL NACIENTE 3	Leima
4	KYLIE ADHARA MOSQUERA RENTERIA	1078104320	3147541015	SOL NACIENTE 3	Yeselia
5	ANTHONY MATEO CORDOBA SANCHEZ	1077488364	3122318921	SOL NACIENTE 3	Carolina S.
6	ADALIND ZOLETH MURILLO GARRIDO	1078104198	3113332154	SOL NACIENTE 3	Bonie Yuliza Garrido
7	ABI NAOME ORTIZ COSTA	1106902032	3013995676	SOL NACIENTE 3	Heyni Carolina
8	LUIS GAEL PALACIOS PALACIOS	1078104134	3208871904	SOL NACIENTE 3	Florentina
9	ROSA MARIA MURILLO PEREZ	1023424089	3104236673	SOL NACIENTE 3	M. Angelica Perez.
10	MIA CELESTE MORENO MARTINEZ	1078473526	3137391979	SOL NACIENTE 3	Juana del carmen
11	EIKER SNEYDER PEREA PEREA	1078104132	3146444541	SOL NACIENTE 3	Eucaris Perea
12	JHON FERNANDO PALACIOS MURILLO	1078 471641	3203435376	SOL NACIENTE 3	Yesica
13	KAYLIN ALEXANDRA MENA CORREA	1078104742	3207983278	SOL NACIENTE 3	Yaicdy
14	KETHIEL DAVID GAMBOA PINO	1078474770	3104560886	SOL NACIENTE 3	Kenny Katerine
15	MARIA ELENA MURILLO MOSQUERA	1077486849	3146787983	SOL NACIENTE 3	Elena
16	ELENA PATRICIA MOSQUERA LEMUS	1003930631	3146787983	SOL NACIENTE 3	Elena
17	FEOLMIDA PACHECO RUBIANO	1075020230	3147561429	SOL NACIENTE 3	Feolmida

15726

15797

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 21 Noviembre.	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Cauca	**Municipio:** Guapi		
Centro zonal:	**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:** Contrato 150		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Graciela Lagarejo		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Agroporvenir 1	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3209956625		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: ____			
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:	Agro porvenir 1
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificacion de las actividades Pedagógicas
Propósito o finalidad de la visita:	Evaluar la calidad de las actividades pedagógicas

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.

15798

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

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.

15799

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 3 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.			NA
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?			NA
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?			NA
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?			NA
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?			NA
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?			NA
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?			NA
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?			NA
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	Si		
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	Si		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	Si		
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Si		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	Si		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Si		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	Si		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Si		

15800

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se evidencia ninguna situación distinta a la normal, se pudo evaluar la calidad de los servicios sin ninguna dificultad.

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

- Seguir participando de la veeduría
- Seguir garantizando derechos.

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: Shirley Torres Mosquera

15801

- 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: 3125154472

Copia

15302

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

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 **MES** Noviembre **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 4 a 4pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Bienvenida
oración
Verificación de las experiencias pedagógicas

Recomendaciones
Cierre.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Contratar profesionales de calidad.	EA	Diciembre Proximos contratos
Presentar tematicas que permitan profundizar Conocimientos	Talento humano	Diciembre Proximas contrataciones
Participar activamente de las actividades	Control Social veeduria Ciudadana	Diciembre Proximas Contrataciones

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

15803

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

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

15304

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

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: 22 Noviembre	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Mi Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): DIMF	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** Contrato 150		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DIMF	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Francisca A. Cundumí		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Agroporvenir 2	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3206163724		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Medrano			
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:	Agroporvenir 2
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificacion de las experiencias Pedagogicas
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar la calidad de las experiencias pedagogicas

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.

15805

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

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

15806

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

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

15807

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Todo estaba bien, la docente tuvo dominio de las tematicas

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

Motivar a los demas usuarios a asistir a los encuentros

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: Carol Caballo

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.

15808

- 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: 3118335074

¡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.

15809

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

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 22 **MES** Noviembre **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 4 y pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Bienvenida y Saludo

Como siempre presentar la tematica de la reunion, verificacion de la calidad de las experiencias pedagogicas

Compromiso

Cierre.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Garantizar los derechos de las niñas y niños	Talento H. veeduría Ciudadana	Diciembre prorroga contratacion
Motivar a las familias a asistir a los encuentros	Talento humano	Diciembre.
Brindar informacion que permita desarrollar nuevos Conocimientos	Talento humano	Diciembre.

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

15810

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Cyndi Cumbalo	líder

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

15811

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

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 23 noviembre	23	11	2023
Regional/Departamento: Choco	**Municipio:** Quibdo		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): DIMF	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** Contrato 950		
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:** Hector Berrio Pino		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Agroporvenir 3	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3104396875		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Comunidad el 90			
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:	Agroporvenir 3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificacion de las experiencias Pedagogicas
Propósito o finalidad de la visita:	calificar la calidad, de las experiencias Pedagogicas

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.

15812

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

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.

15813

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

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

15814

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

no hubo ninguna situacion

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

seguir asistiendo a los encuentros

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: Maria Alba Cuizamo Rubiano

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.

15815

- 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: 3206079055

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

15816

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

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 23 **MES** Noviembre **AÑO:** 2023 **HORARIO:** 10 4pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Saludo de bienvenida

- Verificar la calidad de las experiencias Pedagogicas

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Seguir garantizando derechos	Talento H Control Social Veeduria	Diciembre
Seguir Contratando profesional capacitado	EA	Diciembre
Brindar a las familias la información requerida	T. H.	Diciembre

¡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.

15817

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
maria alba Gizamo Rubiano	líder
Lucelia Carce Bracamonte	Secretario
Liz estela Arce	veedor.

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

15818

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha:21 de Noviembre 2023	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio: Quibdó**		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): MODALIDAD FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 150**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: SOL NACIENTE 1** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: MINUTO DE DIOS PARTE ALTA**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendiólavisita:** YAHANNY SALAS **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3104929095		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	PROMOTORES DE SEGUIMIENTO
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
Propósito o finalidad de la visita:	VERIFICAR LOS COMPONENTES ACORDADOS POR EL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante delcomitédecontrolsocial o de la veeduría ciudadana se presentaantela personaresponsabledela 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 responsabledelaunidaddonde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entregade los resultadosdelavisita.

15819

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante delcomitédecontrolsocial o de la veeduría ciudadana se presentaantela personaresponsabledela 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 responsabledelaunidaddonde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entregade los resultadosdelavisita.

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	**NO**	**No se está haciendo control social a este tema o no aplica**
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor,moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		

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.

15820

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

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.

15821

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

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

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

SITUACIONESIDENTIFICADASDURANTELAVISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

RECOMENDACIONESDERIVADAS DE LA VISITA DELCOMITÉDECONTROLSOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

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 respuestadel operador de los servicios:_____

_____

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

15822

- 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: _____

COPIA

15823

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: _____			
Fecha: 22 de Noviembre de 2023	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio: Quibdó**		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): MODALIDAD FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 150**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: SOL NACIENTE 2** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: NIÑO JESUS SECTOR CABI**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendiólavisita:** KELLY TELLO **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3136169474		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	GUARDIANES DEL TESORO
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
Propósito o finalidad de la visita:	CUMPLIR CON LA VEEDURIA DE LA MODALIDAD

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante delcomitédecontrolsocial o de la veeduría ciudadana se presentaantela personaresponsabledela 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 responsabledelaunidaddonde se prestan los servicios.
4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.
5. Entregade los resultadosdelavisita.

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

15824

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

15825

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

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

15826

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

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

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

SITUACIONESIDENTIFICADASDURANTELAVISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

RECOMENDACIONESDERIVADAS DE LA VISITA DELCOMITÉDECONTROLSOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

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 respuestadel operador de los servicios:_____

_____

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

15827

- 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: _____

COPIA

15823

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: 23 de noviembre de 2023	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio: Quibdó**		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): MODALIDAD FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 150**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: SOL NACIENTE 3** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: REPOSO 3**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendiólavisita:** DEIRY TELLO **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3124327051		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	PROMOTORES DEL CONTROL SOCIAL
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
Propósito o finalidad de la visita:	VEEDURIA AL COMPONONTE CORRESPONDIENTE AL MES REGULAR

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

15829

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

15830

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

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

15831

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

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

SITUACIONESIDENTIFICADASDURANTELAVISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

RECOMENDACIONESDERIVADAS DE LA VISITA DELCOMITÉDECONTROLSOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

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.

15832

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 respuestadel 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.

15833

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

VERIFICACIÓN Nº: 10			
Fecha:	21	noviembre	2023
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación mi nuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad familiar.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): f **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Solnaciente 4 **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Barrio jazmin	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Elkin C Mena palacios **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3116421020		
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:** ____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Solnaciente # 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 la calidad de los servicios y atención que se presta en la Unidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Corroborar que todo en la unidad funcione acorde a los lineamientos.

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.

15834

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

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

15835

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

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

15836

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la verificación el comité interactuo con los asistentes al encuentro y les hizo preguntas sobre su percepción del funcionamiento del programa.

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

al equipo en general y familias beneficiarias se les recomendo aprovechar los espacios y el aprendizaje que deja la implementación del programa.

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.

15837

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

VERIFICACIÓN Nº: 10		
Fecha:	23 Noviembre 2023	
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó	
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación mi nuevo Sol	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cinthy Yised Benitez	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol naciente 5	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 310 395 1205	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: futuro 2, Villa nueva		
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:** ____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Sol naciente #5
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar la calidad de la atención y servicio que se presta en la Unidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Corroborar que todo en la unidad funcione de acuerdo a los lineamientos.

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.

15838

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

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

15839

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

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

15840

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita se observó los elementos, y las actividades pedagogicas realizadas en la unidad de servicio.

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

El comité de control Social deja como recomendacion a los usuarios y talento humano continuar participando y generando espacios para el fortalecimiento de las familias especialmente 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: _____

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.

15841

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

VERIFICACIÓN Nº: 10			
Fecha:	22	noviembre	2023
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Quibdó		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación Minuevo Sol		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Betzaida Marmolejo		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sol naciente #6	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3116072534		
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:**			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Sol naciente #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 la calidad de los servicios atención que se presta en la unidad
Propósito o finalidad de la visita:	Corroborar que todo en la Unidad funcione acorde a los lineamientos.

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.

15842

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

15843

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

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

15844

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita de verificación no se encontraron situaciones adicionales que interfirieran con la verificación.

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

al talento humano continuar su dedicada labor en la unidad de servicio.

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.

15845

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

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: NOVIEMBRE DEL 2023	DIA	MES NOVIEMBRE	2023AÑO
Regional/Departamento: CHOCO	**Municipio: QUIBDO**		
Centro zonal: QUIBDO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **27001502023**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MIS TESOROS DEL FUTURO** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** ALFONSOLOPEZ _____	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** APOLONIA LEUDO PALACIOS **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3145873727		
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:	CONSTRUYENDO FUTURO
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que el talento humano brinde una atención con calidad y que se cuente con la planeación pedagógica para el desarrollo de las actividades planeadas
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar por que se preste una atención de calidad
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	**Marque con una X según la respuesta que corresponda**

15346

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

15847

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

15848

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita a la unidad de servicio no se presentó ninguna novedad, lo planeado se realizo sin contra tiempo

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

Ninguna recomendación esta vez

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: Arelys Hernandez

15849

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: arelyshernandezgmail.com.
- Número Celular y/o fijo:3104456789

PUBLICA

15850

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

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: NOVIEMBRE DEL 2023	DIA	NOVIEMBRE MES	2023AÑO
Regional/Departamento: CHOCO	**Municipio: QUIBDO**		
Centro zonal: QUIBDO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **27001502023**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: CARITAS DE AMOR** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** SUBA#1_____	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** SANDRA LILIANA BALDOSEA **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Amor y felicidad
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que el talento humano brinde una atención con calidad y que se cuente con la planeación pedagógica para el desarrollo de las actividades planeadas
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar por que se preste una atención de calidad

Procedimiento sugerido para la visita:

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	**Marque con una X según la respuesta que corresponda**

15851

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

15852

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

15353

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita a la unidad de servicio no se presentó ninguna novedad, lo planeado se ejecutó sin contratiempo

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

Ninguna recomendación esta vez

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Angelica Lucero 0e531

15854

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

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 22 MES Noviembre AÑO: 2023 HORARIO: 2015 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Saludo de Bienvenida
Presentacion
Objetivo
Socializacion del control social.
Conclusiones y varias
Recomendaciones.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Hacer Revision a cada uno de los Paquetes Nutricionales cada mes.	Comite de Control Social	Noviembre 2023
Garantizar la Participacion de los familias y los Niños.	Comite de control social	Noviembre 2023
Participar haciendo seguimiento y control social a los Actividades.	Comite de control social	Noviembre 2023

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

15855

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Nelly Blandon	Líder
Damaris Castro	Secretaria
Leidy Jhoana Mosquera	Integrante.

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

15856

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS- SEGUIMIENTO DE CONTROL SOCIAL AGROPORVENIR 5
BARRIO: BONANZA



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

15857

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

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 21 MES Noviembre AÑO: 2022 HORARIO: 2:15 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Saludo cordial
Presentacion
objetivo
Socializacion Control social
conclusiones
compromisos.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Velar por los derechos de los Niños, ninos y familia de las uds.	Comite de Control Social	Noviembre 2023
Hacer Seguimiento y control a los paquetes Nutricionales y a las actividades.	comite de control social	Noviembre 2023
Participar activamente de cada una de las actividades que se desarrollen. Enlaces.	Comite de control social	Noviembre 2023

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

15858

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Heidy Yiced Solas	Integrante
Francis Mosquera	Líder
Marmelin Caizamo	Secretario

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

15859

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS- SEGUIMIENTO DE CONTROL SOCIAL AGROPORVENIR 6
BARRIO: ROSALES



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

15860

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

ACTA DE REUNIÓN N_____

FECHA: DÍA 23 MES Noviembre AÑO: 2023 HORARIO: 2 a 5pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Cordial Saludo
Oración
Objetivo
Socialización de control social
Conclusiones
Recomendaciones.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Velar Por la Garantía de los derechos de las familias Beneficiarias.	Comité de Control Social	Noviembre 2023
Hacer Seguimiento a la Entrega de Refrigerios y Paquetes Nutricionales.	Comité de Control Social	Noviembre 2023
Participar Activamente de las Actividades a Desarrollar	Comité de Control Social	Noviembre 2023.

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

15861

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Angelica Tatiana C I	Lider
Margelis Romaña	Secretaru
Maria Enel Mosquera	Integrante

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

15862

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS- SEGUIMIENTO DEL CONTROL SOCIAL
AGROPORVENIR 4
BARRIO: REPOSO 1



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

15863

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

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha: 21/11/2023	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio: QUIBDO**		
Centro zonal: CZ QUIBDO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **CORPORACION MI NUEVO SOL**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **2700100137935**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **DIMF** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: BARRIO ROSALES** _____ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3136680527 _____		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): ___17___ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _17____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	AGROPORVENIR 6
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Identificar que actividades pedagógicas se realizan en las unidades de servicio, que estas sean acordes para el tipo de población y a la edad d los
Propósito o finalidad de la visita:	HACER CONTROL SOCIAL Y VERIFICAR CADA UNO DE LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN.
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.

15864

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

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.

15865

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

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.

15866

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita No se encontró Nada anormal Puesto que todo marchaba en completo orden y con los Requerimientos Solicitados por el ICBF.

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

Continuar Brindando el servicio a toda la Población Beneficiaria.

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.

15867

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: Lisia Palomos
- 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: 3137736723

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.