

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>ABRIL</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>9:30 am</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: 1. Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril. 2. Verificar la entrega de la ración para preparar 3. Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgo y/o desastres durante el mes de abril.		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de abril a la visita de control social	Comité de control social	18/06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Mavoly Ruiz García	Presidenta	
Leidy Johanna Bravo Peña	Secretaria	

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha:	<u>11</u>	<u>AGOSTO</u>	<u>2022</u>
Regional/Departamento: <u>Hula</u>	Municipio: <u>NAVA</u>		
Centro zonal: <u>NAVA</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>COEMIDI</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41002407925</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>E I H</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>YUL VARGAS</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>NAVA RURAL 4</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3156684569</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Antigua Calleja N. a. Tachik</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>16</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>16</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>NAVA RURAL 4 UA 1</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de primera infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>- Verificar calidad de servicios</u> <u>- Verificar EPP</u> <u>- Verificar Establecimiento de Prevención de Riesgos</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

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 "megulladuras", 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?		N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		N.A
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?		N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N.A

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4 G73 PP	0405/2022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 3 de 4

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
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?		NO
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?		NA
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? <i>*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.</i>		NA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		NA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		NA
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.		NA
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		NA
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		NA
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?		NA

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO 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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	N.A
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.	
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>ninguna</i>	
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>ninguna</i>	

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: *Haidy Luz Carru*
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: *No tengo*
- Número Celular y/o fijo: *3124082764*

 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° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>abril</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>10:30 am</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: 1. Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril. 2. Verificar la entrega de la ración para preparar. 3. Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgos y los dispositivos durante el mes de abril.		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de junio a la visita de control social para realizar la verificación.	Comité de Control Social	18-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Hanra Paula Bahamondez Quera	Secretaria	
Claudia Jimena Hernandez Cobillos	Presidente	

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha:	<u>11</u>	<u>abril</u>	<u>2020</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>Neiva</u>		
Centro zonal: <u>Neiva</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Cormipi</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e Intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41007407075</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>E I H</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Y/L. Vargas</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>Neiva Rural 4</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3156684569</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Antigua Colegio N.A. Parkleilho</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>14</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>14</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>Neiva Rural 4 UA 3</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de Primera Infancia.</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>- Verificar algunos servicios U. - Verificar EPP - Verificar estrategias preventivas de riesgo</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

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

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?		N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		N.A
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?		N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N.A

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

 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

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?		N.A
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?		N.A
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?		N.A
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?		N.A
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?		N.A
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. <i>*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.</i>		
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?		N.A
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? <i>*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.</i>		N.A
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		N.A
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		N.A
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.		N.A
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		N.A
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		N.A
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?		N.A
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.		
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?		N.A
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?		N.A
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		N.A
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?		N.A

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2 023 40	04052022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 2 de 4

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: incluye las observaciones sobre los verificadores realizados, según el objetivo del control social que se realizó con tanto como sugerencias del comité o la veeduría	
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: Ninguna	
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Ninguna	

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: Manafula Bahama
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: manafulabahama21@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3156410713

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>abril</u> AÑO: <u>2022</u> HORARIO: <u>10:00 am</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: 1. Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril. 2. Verificar la entrega de la ración para preparar. 3. Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgos y los desastres durante el mes de abril.		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de junio a la visita de control social	Comité de Control Social	18-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Rosalba Carcedo	Presidenta	

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha:	<u>11</u>	<u>abril</u>	<u>2025</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>Neiva</u>		
Centro zonal: <u>Neiva</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Camilo</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41007402025</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>FJH</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Ylli Vargas</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>Neiva Rural 4</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>315 66 84 869</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Antigua Colonia DIA Tabacal</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>70</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>70</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>Neiva Rural 4 UD 2</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de Primera Infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<ul style="list-style-type: none"> - verificar alimentos servicios U. - verificar EPP - verificar estrategias Prevención de Riesgos
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

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

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 el momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.		
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?		N. A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N. A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N. A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		N. A
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?		N. A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N. A

 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

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?		
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. <i>*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.</i>		
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?		NA
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? <i>*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.</i>		NA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		NA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		NA
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.		NA
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		NA
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		NA
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?		NA
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinda 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

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

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

UNIDAD DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, materiales o prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Incluye las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con los(as) demás integrantes del comité o la veeduría.	
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>ninguna</i>	
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>ninguna</i>	

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: Rosalba Caicedo Oliveros
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: rosalba.caicedo.oliveros@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 377 385 84 66

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>ABRIL</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>11:00 am</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: 1. Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril 2. Verificar la entrega de la ración para preparar 3. Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgo y los desastres durante el mes de abril		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
asistir en el mes de mayo a la visita de verificación del mes de junio.	Comité de Control Social	12-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Kenia f Olave Medina	Presidente	

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha:	<u>11</u>	<u>ABRIL</u>	<u>2023</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>NAVA</u>		
Centro zonal: <u>NAVA</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Coemidi</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41002402025</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>ETH</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>MAZIA JUHANA SILVA P</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>NAVA RURAL 6</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3112579172</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Antiguo Colegio M.A. Forchilella</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>18</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>18</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>NENA RURAL 6 U.A. 1</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de Primera infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>- verificar alimentos servidos</u> <u>- verificar EBP</u> <u>- verificar estrategia Prevención de Riesgo</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
----	----	--

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

Cualquier copia impresa de este documento es susceptible de ser considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

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?		N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		N.A
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?		N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N.A

 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

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?		NA
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? <i>*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.</i>		NA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		NA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		NA
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.		NA
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		NA
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		NA
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?		NA

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

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

	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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?		
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.		
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>Ninguna</i>		
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>Ninguna</i>		

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: Venia Fernanda Olazá Medina
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: deniafernanda@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3236392829

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>ABRIL</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>11:30 AM</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: 1. VERIFICAR los alimentos seguros en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril 2. VERIFICAR la entrega de la ración para preparar 3. VERIFICAR la implementación de la estrategia para la prevención de riesgos y/o accidentes durante el mes de abril		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de mayo a la visita de verificación del mes de junio	Comite de Control Social	12-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), Integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Daniela Rivera Gutierrez	Presidente	

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

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

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

VERIFICACIÓN N°: <u>9</u>			
Fecha:	<u>MA</u>	<u>ABRIL</u>	<u>2025</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>Neiva</u>		
Centro zonal: <u>Neiva</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Carmelo</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e Intercultural): <u>Familiar</u> <u>EI H</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41002402025</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>EI H</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Maria Juliana Silva P.</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>NEIVA RURAL 6</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3112529148</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Antigua Cofeja H.A. Tachacallos</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>NEIVA RURAL 6 UAB</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de primera infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar alimentos servidos - Verificar RPP - Verificar estrategia prevención de riesgo
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda	
	SI	NO
		No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

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)	Y		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros)	Y		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	Y		
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?			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) 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?			ND

iAntes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4.023.FP	04/05/2022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 3 de 4

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 escritorio con fecha de vencimiento vigente?			NA
B.	¿La unidad de servicio cuenta con indicador de primera infancia?			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 e vivencias lúdicas y genuinas, que fluyen con espontaneidad durante el desarrollo 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?			NA
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? <i>*Tengo 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.</i>			NA
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NA
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			NA
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.			NA
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			NA
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			NA
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?			NA

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

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

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

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

	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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?		N.A
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.		
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>ninguna</i>		
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>ninguna</i>		

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: *Marcela Rivera Ginter*
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: *No tengo*
- Número Celular y/o fijo: *3026175959*

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>abril</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>12:00 pm</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: 1. Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril 2. Verificar la entrega de la ración para preparar 3. Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgos y los desastres durante el mes de abril		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de junio a la visita de control social para realizar la verificación	Comité de Control Social	12-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Leidy Rocío Pinchao Gil	Secretaria	
Maria Fernanda Tovar Manquillo	presidente	

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha:	<u>11</u>	<u>del</u>	<u>2022</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>Neiva</u>		
Centro zonal: <u>Neiva</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Com. Di</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41002407025</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>EI 4</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Maria Juliana Silva P.</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>Neiva Rural 6</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3112577148</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Carretera Calles 17A y 18A</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>17</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>17</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>Neiva Rural 6 UA 3</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de primera infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<ul style="list-style-type: none"> - verificar elementos servicios - verificar RPP - verificar estrategias preventivas de riesgo
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda	
	SI	NO
		No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

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

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 (Bienestanna) 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?			N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?			N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			N.A
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?			N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?			N.A

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO 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

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. <i>*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.</i>			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			NA
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? <i>*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.</i>			NA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			NA
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.			NA
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			NA
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			NA
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?			NA
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			NA
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			NA
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			NA
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			NA

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO 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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?		
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.		
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>ninguna</i>		
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>ninguna</i>		

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Leidy Rocio Pinchoo
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: leidy.pinchao03@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3506332555

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>ABRIL</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>8:54</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: - Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril. - Verificar la entrega de la Bases para preparar - Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de Brieso y/o desechos durante el mes de abril.		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de abril, Junio a la visita de control social	Comite de Control Social	25-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), Integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
+ Yelf Fernada cordoba	Presidenta	
+ Anyi Pueloma Ordoñez	Secretaria	

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

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

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha: <u>11 - ABRIL</u>	<u>11</u>	<u>ABRIL</u>	<u>2025</u>
Regional/Departamento: <u>Hula</u>	Municipio: <u>Nhua</u>		
Centro zonal: <u>Nhua</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Colmido</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41002402025</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>ETI</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Ana Maria Gonzalez</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>DETANDO HUELLAS 4</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3002668739</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Paseo Biblioteca Edina</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>18</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>18</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>DETANDO HUELLAS 4 UA 1</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de primera infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>- Verificar o mejorar servicios u. - Verificar RPP. - Verificar Estrategia Prevención de Riesgos</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

 Bienestar Familiar	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA PP 04/08/2022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1 Página 2 de 4

1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumo en 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. ¿Los alimentos entregados corresponden a los presupuestos definidos en el menú del día? (verifique en el ciclo de menú 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 "muguladuras", que no tengan mal olor o mohos, 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 gramo/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, mohos, 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?		N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		N.A
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 (Talentos Humanos) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?		N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N.A

 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

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. <i>*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.</i>		
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?		NA
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? <i>*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.</i>		NA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		NA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		NA
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.		NA
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		NA
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		NA
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?		NA
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.		
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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4.023 PP	04/08/2022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 4 de 4

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	☐ No
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Incluye 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: <u>ninguna</u>	
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <u>ninguna</u>	

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: Yuli Fernanda Caribba Yulicadela C29
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Yuli.caribba@ceja.gov.co
- Número Celular y/o fijo: 3214872159

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>			
FECHA: DÍA <u>11</u>	MES <u>AGOSTO</u>	AÑO: <u>2025</u>	HORARIO: <u>8:00am</u>

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- Verificar los alimentos servidos en la unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril
- Verificar la entrega de la Receta para preparar
- Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgo y la desastres durante el mes de abril

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de junio a la visita de control social	comite de Control social	23-06-25

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
* Danna Yulieth Salinas	Presidente
* Danna Yulieth Salinas	
Rosangeles Amelia Díaz	Secretaria

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

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

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>			
Fecha:	<u>11</u>	<u>abril</u>	<u>2025</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>NAIPA</u>		
Centro zonal: <u>NAIPA</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>COLMIO</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>41002402025</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>FIN</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Ana Maria Gonzales</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>DEJANDO HUILLAS 4</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o) madre o padre comunitaria(o): <u>3002668739</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Parque Biblioteca Galindo</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>DEJANDO HUILLAS 4 UAZ</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de primera infancia</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>- verificar alumnos servicios G.</u> <u>- verificar EPP.</u> <u>- verificar estrategia Prevención de Riesgo</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
----	----	--

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

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

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 gramo/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?		N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		N.A
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?		N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N.A

 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

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?		N.A
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?		N.A
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?		N.A
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?		N.A
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?		N.A

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?		N.A
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? <i>*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.</i>		N.A
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		N.A
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		N.A
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.		N.A
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		N.A
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		N.A
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?		N.A

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO 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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?		N.A.
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.		
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>Ninguna</i>		
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>Ninguna</i>		

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: *Dana Yulbeth Salinas Caicedo*
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: *NO TIENE*
- Número Celular y/o fijo: *3713010869*

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

ACTA DE REUNIÓN N° <u>1</u>		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>abril</u> AÑO: <u>2025</u> HORARIO: <u>8:30 am</u>		
TEMA(S) DE LA REUNIÓN: - Verificar los alcances servicios en la Unidad durante la primera y segunda semana del mes de abril - Verificar la entrega de la Boción para preparar - Verificar la implementación de la estrategia para la prevención de riesgo y los desastres durante el mes de abril		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Asistir en el mes de junio a la visita de control social	Comité de Control social	25-06-25
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
*Haira Alejandra Garzón Gomez	Presidente	
>		

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

VERIFICACIÓN N°: <u>1</u>	
Fecha:	<u>11</u> <u>abril</u> <u>2022</u>
Regional/Departamento: <u>Huila</u>	Municipio: <u>Neiva</u>
Centro zonal: <u>Huila</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Cormidi</u>
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Neiva</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Cormidi 41002407025</u>
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>Familiar</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>41002407025 Ana Clara C</u>
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>FIN</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o) madre o padre comunitaria(o): <u>Ana Mariu Gonzales</u> <u>3002668739</u>
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Parque Bishoken Gándara</u>	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>19</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>19</u>	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>DEFENSORA HUILLAS 4 U.A.B.</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Realizar control social a los servicios de primera infancia,</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>- verificar alimentos servidos</u> <u>- verificar EPP</u> <u>- verificar estrategia Prevención de Riesgo</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica

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

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

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

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.		
	NO	SI
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?		N.A
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		N.A
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?		N.A
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?		N.A
<p>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.</p>		
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?		N.A
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?		N.A

 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

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?		NA
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? <i>*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.</i>		NA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		NA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		NA
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.		NA
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		NA
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		NA
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?		NA

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinda 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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO 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

E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?		p.a
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.		
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <i>ninguna</i>		
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: <i>ninguna</i>		

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: X *Haira Alejandra Gaitán*
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: X *no tiene*
- Número Celular y/o fijo: X *323093612*

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

VERIFICACIÓN N°: <u>2</u>			
Fecha:	<u>15</u>	<u>ABRIL</u> MES	<u>2025</u>
Regional/Departamento:	<u>Huila</u>		
Centro zonal:	<u>NEIVA</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	<u>FAMILIAR</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	<u>E. J. H.</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	<u>DEJANDO HOELLA 5</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:	<u>SANTA ROSA.</u>		
Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:		<u>CORPORACIÓN MINUTO DE DIOS</u>	
Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		<u>4100 240 2025</u>	
Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:		<u>MABALEY BACCA RAMIREZ</u>	
Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):		<u>3124653028</u>	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>52</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>52</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>COMITE CONTROL SOCIAL DEJANDO HOELLA 5"</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>REVISAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA.</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>VERIFICAR Y REVISAR ENTREGAS RPP.</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN
VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la
respuesta que corresponda

SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
----	----	--

1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).

X

B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).

X

C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?

X

2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).

X

B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).

X

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

X

D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?

X

3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?

X

B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?

X

C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?

X

D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?

Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)

NO
APLICA

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

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

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



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.

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?

NO
APLICA

B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?

X

C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños?

X

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?

X

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

X

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

X

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 4 de 4

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

NINGUNA.

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

CONTINUAR PRESTANDO EL SERVICIO DE CALIDAD.

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: Ina Rosa Cortáez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: inajr1638@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 2015855114

¡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



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. 2

FECHA: DÍA 11 MES ABRIL AÑO: 2025 HORARIO: MAÑANA

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- ENTREGA PPP UNIDAD: "DEJANDO HUELLA 5."
- VERIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA CANTIDAD Y CANTIDAD DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS.
- DILIGENCIAR FORMATO DE VERIFICACIÓN Y ACTA DE REUNIÓN POR PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
CONTINUAR CON LAS ENTREGAS DE FORMA OPORTUNA.	TALENTO HUMANO	ABRIL
REVISIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	USUARIAS COMITÉ	MAYO.

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL
SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

F2.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

ROL: presidente/representante/líder,
secretaria(o), integrante. (Si hay otro
rol inclúyalo).

Lina Ruiz Custalveda

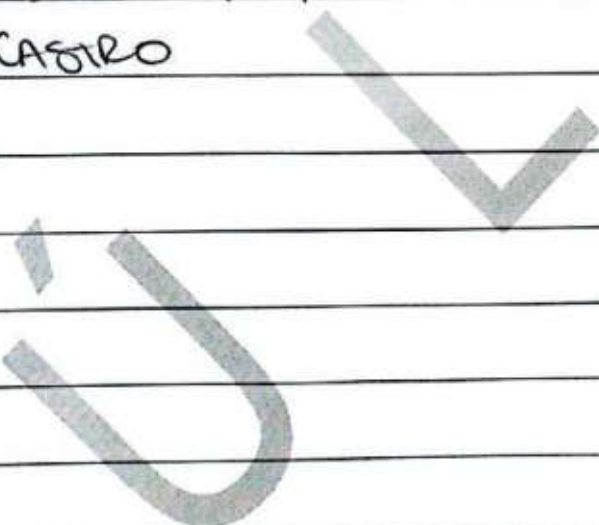
Control Social

Sandy Yulieeth Charry T

Control Social

DIEGO CASTRO

Psicosocial.



¡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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA</p>	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 3 de 3

REGISTRO FOTOGRÁFICO



¡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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: <u>2</u>			
Fecha:	<u>14</u>	<u>ABRIL</u> MES	<u>2025</u>
Regional/Departamento:	<u>HUILA</u>	Municipio:	<u>NEIVA</u>
Centro zonal:	<u>NEIVA</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:	<u>CORPORACIÓN MINUTO DE DIOS</u>
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	<u>EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:	<u>4100 240 2025</u>
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	<u>E.I.H.</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:	<u>LIZ NEYDA BOBADIJA</u>
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	<u>DEJANDO HUILLA 3</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o) madre o padre comunitaria(o):	<u>315 801 9851</u>
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:	<u>LA LIBERTAD</u>		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>50</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>50</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>COMITÉ CONTROL SOCIAL "DEJANDO HUILLA 3"</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>REVISAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>VERIFICAR Y REVISAR ENTREGAS RPP.</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

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

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

El presente documento es una copia de los datos personales de las personas que se encuentran en el sistema de tratamiento de datos personales del ICBF y a la Ley 1581 de 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN
VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la
respuesta que corresponda

SI

NO

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

1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).

X

B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).

X

C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?

X

2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).

X

B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).

X

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

X

D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?

X

3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?

X

B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?

X

C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?

X

D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?

NO
APLICA

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)

¡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



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.

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?

NO
APLICA

B. Si el servicio atiende 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 encuentran al alcance de las niñas y los niños?

X

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

X

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

X

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

¡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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 4 de 4

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

NINGUNA SITUACIÓN.

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

CONTINUAR ENTREGANDO PRODUCTOS DE BUENA CALIDAD.

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: Insuficiente Ramiro Hoyos
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Sebastian.Penasol003@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3229812713

¡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.



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. 2

FECHA: DÍA 11 MES ABRIL AÑO: 2025 HORARIO: MAÑANA

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- ENTREGA RPP UNIDAD: "DEJANDO HUELLA 5."
- VERIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS.
- DILIGENCIAR FORMATO DE VERIFICACIÓN Y ACTA DE REUNIÓN POR PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
CONTINUAR CON LAS ENTREGAS DE FORMA OPORTUNA.	TALENTO HUMANO	ABRIL
REVISIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	USUARIAS COMITÉ	MAYO.

¡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



PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.G23.PP

04/08/2022

FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

Version 1

Página 2 de 2

[illegible]

¡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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA</p>	F2.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 3 de 3

REGISTRO FOTOGRÁFICO



¡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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: <u>2</u>			
Fecha:	<u>1da</u>	<u>ABRIL</u> MES	<u>2025</u>
Regional/Departamento:	<u>HUILA</u>		
Centro zonal:	<u>NEIVA</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	<u>EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	<u>E. I. H.</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	<u>CFA 4.</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:	<u>CAYAHUELLA</u>		
Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:	<u>CORPORACIÓN MINUTO DE DIOS</u>		
Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:	<u>4100 240 2025</u>		
Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:	<u>KELLY JOHANNA SANTOS.</u>		
Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):	<u>3118796889</u>		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>56</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>56</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>COMITÉ CONTROL SOCIAL "CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 4"</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>REVISAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>VERIFICAR Y REVISAR LAS ENTREGAS RPP.</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN
VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la
respuesta que corresponda

SI

NO

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

1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |

2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | | X | |

3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

- | | | | |
|--|---|--|---------------|
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? | | | NO
APLICA. |

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)

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO 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.			
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. <i>*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.</i>			
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? <i>*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.</i>	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 atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			

¡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 1561 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 4 de 4

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

NO SE PRESENTA NINGUNA NOVEDAD

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

CONTINUAR CON LAS ENTREGAS DE FORMA OPORTUNA.

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: Laren Yizeth Ascencio Carvajal
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: ascencioyareth@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 311 880 4637

¡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



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° 2

FECHA: DÍA 11 MES ABRIL AÑO: 2025 HORARIO: MAÑANA

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- ENTREGAS RPP UNIDAD: "CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 4"
- VERIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS.
- DILIGENCIAR formato de VERIFICACIÓN Y ACTA DE REUNIÓN, POR PARTE DE LAS INTEGRANTES DEL COMITÉ.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
CONTINUAR CON LAS ENTREGAS DE forma oportuna	TALENTO Humano	ABRIL
REVISIÓN POR PARTE DEL COMITÉ Y PROFESIONAL PSICOSOCIAL	USUARIAS Control Social	MAYO

¡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



FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

04/08/2022

Página 2 de 2

[illegible]

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

REGISTRO FOTOGRÁFICO



¡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.

ACTA DE REUNIÓN N° 1

FECHA: DÍA 11 MES Abril AÑO: 2025 HORARIO: 9:00 a.m.

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Se da la calurosa bienvenida a cada una de los participantes agradeciendo el compromiso asumido.
Dentro de los puntos que se trataron son:

1. Verificar la entrega adecuado con cantidades completas correspondiente al listado de alimentos de RPP.
2. Verificar el espacio físico, el cual cuenta con buenos condiciones para prestar el servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar la calidad de los productos que se entregan a los usuarios	Todos	Durante la vigencia del contrato
Ejecutar el control y acompañamiento en la entrega de los raciones para preparar	Todos	Durante la vigencia del contrato
Observar detalladamente la unidad de atención la cual se encuentra en óptimas condiciones para el servicio	Todos	Durante la vigencia del contrato
Asistir ampliamente a las reuniones programadas del comité de control social	Todos	Durante la vigencia del contrato

¡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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL
SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

F2.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Yiguíola Sthefany Martínez Subero	Representante	
María Fernanda Molina Cuellar	Integrante	
Silvana Diaz Rojas	Integrante	
Margela Brenna Daza Sterling	Agente Educativa	
Brigitte Bravo Gelinder	Apoyo Ps. com. c. o. l.	

¡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.



ACTA DE REUNIÓN N° 1

FECHA: DÍA 11 MES Abril AÑO: 2025 HORARIO: 9:00 a.m

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Se da la calurosa bienvenida a cada una de los participantes
agradeciendo el compromiso asumido.

Dentro de los puntos que se trataron son:

1. Verificar la entrega adecuada con cantidades completas
correspondientes al listado de alimentos del RPP.
2. Verificar el espacio físico, el cual cuenta con buenos
condiciones para prestar el servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar la calidad de los productos que se entregan a los usuarios	Todos	Desde la vigencia del contrato
Ejecutar el control y acompañamiento en la entrega de los raciones para preparar	Todos	Desde la vigencia del contrato
Observar detalladamente la unidad de atención la cual se encuentra en óptimas condiciones para el servicio	Todos	Desde la vigencia del contrato
Asistir ampliamente a las reuniones programadas del comité de control social	Todos	Desde la vigencia del contrato

¡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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.G23.PP

04/08/2022

FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL
SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

Versión 1

Página 2 de 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Paulo, Liceth Ramos	Representante	
Mauri delos Angeles Nolasco	Integrante	
Ana Karina Barera	Integrante	
Sindy Lorena Aledo Garcia	Agente Educativa	
Rogelio Bravo Caldera	Apoyo Psicosocial	

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

Prohibida toda impresión de este documento en cualquier forma COPIA NO CONTROLADA



ACTA DE REUNIÓN N° 1

FECHA: DÍA 11 MES Abril AÑO: 2025 HORARIO: 10:00 a.m.

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Se da la calurosa bienvenida a cada una de las participantes agradeciendo el compromiso asumido.

Dentro de los puntos que se trataron son:

1. Verificar la entrega adecuada con cantidades completas correspondientes al listado de alimentos de RPP.
2. Verificar el espacio físico, el cual cuenta con buenas condiciones para prestar el servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar la calidad de los productos que se entregan a los usuarios	Todos	Durante la vigencia del contrato
Ejercer el control y acompañamiento en la entrega de los raciones para preparar.	Todos	Durante la vigencia del contrato
Observar detalladamente la unidad de atención la cual se encuentra en óptimas condiciones para el servicio	Todos	Durante la vigencia del contrato
Asistir ampliamente a las reuniones programadas del comité de control social	Todos	Durante la vigencia del contrato

¡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

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Derly Marcela Lopez M.	Representante	
Stefania Ana Robina.	Integrante	
Virginia del Pilar Chacón	Integrante	
Paola Andrea Gonzalez Carcedo	Integrante	
Bongile Bieco Galindes	Apoyo Psicosocial	

¡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.



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

VERIFICACIÓN N°: <u>01</u>			
Fecha:	DIA 11	MES ABRIL	AÑO 2025
Regional/Departamento: Huila		Municipio: Neiva	
Centro zonal: Neiva		Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR		Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 41-00240-2025	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____ EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR _____		Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: _____ STEFANIA SANCHEZ _____	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: _____ CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 2 _____		Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): _____ 3108573075 _____	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>CRA 51 D 27 21 ENRIQUE OLAYA HERRERA</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 2 GRUPOS: 1-2-3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Potenciar el carácter integral del servicio y la atención. Apoyar el mejoramiento continuo de la calidad en la atención que reciben las niñas y los niños. Ejercer el derecho y el deber de participar en la gestión de lo público.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y control en condiciones de calidad de los alimentos servidos y RPP entregados durante el mes de atención apoyados en los formatos de verificación y reporte sobre el control social.
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita. 	

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

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

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

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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 3 de 4

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

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

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

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.			
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: <ul style="list-style-type: none"> - Se verifica fecha de vencimiento y lote de los alimentos de alto valor nutricional y RPP- - Cantidades establecidas de acuerdo a la tabla de referencia. - Manipulación, inocuidad durante la entrega de RPP. - No se presenta novedades en los alimentos (REFRIGERIOS) durante este mes de ABRIL. La representante refiere que las cantidades y las variedades en los refrigerios son aprobados por la comunidad atendida en los servicios de EIH Educación Inicial en el Hogar. 			
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: La representante del control y veeduría se compromete a dar seguimiento en los componentes de salud nutrición, pedagogía y psicosocial, ya que estos resaltan calidad en la atención en la primera infancia en servicios de Educación Inicial.			

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: YULY ANDREA PERDOMO – VALENTINA CAMACHO.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3108573075

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

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

ACTA DE REUNIÓN N.º 01		
FECHA: DÍA 11 MES ABRIL AÑO: 2025 HORARIO: 3:00PM		
<p>TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Verificación y control en condiciones de calidad de los alimentos servidos y RPP entregados durante el mes de atención apoyados en los formatos de verificación y reporte sobre el control social.</p> <p>UDS: CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 2</p> <p>Se da inicio en el proceso de verificación, con las representantes encargadas en el ejercicio de hacer control y veeduría, siendo las 2:30 Pm en el punto de entrega de alimentos, siendo CRA 51 D 27 21 B/ OLAYA HERRERA, con la asistencia de las familias y sus participantes. Evidenciando las siguientes consideraciones durante el proceso de verificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se verifica fecha de vencimiento - lote 2. Cantidades establecidas de acuerdo a la tabla de referencia. Manta 3. Manipulación y almacenamiento de los alimentos RPP. <p>Observaciones: Se verifica fecha de vencimiento y se encuentra en buenas condiciones. La madre participante refiere que los alimentos frescos y vendidos observo buen empaque que garantiza seguridad alimentaria.</p>		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Que en el reposo el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo interdisciplinario	Cada mes correspondiente a verificación. (abril)
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Integrantes comité control social	Cada mes correspondiente a verificación. (abril)
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
• Yoly Andrea Padomó	REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA	
• Valentina Camacho	REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA.	

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



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 6 de 4

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



¡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.

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

VERIFICACIÓN N°: <u>01</u>			
Fecha:	DIA 11	MES ABRIL	AÑO 2025
Regional/Departamento: Huila		Municipio: Neiva	
Centro zonal: Neiva		Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR		Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 41-00240-2025	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____ EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR _____		Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: _____ MARIA FERNANDA CASTRO _____	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: _____ CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 3 _____		Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): _____ 3006773596 _____	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>CASETA COMUNAL 11 DE NOVIEMBRE ZONA ORIENTE.</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 3 GRUPOS: 1-2-3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Potenciar el carácter integral del servicio y la atención. Apoyar el mejoramiento continuo de la calidad en la atención que reciben las niñas y los niños. Ejercer el derecho y el deber de participar en la gestión de lo público.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y control en condiciones de calidad de los alimentos servidos y RPP entregados durante el mes de atención apoyados en los formatos de verificación y reporte sobre el control social.
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita. 	

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

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

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

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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 3 de 4

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

- Se verifica fecha de vencimiento y lote de los alimentos de alto valor nutricional y RPP-
- Cantidades establecidas de acuerdo a la tabla de referencia.
- Manipulación, inocuidad durante la entrega de RPP.
- No se presenta novedades en los alimentos (REFRIGERIOS) durante este mes de ABRIL. La representante refiere que las cantidades y las variedades en los refrigerios son aprobados por la comunidad atendida en los servicios de EIH Educación Inicial en el Hogar.

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

La representante del control y veeduría se compromete a dar seguimiento en los componentes de salud nutrición, pedagogía y psicosocial, ya que estos resaltan calidad en la atención en la primera infancia en servicios de Educación Inicial.

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: YADIRA MOJICA – VALENTINA TRILLERAS.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3006773596

¡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.

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

ACTA DE REUNIÓN N° 01		
FECHA: DÍA 11 MES ABRIL AÑO: 2025 HORARIO: 2:00PM		
<p>TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Verificación y control en condiciones de calidad de los alimentos servidos y RPP entregados durante el mes de atención apoyados en los formatos de verificación y reporte sobre el control social.</p> <p>UDS: CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 3</p> <p>Se da inicio en el proceso de verificación, con las representantes encargadas en el ejercicio de hacer control y veeduría, siendo las 2:00pm en el punto de entrega de alimentos, siendo caseta comunal 11 de noviembre, zona oriente, con la asistencia de las familias y sus participantes. Evidenciando las siguientes consideraciones durante el proceso de verificación:</p> <p>1. Se verifica Fecha de vencimiento - lote 2. Cantidades establecidas de acuerdo a la tabla de referencia - kinder 3. Manipulación y almacenamiento de los alimentos RPP.</p> <p>Observaciones:</p> <p>Las repre entantes de control y veeduría permanecen durante el tiempo de entrega de complementos (RPP) realizando veeduría en el componente de salud y nutrición.</p>		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Que en el repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo interdisciplinario	Cada mes correspondiente a verificación. (abril)
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Integrantes comité control social	Cada mes correspondiente a verificación. (abril)
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Yadira Isabel Rojas L.	REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA	
Valentina Arreola	REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA.	

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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 6 de 4

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



¡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.

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

VERIFICACIÓN N°: <u>01</u>			
Fecha:	DIA 11	MES ABRIL	AÑO 2025
Regional/Departamento: Huila		Municipio: Neiva	
Centro zonal: Neiva		Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR		Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 41-00240-2025	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____ EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR _____		Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: _____ LEIDY VANESSA CARDOZO _____	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: _____ DEJANDO HUELLAS 6 _____		Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): _____ 3112014238 _____	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>AUDITORIO ALBERTO GALINDO ZONA NORTE</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: DEJANDO HUELLAS 6 GRUPOS: 1-2-3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Potenciar el carácter integral del servicio y la atención. Apoyar el mejoramiento continuo de la calidad en la atención que reciben las niñas y los niños. Ejercer el derecho y el deber de participar en la gestión de lo público.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y control en condiciones de calidad de los alimentos servidos y RPP entregados durante el mes de atención apoyados en los formatos de verificación y reporte sobre el control social.
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita. 	

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

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

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

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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 3 de 4

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

- Se verifica fecha de vencimiento y lote de los alimentos de alto valor nutricional y RPP-
- Cantidades establecidas de acuerdo a la tabla de referencia.
- Manipulación, inocuidad durante la entrega de RPP.
- No se presenta novedades en los alimentos (REFIRGERIOS) durante este mes de ABRIL. La representante refiere que las cantidades y las variedades en los refrigerios, generan gusto y comodidad.

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

Continuar con el proceso de verificación y control, en los servicios de primera infancia, la madre usuaria se compromete a continuar verificando los componentes de calidad.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: _LEIDY YOHANA CASTRO _
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _N/A_
- Número Celular y/o fijo: _3112014238_

¡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.

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

ACTA DE REUNIÓN N° 01		
FECHA: DÍA <u>11</u> MES <u>ABRIL</u> AÑO: 2025 HORARIO: 8:00AM		
<p>TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Verificación y control en condiciones de calidad de los alimentos servidos y RPP entregados durante el mes de atención apoyados en los formatos de verificación y reporte sobre el control social.</p> <p>UDS: <u>DEJANDO HUELLAS 6.</u></p> <p>Se da inicio en el proceso de verificación, con las representantes encargadas en el ejercicio de hacer control y veeduría, siendo las 8y30am en el punto de entrega de alimentos, siendo Auditorio Alberto Galindo, con la asistencia de las familias y sus participantes. Evidenciando las siguientes consideraciones durante el proceso de verificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se verifico fecha de vencimiento 2. cantidades establecidos de acuerdo a la tabla de referencia 3. <p>Observaciones:</p> <p>- la representante de control y veeduría refiere que no presenta novedad en la entrega y manipulación de RPP y Perimene. durante el tiempo de entrega de. Complemento Vendedor Veeduría en el componente Salud y Nutrición.</p>		
COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Que en el reposo el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo interdisciplinario	Cada mes correspondiente a verificación. (abril)
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Integrantes comité control social	Cada mes correspondiente a verificación. (abril)
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).	
Deidy yohana Castro A	REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA	
Ribeiro claudio	APOYO PSICOSOCIAL EIH	

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



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 6 de 4

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



¡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.