ACTA ENTREGA DE RPP O RACIÓN VACACIONAL

EAS: ASOCIACION PORFIA 3	**UDS: PAYASITOS**
Código UDS: 5000100028042	**Fecha: 09/04/2025**
Tema: Evidencias entrega de RPP	
Objetivo:	Realizar la recepción de RPP en la uds y hacer la entrega a los beneficiarios.

Agenda:

1. Alistamiento:

-Recepción de RPP

2. Socialización de Minuta de RPP

-Exposición del contenido a madres gestantes padres y cuidadores.

-Empaque, productos que contiene el paquete

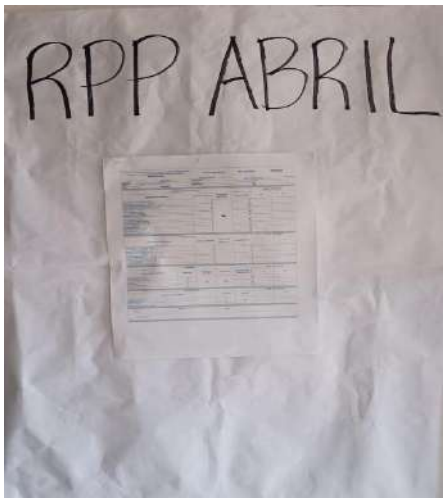
3. Entrega a Usuarios.

Desarrollo:

1. **Alistamiento:**

El día 7 - a las 2:30 PM se realizó la recepción de RPP Ración mensual en la UDS por parte del proveedor. Se realiza verificación de lo recibido, publicación de la minuta y se organiza el espacio para la entrega.

(2 fotos donde se vean los 15 rpp y la cartelera con la minuta de los 2 grupos etareos)





2. Socialización de Minuta de RPP mensual.

El día 9 se Realiza la socialización de la minuta a las madres gestantes, padres y cuidadores que se va a entregar en el mes de abril, Se les presentó los alimentos y las marcas a entregar la cual se referencia a continuación:





(dos fotos socializando la minuta a los padres y cuidadores)





(dos fotos de los productos que contiene la rpp

3. **Entrega a Usuarios:** se realiza el día 09 de abril de 2025

	
Nombre: IAN SANTIAGO CUMACO BARRERA	Nombre: VALERY SOFIA SORZA AYA
	
Nombre: JOSUE VICENTE APONTE HERNANDEZ	Nombre: MIA ISABELLA BOHORQUEZ VARGAS

	
Nombre: MAHELET VARGAS GODOY	Nombre: LIAN ANDRES ROMERO DIAZ
	
Nombre: NAILA BETSABEL PEREZ RODRIGUEZ	Nombre: VIVIAN CENID GONZALEZ DURAN

	
Nombre: JOSEPH KAEL OROPEZA	Nombre: JENNIFER VANNESSA LONDOÑO R.
	
Nombre: ERIKA VALENTINA DUEÑAS RODRIGUEZ	Nombre: LUISA FERNANDA BONILLA MARIÑO



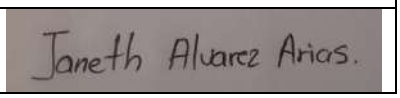
ALAN DAVID TORREALBA OJEDA



MARIA JAZMIN LEON VARELA



MARIA FERNANDA CESPEDES PERDOMO

Compromisos / tareas	**Responsables**	**Fechas**
Entregar a las gestantes y lactantes el rpp del mes correspondiente	Madres Comunitarias	Permanente
FIRMA RESPONSABLES DE LA REUNIÓN		
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Firma**
JANETH ALVAREZ ARIAS	MADRE FAMI	

ACTA ENTREGA DE RPP O RACIÓN VACACIONAL

EAS: ASOCIACION PORFIA TRES	**UDS: RENACER**
Código UDS: 5000100023880	**Fecha: 8-04-2025**
Tema: Evidencias entrega de RPP	
Objetivo:	Realizar la recepción de RPP en la uds y hacer la entrega a los beneficiarios. DEL COMPLEMENTO

Agenda:

1. Alistamiento:

-Recepción de RPP

2. Socialización de Minuta de RPP

-Exposición del contenido a madres gestantes padres y cuidadores.

-Empaque, productos que contiene el paquete

3. Entrega a Usuarios.

Desarrollo:

1. **Alistamiento:**

El día _____7-04-2025 ___a las ___11:33 am _____se realizó la recepción de RPP Ración mensual en la UDS por parte del proveedor. Se realiza verificación de lo recibido, publicación de la minuta y se organiza el espacio para la entrega.

(2 fotos donde se vean los 15 rpp y la cartelera con la minuta de los 2 grupos etareos)

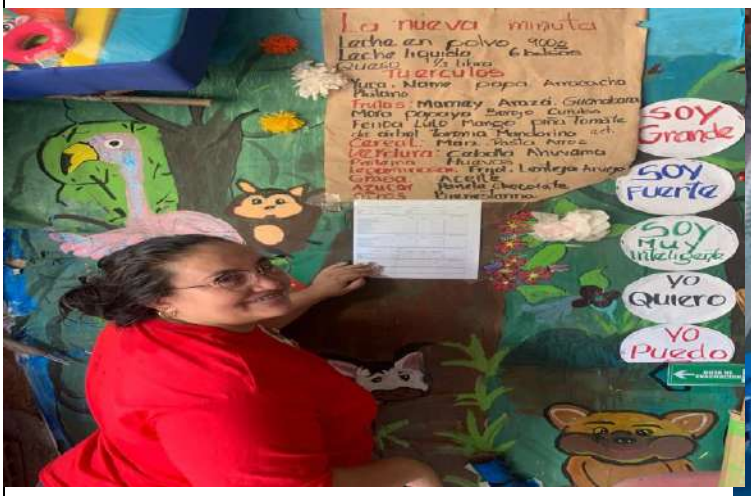


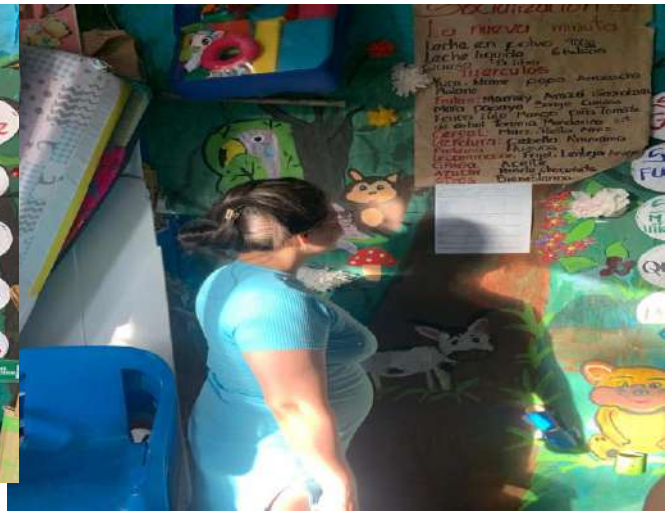


2. Socialización de Minuta de RPP mensual.

El día _12-03-2025___se Realiza la socialización de la minuta a las madres gestantes, padres y cuidadores que se va a entregar en el mes de marzo, Se les presentó los alimentos y las marcas a entregar la cual se referencia a continuación:

(dos fotos socializando la minuta a los padres y cuidadores)





(dos fotos de los productos que contiene la rpp)

3. Entrega a Usuarios: se realiza el día _8-04-2025_____

Se realiza entrega a los 15 usuarios de la UDS RENACER





4.

	
Nombre: THALIA NICOLLE MORERA LOPEZ	Nombre:ERICK CALET FIGUEROA RODRIGUE

	
Nombre: ANGIE GUTIERREZ BELTRAN	Nombre: WISMAILYN ISABEL RAMIREZ RODRIGUEZ

	
Nombre:ELIAN GAEL BOTERO THIERRY	YEHIMY PAOLA CUESTASOLANO



ROSA PAOLA MINA NAVAS



LORENS SOFIA NOVOA ESTRADA

	
Nombre: KAREN LISETH QUINTERO FRANCO	Nombre: ZORELHY JOHANNA MOGOLLON VALENZUELA

	
Nombre: HEITHAN ANDRES PEREZ AMAYA	Nombre:JAHAZIEL CANTILLO RESTREPO

	
Nombre:MIA ISABELLA QUERALES CARDENAS	Nombre: BRITNY LUCIANA FERNANDEZ



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Asistir a los encuentros de los programas	María nohora riveros Gomez	12-03-2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
MARIA Nohoras Riveros Gomez	M.C.M	MARIA Nohora Riveros Gomez

Fechas

Asistir a los encuentros de los programas	Mariano horarios Gomez	12-03-20
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**

MARIA Nohoras Riveros Gomez	M. C. M	MARIA Riveros Gomez
MARIA NOHORA RIVEROS GOMEZ	MADREFAMI	MARIA NO RIVEROS

Compromisos / tareas	**Responsables**	**Fechas**
Entregar Con todos los protocolos según el Manual de buenas practicas de manofactura	Madres Comunitarias	Permanente
FIRMA RESPONSABLES DE LA REUNIÓN		
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Firma**
MARIA NOHORA RIVEROS GOMEZ	MADRE FAMI	MARIA NOHORA RIVEROS GOMEZ

ACTA ENTREGA DE RPP O RACIÓN VACACIONAL

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3	**UDS: SEMILLITAS**
Código UDS: 5000100000478	**Fecha: 8/04/2025**
Tema: Evidencias entrega de RPP	
Objetivo:	Realizar la recepción de RPP en la UDS y hacer la entrega a los beneficiarios.

Agenda:

1. Alistamiento:

   -Recepción de RPP

2. Socialización de Minuta de RPP

   -Exposición del contenido a madres gestantes padres y cuidadores.

   -Empaque, productos que contiene el paquete

3. Entrega a Usuarios.

Desarrollo:

1. **Alistamiento:**

El día __08/4/2025_ a las __3.00 PM 5 00 PM_____ se realizó la recepción de RPP Ración mensual en la UDS por parte del proveedor. Se realiza verificación de lo recibido, publicación de la minuta y se organiza el espacio para la entrega.

(2 fotos donde se vean los 15 rpp y la cartelera con la minuta de los 2 grupos etareos)





2. Socialización de Minuta de RPP mensual.

El día __8_/4/2025_se Realiza la socialización de la minuta a las madres gestantes, padres y cuidadores que se va a entregar en el mes de ABRIL, Se les presentó los alimentos y las marcas a entregar la cual se referencia a continuación:



(dos fotos socializando la minuta a los padres y cuidadores)





(dos fotos de los productos que contiene la rpp)





3. Entrega a Usuarios: se realiza el día _8/4/2025_____ Se realiza entrega a los 15 usuarios de la UDS



	
Nombre: SAMUEL DAVID PARRA DIAZ	Nombre: LINDANLLY YUMARA SEGURA SABOGAL
	
Nombre: SHARIK TATIANA URREA GOMEZ	Nombre: LIAM EMMANUEL YAGUARA RORIGUEZ



Nombre: GAEL JERONIMO SANDOVAL RAMIREZ



Nombre: SARA CELESTE RIVERA TIMOTE



Nombre: GINNA PAOLA SARMIENTO CUERVO



Nombre: SARAH ISABELLA FRANCO GUTIERREZ

	
Nombre: ALAIA ISABELLA CORTES GAITAN	Nombre: BRIIAN MATEO SANTANA ZAPATA
	
Nombre: CAROLINA CORTES GAITAN	Nombre: KELLY JOHANA PADILLA ROMERO



NOMBRE…ERICK MATEO LEMUS LOPEZ



NOMBRE. LIAM CAMILO GARZON PINEDA

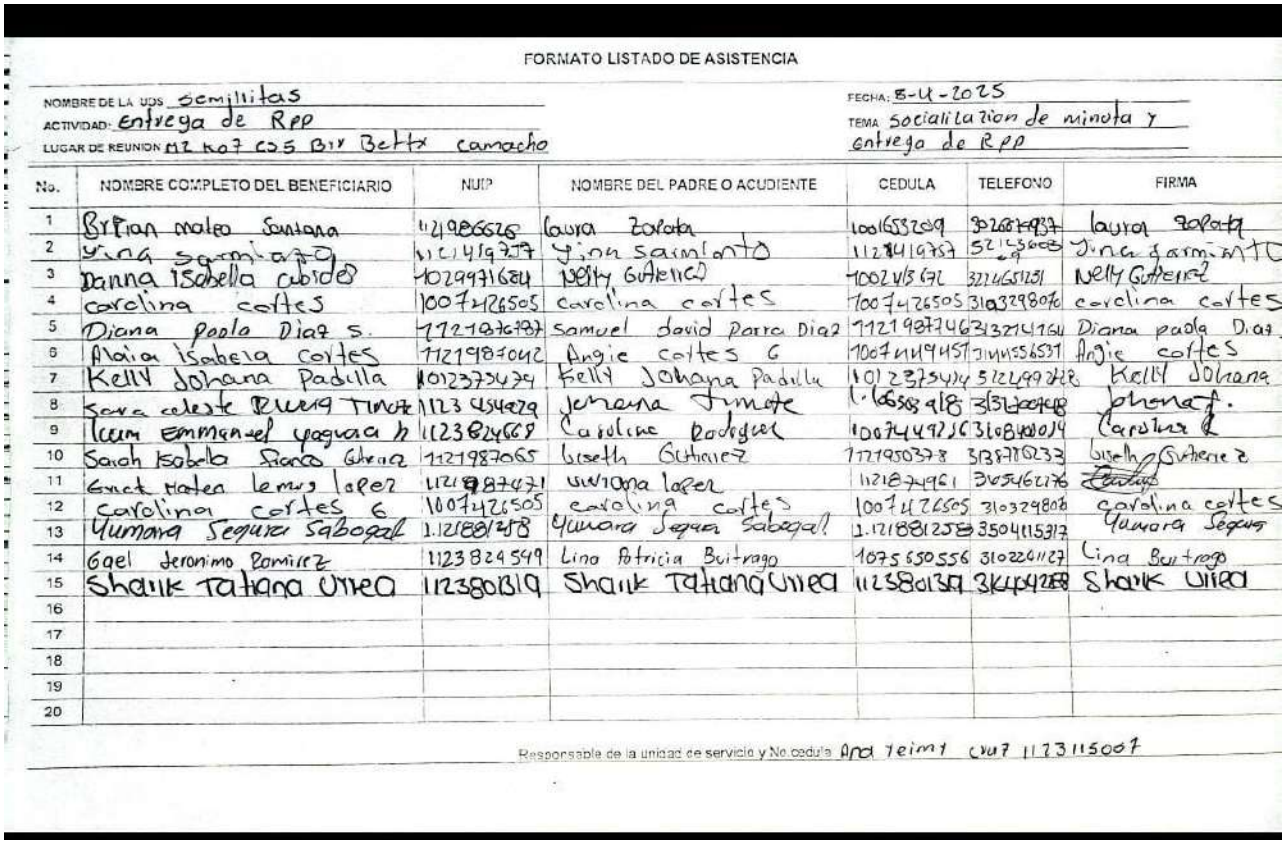


NOMBRE. DANNA ISABELLA CUBIDES GUTIERREZ

Nombre:

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

Entregar Con todos los protocolos según el Manual de buenas practicas de manofactura	Madres Comunitarias	Permanente 08/04/2025
FIRMA RESPONSABLES DE LA REUNIÓN		
Nombre ANA YEIMY CRUZ	**Cargo / Dependencia**	**Firma ANA YEIMY CRUZ**
	MADRE FAMI	



FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: Semillitas — FECHA: 8-4-2025

ACTIVIDAD: entrega de Rpp — TEMA: socializacion de minuta y entrega de Rpp

LUGAR DE REUNION: Mz 42 c 05 B/r Betta camacho

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	Brian mateo Santana	1124986526	laura Zapata	1001653269	3208149837	laura Zapata
2	Yina Sarmiento	1121419757	Yina Sarmiento	1121419757	5214 5003	Yina Sarmiento
3	Danna Isabella cubido	1029971624	Nelly Gutierrez	1002 [illegible] 671	3214651131	Nelly Gutierrez
4	carolina cortes	1007426505	carolina cortes	1007426505	3103298076	carolina cortes
5	Diana paola Diaz s.	1121987463	samuel david parra Diaz	1121987463	3214716	Diana paola Diaz
6	Alaia Isabela cortes	1121987042	Angie cortes G	1007 [illegible]	[illegible]	Angie cortes
7	Kelly Johana Padilla	1012375424	Kelly Johana Padilla	1012375424	5124997428	Kelly Johana
8	Sara celeste Rivera Tinoco	1123454829	Jenaina Tinoco	1.065584 [illegible]	3[illegible]	Johana T.
9	Isaac Emmanuel yagrara h	1123824668	Caroline Rodriguez	1007449216	3108 [illegible]	Caroline R
10	Sarah Isabela Sierra Chaux	1121987065	Liseth Gutierrez	1121950378	3138710233	Liseth Gutierrez
11	Enoc Matea lemus lopez	1121987471	Luriana lopez	1121874961	3054627 [illegible]	[illegible]
12	carolina cortes G	1007426505	carolina cortes	1007426505	3103298076	carolina cortes
13	Yumara Segura Sabogal	1.121881258	Yumara Segura Sabogal	1.121881258	3504115317	Yumara Segura
14	Gael Jeronimo Ramirez	1123824549	Lina Patricia Beltrago	1075650556	3102241127	Lina Beltrago
15	Shanik Tatiana Urrea	1123801819	Shanik Tatiana Urrea	1123801819	3144142288	Shanik Urrea
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No cedula: Ana Yeimy cruz 1123115007

ACTA ENTREGA DE RPP	
EAS: HCB DE PORFIA 3	**UDS: SUEÑOS INFANTILES**
Código UDS:	**Fecha: 09/04/2025**
Tema: Evidencias entrega de RPP	
Objetivo:	Realizar la recepción de RPP en la Uds. y hacer la entrega a los beneficiarios.

Agenda:

1. Alistamiento:

-Recepción de RPP

2. Socialización de Minuta de RPP

-Exposición del contenido a madres gestantes padres y cuidadores.

-Empaque, productos que contiene el paquete

3. Entrega a Usuarios.

Desarrollo:

1. **Alistamiento:**

El día __09_ABRIL_____ a las __2:00PM _____ se realizó la recepción de RPP Ración mensual en la UDS por parte del proveedor. Se realiza verificación de lo recibido, publicación de la minuta y se organiza el espacio para la entrega.

(2 fotos donde se vean los 15 rpp y la cartelera con la minuta de los 1 grupos atareo)

2. **Socialización de Minuta de RPP mensual.**

El día ____09 de ABRIL__se Realiza la socialización de la minuta a las madres gestantes, padres y cuidadores que se va a entregar en el mes de diciembre Se les presentó los alimentos y las marcas a entregar la cual se referencia a continuación:


ENTREGA DE
COMPLEMENTO


BOTIQUIN
PRIMEROS
AUXILIOS

	
Nombre: LUISA ALEJANDRA MARTINEZ GUZMAN	Nombre: BRIANN AYALA CRUZ
	
Nombre: KAREN DAYANA VIAL	Nombre: DISNEY BARRERA

	
Nombre ALANNA GOMEZ HERRERA	Nombre: BRITHNEY YINETH CRUZ
	
Nombre ADRIAN STEVEF ARIZA	Nombre: JEIDY VANESSA ROMAN

	
Nombre: IAN SAMUEL VALERA MONTOYA	Nombre: YEIRA ZURELLY VALERA
	
Nombre: LIANNA VANESSA CELIS CASTRO	Nombre: JUANA VALENTINA HURTADO



NOMBRE: JENIFER VANESSA VERA BUSTOS

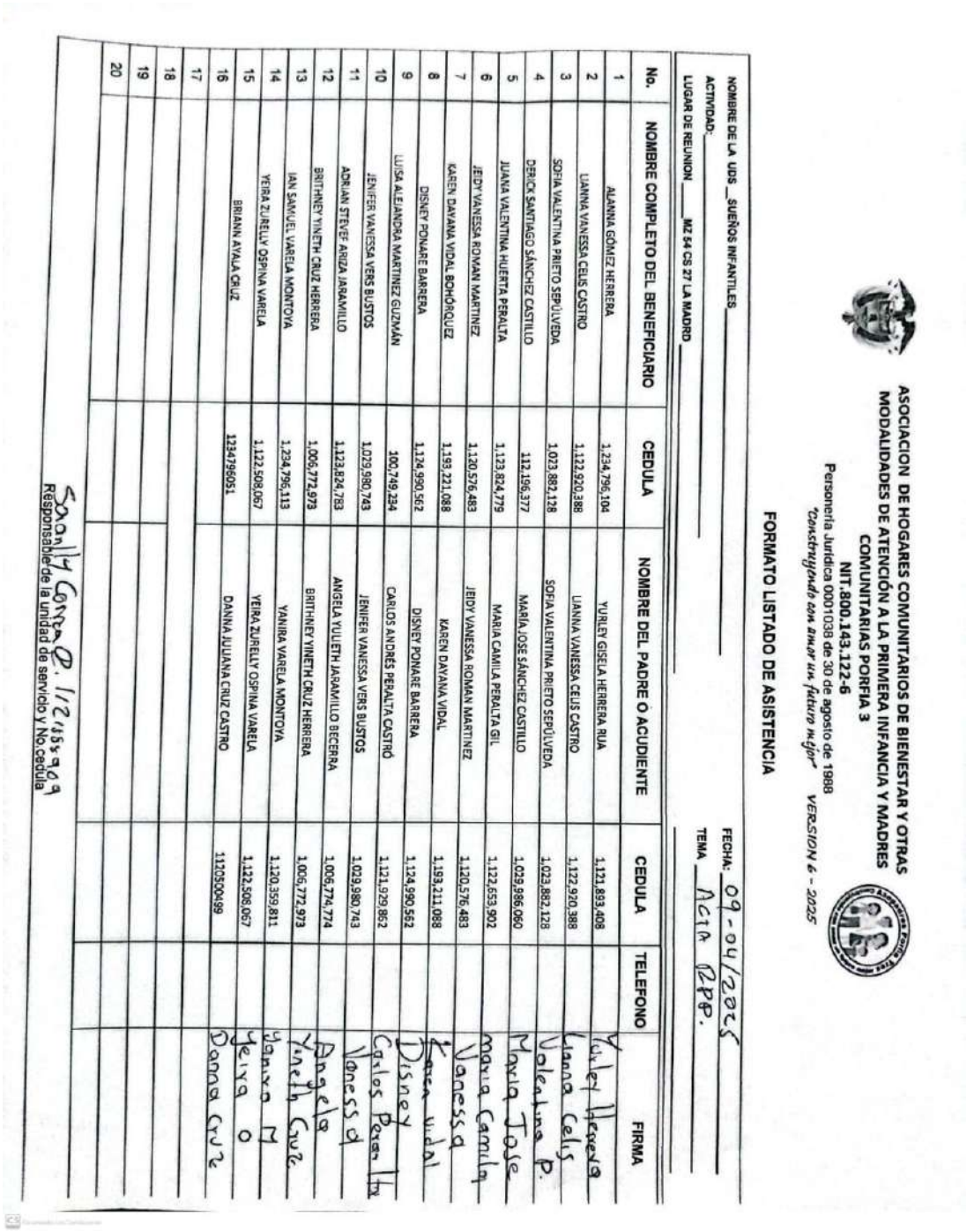


Nombre: DERICK SANTIAGO SANCHEZ



NOM BRE SOFIA VALENTINA PRIETO SEPULVEDA

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Entregar Con todos los protocolos según el Manual de buenas prácticas de manufactura	Madres Comunitarias	Permanente
FIRMA RESPONSABLES DE LA REUNIÓN		
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Firma**
SORANLLY CORREA	MADRE FAMI	SORANLLY CORREA



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.122-6
Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988
"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 - 2025

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS _SUEÑOS INFANTILES_____ FECHA: 09-04/2025
ACTIVIDAD:_____ TEMA Acta RPP.
LUGAR DE REUNION ____MZ 54 CS 27 LA MADRO_____

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	CEDULA	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ALANNA GOMEZ HERRERA	1.234.796.104	YURLEY GISELA HERRERA RUA	1.121.893.408		Yurley Herrera
2	LIANNA VANESSA CELIS CASTRO	1.122.920.388	LIANNA VANESSA CELIS CASTRO	1.122.920.388		Lianna Celis
3	SOFIA VALENTINA PRIETO SEPÚLVEDA	1.023.882.128	SOFIA VALENTINA PRIETO SEPÚLVEDA	1.023.882.128		Valentina P.
4	DERICK SANTIAGO SÁNCHEZ CASTILLO	112.196.377	MARÍA JOSE SÁNCHEZ CASTILLO	1.039.986.080		Maria Jose
5	JUANA VALENTINA HUERTA PERALTA	1.123.824.779	MARIA CAMILA PERALTA GIL	1.122.653.902		Maria Camila
6	JEIDY VANESSA ROMAN MARTINEZ	1.120.576.483	JEIDY VANESSA ROMAN MARTINEZ	1.120.576.483		Vanessa
7	KAREN DAYANA VIDAL BOHÓRQUEZ	1.193.221.088	KAREN DAYANA VIDAL	1.193.211.088		Karen Vidal
8	DISNEY PONARE BARRERA	1.124.990.562	DISNEY PONARE BARRERA	1.124.990.562		Disney
9	LUISA ALEJANDRA MARTINEZ GUZMÁN	100.749.284	CARLOS ANDRES PERALTA CASTRO	1.121.929.862		Carlos Peralta
10	JENIFER VANESSA VERS BUSTOS	1.029.980.743	JENIFER VANESSA VERS BUSTOS	1.029.980.743		Vanessa d
11	ADRIAN STEVEN ARIZA JARAMILLO	1.123.824.783	ANGELA YULIETH JARAMILLO BECERRA	1.006.774.774		Angela
12	BRITHNEY YINETH CRUZ HERRERA	1.006.772.973	BRITHNEY YINETH CRUZ HERRERA	1.006.772.973		Yineth Cruz
13	IAN SAMUEL VARELA MONTOYA	1.234.796.113	YANIRA VARELA MONTOYA	1.120.359.811		Yanira M
14	YEIRA ZURELLY OSPINA VARELA	1.122.508.067	YEIRA ZURELLY OSPINA VARELA	1.122.508.067		Yeira O
15	BRIANN AYALA CRUZ	1234796051	DANNA JULIANA CRUZ CASTRO	1120500499		Danna Cruz
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No. cedula

ACTA ENTREGA DE RPP O RACIÓN VACACIONAL

EAS: ASOCIACION HCB PORFIA 3	**UDS: TRAVESURAS**
Código UDS: 5000100024789	**Fecha: 9 DE ABRIL DE 2025**
Tema: Evidencias entrega de RPP	
Objetivo:	Realizar la recepción de RPP en la uds y hacer la entrega a los beneficiarios.

Agenda:

1. Alistamiento:

-Recepción de RPP

2. Socialización de Minuta de RPP

-Exposición del contenido a madres gestantes padres y cuidadores.

-Empaque, productos que contiene el paquete

3. Entrega a Usuarios.

Desarrollo:

1. **Alistamiento:**

El día 9 DE ABRIL DE 2025 a las 2:00 PM se realizó la recepción de RPP Ración mensual en la UDS por parte del proveedor. Se realiza verificación de lo recibido, publicación de la minuta y se organiza el espacio para la entrega.





2. Socialización de Minuta de RPP mensual.

El día 9 DE A ABRIL de 2025 se Realiza la socialización de la minuta a las madres gestantes, padres y cuidadores que se va a entregar en el mes de abril , Se les presentó los alimentos y las marcas a entregar la cual se referencia a continuación:

SOCIALIZACION MINUTA




PRODUCTOS RPP





3. **Entrega a Usuarios:** se realiza el día 9 DE ABRIL de 2025
4. Se realiza entrega a los 15 usuarios de la UDS : TRAVESURAS

	
Nombre: THIAGO ESTRADA QUIROGA	Nombre: LIAM SANTIGO AMAYA HERNANDEZ
	
Nombre: ZOE VALENTINA SANCHEZ MEJIA	Nombre: MIA ISABELLA SANCHEZ MEJIA

	
Nombre: LEIDY BELTRAN MONTENEGRO	Nombre: JUAN ANDRES MURCIA VALENCIA
	
Nombre: ANGIE LORENA QUEVEDO LUCUARA	Nombre: LEIDY NATHALIA ALEJO VARGAS

	
Nombre: AILAN THOMAS VILLEGAS HUERTAS	Nombre: MONICA JULIETH MOLANO VANEGAS
	
Nombre: YINDRID ANGELICA LEON LEON	Nombre: KAREN YISEL ROJAS CORTES





Nombre: ADELAIDA MORENO PEREZ	Nombre: ANYELA CATALINA SANABRIA LOPEZ



Nombre : DALANY GUZMAN CASTAÑO

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Entregar Con todos los protocolos según el Manual de buenas practicas de manofactura	Madres Comunitarias	Permanente

FIRMA RESPONSABLES DE LA REUNIÓN

Nombre	Cargo / Dependencia	Firma
LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO	MADRE FAMI	

VERIFICACIÓN N°: ____			
Fecha:	8	04	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** AS. Porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000 653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ALEJANDRO **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** ____	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Rocio Alvarez **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 314 268 33 B		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	COMITE DE CONTROL SOCIAL: ALEJANDRO
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	vigilar el optimo encuentro de los paquetes nutricionales
Propósito o finalidad de la visita:	revisar que todo este completo. y sus fechas de vencimiento tengan largo plazo

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

los libros que estan en la uos no son apropiados para los bbs

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Casandra Rondon

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: cassandrarondon18@Gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3204658544





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.

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3

Fecha: ABRIL 08/2025	08 | 04 | 25
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:**
Centro zonal: UNO VILLAVICENCIO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION HOGAR PORFIA 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Mayu Alejandra Sanchez
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: AMOR Y ESPERANZA	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3105641725
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: TR 57 SUR 22-29 playa RICA	

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 5

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Veeduria AMOR Y ESPERANZA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Observar y verificar que todo este acorde y se cumpla un buen servicio.
Propósito o finalidad de la visita:	Que toda la atención sea de calidad y la minuta acorde con lo que se entrega

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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?			no aplica
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓		

Powered by CamScanner

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	✓		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	✓		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		✓	1
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?	✓		

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se encentra en lo observado de la minuta a entregar esta acorde con lo hablado y expuesto.

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

se realiza invitacion a los usuarios para que continuen Participando del programa, cumplan con los compromisos y hagan uso del buzon.

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: Mara Aya

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: bonitamateus@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3132199276

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____				
Fecha: 10 Abril 2025	DIA	10	MES Abril	2025
Regional/Departamento: Meta	Municipio: La Macarena			
Centro zonal: Centro Zonal	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Porfia 3			
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HCB Bienestar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024			
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB Bienestar Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Aventura enpañales Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Kr 18 #8-93	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Liz Stella Ballen Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3154234046			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____				

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Gisbeth Yurani Cardenas.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que la refrigeria y complementos esten buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar control social

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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:

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Lesbeth cardenas

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Lizeth.yuoni25@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3232886618

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	DÍA 08	MES 04	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: VILLAVICENCIO UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION DE HCB PORFIA TRES		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMI BIENVENIR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB FAMI BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Betty Velásquez Morales		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: cll 17sur #10-27 Villamelida **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3114636978		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	comite de vigilancia y control de la UDS CARITA FELIZ
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar y comprobar que todos los RPP esten completos y en buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar la inspeccion y verificacion de la minuta del mes Abril

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se lleva a cabo la revisión a los RPP, donde se pudo observar que los complementos se encuentran completos y en buen estado de acorde a la minuta patrón y con fecha de vencimiento vigente, la unidad de servicio se encuentra muy bien y aseada el agente educativo maneja adecuadamente los implementos de manipulación de alimentos, gorro, tapabocas y guantes

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

Continuar llevando a cabo la entrega de RPP. con las mismas medidas de higiene y aseo de la UDS.

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: Mileidy Jimenez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Mileidy12jimenez@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3213370307

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICA CONTROL SOCIAL





AGENTE EDUCATIVO: LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES

UDS: CARITA FELIZ

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta
Email. asopadresporfiatres@gmail.com

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	8	04	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porta 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 500065320 24		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Medio Tiempo	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Dayana pedroto.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Castillo Feliz	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3223607750		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: M7 24cs 2 Topacio			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 11 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 11			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite de Control Social y vigilancia
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Cumplir Con todos los Compromisos pactados en el manual de Convivencia
Propósito o finalidad de la visita:	velar por las mamitas gestantes y lactantes para asi poder brindarle una muy buena atención.

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.

Powered by CamScanner

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			N/A
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	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)			N/A

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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:

Se observa en la unidad que hace falta mucho material y colchonetas para poder acomodar a los bebes.

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

Organizar y ordenar de la mejor manera para poder brindar nuestra atención a las mamitas y bebes.

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: Laura Daniela Vega Peña
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: dlv869353@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 3147879602

Powered by CamScanner



Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Telefono: 3123641307
Email. asopadresporfiatres@gmail.com

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 4 Enero a 8 Abril 2025	8	Abril MES	2025
Regional/Departamento: Huila	Municipio: Yaguará		
Centro zonal: #1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación M.C.B. Parra S		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Luz Hanna Yatas Roldan		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Creciendo Feliz	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3112863473		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 39a 6c-53 Yaguará			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 5			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Creciendo-Feliz
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Estar al pendiente de todo lo que tiene que ver con el programa fami, su funcionamiento y los Recursos para los usuarios.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que todo lo que se les ofrece en el programa fami a los usuarios, este en buen estado y Excelente calidad.
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No hay observaciones

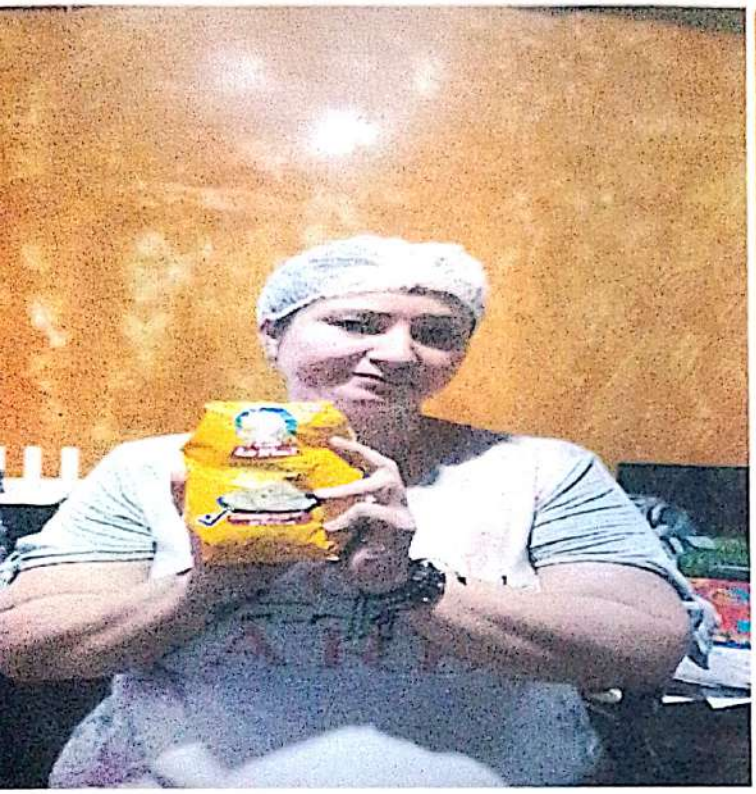
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

No se hacen Recomendaciones todo se encuentra bien con el programa y el Fami Uds.

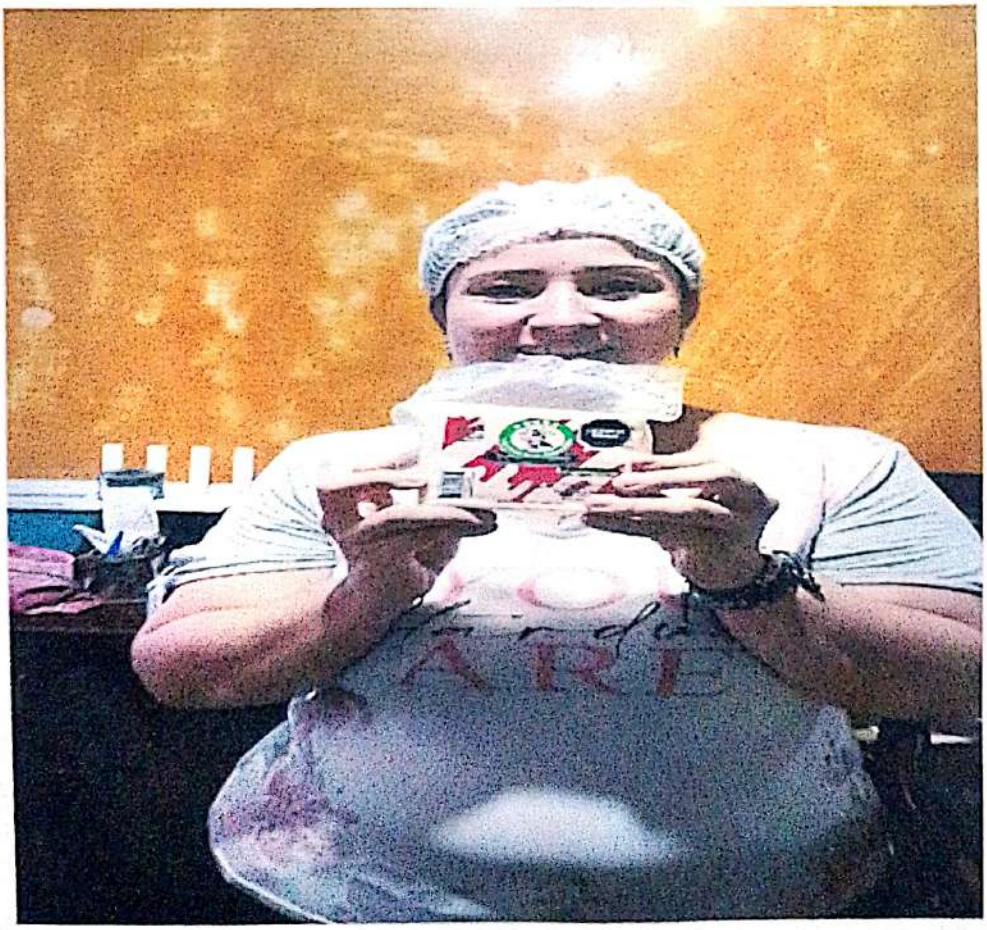
Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yudy Esperanza Rodriguez Valdes.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: yudyra@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 310 607 5370.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA CONTROL SOCIAL ABRIL 2025







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

000

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	09	ABRIL	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION HCB PURFIA 3.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653202-4		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** DEJANDO HUELLAS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CALLE 37 C #41-53 B. SAN JOSE.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ADRIANA CRISTINA TAPIERO M. **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3103242583.		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 1 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 1			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	YENIFER YERALDINE MAGO PEÑA. UDS- DEJANDO HUELLAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	• VERIFICAR CON LOS INTEGRANTES DEL COMITE LOS SERVICIOS PRESTADOS, Y SE REALICEN LOS DIAS QUE SON.
Propósito o finalidad de la visita:	• VERIFICAR QUE TODO SE ESTE HACIENDO EN EL ORDEN Y DE ACUERDO A LA MINUTA.

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.

Powered by CamScanner

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?			NO APLICA
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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

	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).			NO APLICA
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:

- Todo se encuentra en perfecto estado y completo

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

- Que las mamitas asistan muy cumplidamente y puntualidad en los encuentros, para observar el comite control.

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: Yenifer Mapo
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3114400826

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha:	4 | Abril | 2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** villavicencio
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociasion Paifa 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Liliana Cuesta
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Dulces Sueños	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3138395002
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 68 N: 44-26 Paifa	

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite Control Social / Dulces Sueños.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Organizar y verificar que la unidad cle servicio preste la atención adecuada
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar que el paquete nutricional este completo.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se encuentran observaciones

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: Andrea Mendoza
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3213261258

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 08 abril 2025	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** VILLAVICENCIO
Centro zonal: ONO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:**
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nodica Arias
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El Amistoso	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3208908436
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: cl 14A 42-04 este sol antonio	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): ____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** ____	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	El Amistoso
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	organización de carpetas entrega del complemento, verificación de complemento y minuta
Propósito o finalidad de la visita:	cumplimiento de los objetivo acordados

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	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 "maguilladuras", 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?	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

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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	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 e 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		NO APLICA
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NO APLICA
B. Si el servicio 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 otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F-4.023.FP	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/los) demás integrantes del comité o la veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

•contamos con botiquín de primeros auxilios
•contamos con un extintor por si se presenta alguna emergencia
•El hogar cuenta con una escalera q dirige al segundo piso la cual cuenta con una puerta, para que no puedan acceder al segundo piso

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

Por recomendación de las usuarias nos gustaría contar con materiales adecuados para nuestros encuentros como el balon grande más colchonetas

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Angelica Maritza Rodriguez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: [illegible]@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3204969756

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

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

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


LECHE



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	1 Página de 4

VERIFICACIÓN Nº: 3		
Fecha:	DIA 0 MES 04	2025
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio	
Centro zonal: 01	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Porfia 3.	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami Bienestar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Medio Tiempo	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Camila Ramos C	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El Cariñoso	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3114522360	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cl 39 #46-04		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 12 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 12		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Rubi Pascuas. Alexa Gonzalez - Improvisada Madre de dieta
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar y observar que todos los RPP esten en buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar cobertura y entrega

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

La entrega de los complementos esta bien realizada con buena higiene y menu al dia

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

Traer bolsa los usuarios para llevar su RPD.

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: Camila Bonilla
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: paswasrubi@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 313 215 9501

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 8/04/2025	8	Abril	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** El Principito **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3118396764		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 14 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 14			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	El Principito
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar la limpieza y organizacion de cada Rpp. y la disposicion de cada beneficiario y que el th. este con sus elementos correspondientes
Propósito o finalidad de la visita:	Dar cumplimiento y organizacion

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita la madre comunitaria (femi) se encuentra con su dotación completa su gorro, tapabocas, el salon de la uds esta organizado y limpio, los RPP de acuerdo a la cantidad de participantes cada paquete nutricional viene celledo

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

Se observa que los Padres y madres usuarios estan cumpliendo con el horario estipulado ya que en la reunion pasada se aclaro que es importante cumplir con los horarios y mas cuando son entrega de RPP

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduria 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: Tatiana Valencia
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: tatianazoozanoyave@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3219271244

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN N°: ____

Fecha:	**09**	**Abril**	**2025**
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO - VILLAVICENCIO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PORFIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): COMUNITARIA	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** AURA ALICIA MORALES BECERRA		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: EL RINCON DE LA ALEGRIA **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CALLE 25 D N° 23 A 106	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3204993633		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	EL RINCON DE LA ALEGRIA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA FAMI
Propósito o finalidad de la visita:	VERIFICAR LOS PRODUCTOS QUE SE ENTREGAN E LOS PAQUETES DEL RPP

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, segun 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, segun el objetivo del control social
5. Entrega de los resultados de la visita

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

ue se encuentren vinculados al servicio			

LENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no ple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda

¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	X		
¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	X		

OTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la alidad de atención a la que se le realiza control social.**

¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	X		
¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	X		
¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X		
¿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		
¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X		

ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las ñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, segun orresponda

***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad iefinida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.** Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X		
B	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			N/A
B	Si el servicio 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		

Powered by CamScanner

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

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

Se observa buen ambiente todo en orden

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios DIANA MARCELA VARGAS

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del control social o de la veeduría ciudadana: _____

Número Celular y/o fijo: ___3223450927_____

EGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACIÓN RPP



VERIFICACIÓN RPP

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Realizar control social el próximo mes.	Comité de control social Responsable UDS	Mayo 2025

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____	
Fecha: 09 abril	
Regional/Departamento: Meta.	Municipio: Villavicencio
Centro zonal: 1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Portal 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024.
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Sandra P Beltran C.
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Fami Desanjo huellas.	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3153905688
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 20 # 11-42 Camalias.	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Fami Desanjo huellas.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Vigilar Verificar que todo este. Realizado Bien
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar los paquetes. 9, entregar.

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

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No hay ningún riesgo

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

No hay.

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: Nury Cleotilde V.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3203125408.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____		
Fecha:	08 ABRIL	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: (1) uno.	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** PORFIA TRES.	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024.	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Derly Alexandra Herrera C	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: FRESITAS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3214997749.	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: clle 6 # 28/25/27 Comuneros.		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social "FRESITAS"
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar estar pendientes del buen uso del programa, que llegue a quien de verdad lo necesite
Propósito o finalidad de la visita:	Hacer que el programa o la UDS. cumpla su objetivo principal

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita no se identifican situaciones adicionales - Todo normal con grupo bajo de sisben y 1 desplazada

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

Seguir prestando el servicio como se viene realizando hasta el momento.

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: LUISA JIMENEZ.

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: wisa.fer.075@hotmail.com .
- Número Celular y/o fijo: 3017121204.

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.

VERIFICACIÓN Nº: 02

Fecha: 17 de Marzo /2025 (17 / Marzo / 2025)	**Regional/Departamento:** Meta
Municipio: Villavicencio	**Centro zonal:** 1
Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Porfia 3	**Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** HOGARES
Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000165 3 2024	**Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** HCB FAMI
Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Alix Andrea Sánchez García	**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Góticas de Amor
Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3156144398	**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Calle 30 # 26-09

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	HCB FAMI - GÓTICAS DE AMOR
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar la calidad de los productos incluido dentro de los complementos, de igual manera talento humano, dotación y mobiliario, Planeación
Propósito o finalidad de la visita:	Dar cumplimiento a la verificación para garantizar el Bienestar de las familias

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

1) Durante la verificación de los complementos nutricionales, se identifico que se encuentra en buen estado, con fechas de vencimiento al día, todo debidamente rotulado y completo, con lo relacionado en la minuta
De igual manera al talento Humano, dotación y mobiliario, Planeación

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

1) De acuerdo a la visita por el comité de Control Social, no se deja ninguna observación

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: Angela Natali Vargas Ramirez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: angelanatali19@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3104561771

Powered by CamScanner

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	1 Página de 4

VERIFICACIÓN Nº: 3		
Fecha:	9 Abril ES	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024.	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB FAMI	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Dellaneth Morera	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3204521569	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 27 5 A 41 Villa del Sol		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 5		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite de Control Social y Vigilancia UDS HCB FAMILIANITAS CREATIVAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar e inspeccionar los RPP
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar que el paquete Nutricional este acorde a la minuta

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Al momento de Realizar el Control Social no se evidencia ningun Novedad.

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

La Visita de Control Social se continuara realizando mes a mes en los UDS HCB FAMI MANITAS CREATIVAS.

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: Jireth Tatiana Vareta Sota
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Tatiana Vareta2007@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3227780293

Powered by CamScanner

INFORME REGISTRO FOTOGRAFICO DE CONTROL SOCIAL

CONTRATO 50006532024

UNIDAD DE SERVICIO: HCB FAMI MANITAS CREATIVAS	MADRE COMUNITARIA:DELLANETH MORERA
FECHA: 9/04/2025	ACTIVIDAD: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DEL CONTROL SOCIAL





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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	09	Abril	2025
Regional/Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO		
Centro zonal: **UNO - VILLAVICENCIO**	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: **ASOCIACION PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): COMUNITARIA	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: **50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **FAMI**	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: RAYITO DE LUNA Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: **CARRERA 18 A 25 A 90 CALLE 25 D 18 33 DOS MIL**	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3118552999		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Rayito de luna
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Supervisar cumplimiento programa
Propósito o finalidad de la visita:	revisar cumplimiento del programa.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

	directiva(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?			No aplica
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?			

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Sin Novedad

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: LEIDY JOHANA MINA

Powered by CamScanner

- **Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____**

Número Celular y/o fijo: 3204667924

REGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACIÓN RPP



VERIFICACIÓN RPP

Powered by CamScanner

servicios... LEIDY JOHANA MINA

¡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

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Realizar control social el próximo mes.	Comité de control social Responsable UDS	Mayo 2025

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3 .	
Fecha: 08 ABRIL. 2025	
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio
Centro zonal: Uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación HBC portia 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar.	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5006532025.
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Sully Gutierrez.
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3203832492
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Sector 2 M3 11 casa 21	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 15 .	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	la alegria de vivir.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar los complementos.
Propósito o finalidad de la visita:	Que los complementos esten. bien de fecha y organizados.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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 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.**			

Powered by CamScanner

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:

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Carolina Buona
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3133340356.

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 3

Fecha: 8-4-2025	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion de HCB Perla B		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leidy Carpa Heredia		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: la alegria	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3012203326		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra 6 este # 5a 12 V. Aragon			

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 8

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité de vigilancia y control la alegria
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar estado de PPP de Abril
Propósito o finalidad de la visita:	Inspeccionar minuta Abril

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Rpp completo
Buenos fechas de vencimento
y Conservados en buen estado

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

Que todo siga llegando en orden
y buen estado

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: Dora Guevara Jemus
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: doralucia.guevara@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3044451428.

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.

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	08	ABRIL MES	2025.
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO.		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** HCB DE PORFIA 3.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653202 4.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LIZETH VIVIANA SANCHEZ.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LA CASITA DE MICKEY MOUSE	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3041159897.		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CLL 17 SUR # 10-34.			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 3.			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	COMITE DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL HOGAR CON MODALIDAD FAMILIAR LA CASITA DE MICKEY MOUSE.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR Y COMPROBAR QUE TODOS LOS RPP. ESTEN COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO.
Propósito o finalidad de la visita:	REALIZAR LA INSPECCION Y VERIFICACION DE LA MINUTA DEL MES DE ABRIL

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

SE REALIZA LA VISITA Y SE OBSERVA LOS COMPLEMENTOS COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO. EL HOGAR ESTA ASEADO Y ORDENADO

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

CONTINUAR REALIZANDO EL CONTROL SOCIAL DENTRO DE LA UNIDAD DE SERVICIO DE LA MODALIDAD FAMILIAR LA CASITA DE MICKEY MOUSE.

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: Katherin Yessenia Calvo Valencia
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3144183403

Powered by CamScanner



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.

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3

Fecha: 09 Abril 2025	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio.
Centro zonal: Villavicencio - Uno.	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia Tres.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Dary Pabón Leal
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: La Sagrada Familia	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3213860017.
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra 37 Nº 23-19. Barrio San Benito	

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 4

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite Control Social UDS. La Sagrada Familia
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar el cumplimiento de los procesos programados en la UDS y garantizar la participación de los Usuarios.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar fechas de Vencimiento, calidad y marcas de los productos alimenticios entregados a los participantes.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se entrega a los participantes: Madres gestantes y/o lactantes. la RPP mensual, la nuevo minuta estipulado por ICBF, se entregó. 3 complementos con los respectivos formatos de autorización y sus anexos a sus familiares.

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

Seguir asistiendo con puntualidad según el órden establecido por la EAS. y cronograma de actividades mensual.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Kelly Johanna Ondia Guerrero
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Kelijohana_93@outlook.com
- Número Celular y/o fijo: 3176818493

Powered by CamScanner

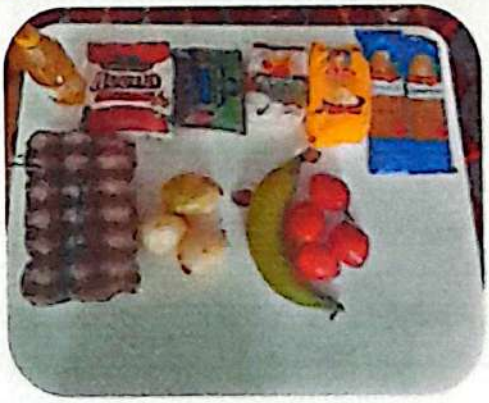
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTROL SOCIAL:









Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Realizar control social el próximo mes.	Comité de control social y Responsable UDS	MAYO / 2025

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha:	DÍA 08	MES ABRIL	AÑO 2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** PORFIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yeisy Marcela Gomez Riaño		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LAS BELLAS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3134126249		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 15 Sur 8A 10 Este MZ-M Casa #2 Valle de aragon			

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 1

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite de control social VDS LAS BELLAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VEVIficar observar que la atencion se este prestando
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar el cumplimiento nutricional este acuerdo a la minuta.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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

Cualquier copia impresa de este documento es...

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

se realiza la revision del RPP se encuentra en buen estado organizado y con Fechas vigentes

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

continuar las visitas inpeccion dentro de la unidad las Bellas mes a mes

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: Francsney Gonzalez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 3118357698.
- Número Celular y/o fijo: 3118357698

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.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

evidencia fotográfica









PIC·COLLAGE

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 03			
Fecha:	DIA 08	MES 04	2025
Regional/Departamento: Huila	**Municipio:** Gallarcado		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Porfia uno		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami medio tiempo	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Adriana Nieto C.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: los chiquitines **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Calle 29 # 185 Sec 355 la Floresta	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3135920309		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	fami los chiquitines
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	como objetivo es verificar que todo este bien y cumpla con los establecido por el Icbf.
Propósito o finalidad de la visita:	llevar control mensual de la verificación de la visita.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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?				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? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?				N/A
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X			
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				

Powered by CamScanner

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Sin Novedades, Pues todo en orden, la Profe expuso temas y nos hizo Participes cumplio con todo lo que se verifico se le felicita

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

Seguir Funcionando asi de bien con la calidad de atención, Presentacion orden y aseo. Somos un grupo Super.

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: Leydy Tatiana Fuentes Parrado
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Tatiana94Fuentes@Gmail.Com
- Número Celular y/o fijo: 3104039105

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____				
Fecha: 8 de abril 2025	DIA	MES	AÑO	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio			
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion. Porfia 3.			
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**			
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar Medio Tiempo	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leidy Johanna Torres A.			
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: los Girasoles.	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3123409048.			
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 39A # 7C - 21. Manantial.				
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 3.				

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	los Girasoles.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Ranirnos con la RPP. de Abril. y las mamitas del control social, para. revisar. que todo cumpla con los requerimientos.
Propósito o finalidad de la visita:	observar q-e todos los protocolos de bioseguridad se cumplan correctamente. para la entrega de la RPP.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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?				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? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	✓			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?				N/A
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓			
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	✓			

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

Powered by CamScanner

	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?			N/A
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 conto con el acompañamiento de la Supervisora. Juliana Gomez, quien junto con control social. hicimos la revision de RPP correspondiente al Abril 2025.

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

- Continuar con el control minucioso y ordenado. para la entrega de RPP, la supervisora. no deja ninguna novedad. de lo contrario en su acta. se. evidencia. que todo estaba acorde para la entrega.

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: Leydi Apolinar.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: lclysitals@hotmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 3112754815.

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.

Powered by CamScanner

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personeria Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 - 2025









Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email. asopadresporfiatres@gmail.com

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	8	ABRIL	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: VILLAVICENCIO UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PORTIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 500065320 24		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** KARLA LISETH PEDROZA VALENCIA		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MÁGICO MUNDO	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 313 370 60 30		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CRA 56 #21 A SUR 22 PLAYA RICA			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	MÁGICO MUNDO
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DEL FAMI MÁGICO MUNDO
Propósito o finalidad de la visita:	VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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?			N/A	
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X			
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X			

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.

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

SIN NOVEDAD

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

TENER EN CUENTA EL CUIDADO DE JUGUETES LIBROS, CUENTOS MUEBLES Y ENSERES. DEL FAMI BIENVENIR MAGICO MUNDO

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: LINDA CESIA KARINA BOCANEGRA GARCIA

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: BOCANEGRALINDA2204@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 322 332 2597

PUBLICO

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 8 - 04 - 2025	8	Abril	2025
Regional/Departamento: Meta.	**Municipio:** Uno.		
Centro zonal: Uno.	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653202 4.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB Fami Bienvenir	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luela Guerrero Fuentes		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Manitos encantados.	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3208469268		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 43A este #13-58			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite de veeduria y control social
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Participar y verificar que se la UDS funsione Perfecto encuentros y entrega de RPP.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que todo este en orden y que esten los 15 beneficiarios.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita el dia Martes La profe se encontraba realizando la actividad de practicas ambientales con 5 beneficiarios

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

Que continuen todos los beneficiarios con el mismo compromiso en las actividades

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: Brayan Camilo Caburte 1121854018

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Spiesteba 26 hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3117866069

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	09	Abril	2025
Regional/Departamento: meta	**Municipio: Villavicencio**		
Centro zonal: uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: asociación porfia 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami bienvenir **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI HUELLITA** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CR 34 N 23-67 SAN BENITO	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133779941		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL MI HUELLITA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que los complementos y el encuentro grupal sea realizado y entregados a todos los beneficiarios con fechas establecidas a largo plazo
Propósito o finalidad de la visita:	Que se cumpla con la entrega y protocolos de seguridad de los alimentos.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

¡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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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

Las veedurias del programa les recuerdan a todo el grupo la actualización de controles prenatales, lactancia y crecimiento y Desarrollo.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Paola Andrea Reyes
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: manejoreyes395@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3138490213

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 3

Fecha: DD 9 Abril MES 2025	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfa 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653202 4
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Margarita García
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mi pequeña lulu	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3144536252
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra 26b #b6a6 Serrano	

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social: Mi pequeña lulu
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar que se preste la Atencion a los usuarios
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el paquete nutricional este como dice la minuta y con buena fecha de vencimiento

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No hay situaciones identificadas durante la visita

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Sharon Johana mondragon garcia
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: sharongarcia@6mail.com
- Número Celular y/o fijo: 3115617750

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

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

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

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____	
Fecha: 09-04-2025	
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** S0006532024
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PORFIA 3
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI - BIENESTAR **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** MI PEQUEÑO MUNDO **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CALLE 26 SUR # 37C-31 GUATAPE II	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** CARMEN JULIA RIVERA CTI **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3143770497
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Laura Marcela Roldan Cortes
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR QUE LOS PAQUETES ALIMENTARIOS ESTEN COMPLETOS Y ACUERDO A LA MINUTA PARA CADA USUARIO.
Propósito o finalidad de la visita:	VERIFICAR QUE LAS EPP DE LA UAS SE ESTEN USANDO ADECUADAMENTE.

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.

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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?	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?				N/A
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X			
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?				N/A
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.**				

Powered by CamScanner

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).			N/A
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	✓		
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	✓		

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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

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: Laura Marcela Roldan Cortes
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3232383036

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	DIA	7 MES 04	AÑO 25
Regional/Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **ASOCIACION DE HCB PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): COMUNITARIA	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** MI PRIMERA INFANCIA **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** MANZANA 34 CASA 1 LA RELIQUIA	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** _LUCELLY CORTES CUENCA_ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3213104499		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): __15____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _15_____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	COMITÉ CONTROL SOCIAL MI ORIMERA INFANCIA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR QUE SE CUMPLAN LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICB F EN LAS UDS
Propósito o finalidad de la visita:	REVISAR EL RPP QUE ESTE DE ACUERDO A LA MINUTA ESTABLECIDA POR EL ICBF

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.

PÚBLICA

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	**NO**	**No se está haciendo control social a este tema o no aplica**
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	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?			
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?			NO APLICA
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			NO APLICA
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
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			NO APLICA

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

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?	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?				
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?	XX			
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 atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?				
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?				
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X			

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.

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			NO APLICA
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: NINGUNA OBSRVACION			
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: SUPERVISAR LA ENTREGA DEB RPP, VERIFICAR FECHAS DE VENCIMIENTO Y QUE LOS PRODUCTOS COINCIDAN CON LA MINUTA EN CARTELERA			

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: DIANA CAROLINA CAICEDO GRUESO

¡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.

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: dczrolingrueso27mail.com
- Número Celular y/o fijo: 3145442649

PÚBLICA

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 FOTOGRAFICO

UDS MI PRIMERA INFANCIA



ACTA DE REUNIÓN N__3___

FECHA: DÍA 7 MES ABRIL AÑO: 2025 HORARIO: A PARTIR DE LAS 12:30 P.M

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: VISITA DEL CONTROL SOCIAL

SIENDO LAS 12:30A.M DEL DIA 7 DE ABRIL SE REALIZA LA VISITA DE CONTROL SOCIAL A LA UDS MI PRIMERA INFANCIA.
SE DA INICIO CON EL SALUDO LUEGO PROCEDEMOS A LA VERIFICACION DEL RPP DONDE SE VERIFICA LAS FECHAS DE VENCIMIENTO,MARCAS Y LO PRINCIPAL QUE EL RPP COINCIDA CON LA MINUTA ESTABLECIDA POR EL ICBF PARA MUJERES GESTANTES Y MADRES LACTANTES.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
VELAR POR EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	MES DE ABRIL
VERIFICAR LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DEL RPP COMO TAMBIEN SU CALIDAD	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	MES DE ABRIL
REVISAR EL REFRIGERIO QUE SE SUMINISTRA EN LA UDS	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	MES DE ABRIL

PÚBLICA

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
DIANA CAROLINA CAICEDO GRUESO	**VEEDORA**
LAURA NATALIA USMA DIAZ	SECRETARIA

PÚBLICO

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

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 8-4-2025	8	4	2025
Regional/Departamento:	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** asociacion Patia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000 6-3 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Hcb fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Doris Santiago Castro		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis Angelitos 1	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3123,0000023		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Manzana casa 23 (altos			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social Mis Angelitos 1
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar el Cumplimiento de agente educativo.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que los Productos solicitados llegaen en buen estado

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			NO APLICA
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?			NO APLICA
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓		

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

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	✓		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	✓		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			No Aplica
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 le realizo la virificacion del paqca te nutricional no se encuentra ninguna novedad todo llega en buen estado

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

Verificar y orientar que las Partici Pantes hagan buen uso de los paquetes nutricional

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

- **Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios:** Doris Sanabria Castro

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: correotterreragmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3208483583



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

VERIFICACIÓN Nº: _3___			
Fecha: ABRIL - 2025	08	ABRIL	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio: VILLAVICENCIO**		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: ASOCIACION PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MIS ANGELITOS** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: _CALLE 39B Nº 20ª 03 JORDAN**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** DIANA RODRIGUEZ BARRERA **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3123733150		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _15_____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _15_____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Observar y verificar de todo este en orden y perfectas
Propósito o finalidad de la visita:	Apoyar la veeduria de control social

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se pudo observar todo en completo orden y con buena ibiene.

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

que las usuarias sean un poquito puntuales a la hora de la llegada a la reunión de control social

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: Yaneth Manrique.

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 313 603 4406

PÚBLICA

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 08/04/2025	DIA 08	MES04	AÑO 2025
Regional/Departamento: META	**Municipio: VILLAVICENCIO**		
Centro zonal:1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMI**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: 15** _____ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CLLE42#16BO2** APT 102 MADRIGAL	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** YINATH MARIETH CORREA ARCE **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133860098		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL Y VIGILANCIA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERICAR QUE TODO SE CUMPLA EN LA UDS
Propósito o finalidad de la visita:	QUE LAS MAMITAS USUARIAS GESTANTES Y LACTANTES TENGAMOS UN SERVICIO ARMONICO
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.	

PÚBLICA

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

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

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.

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

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

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		NO	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?		NO	NO HAY NIÑOS CON DISCAPACIDAD
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI		
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.				
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: ALGUNASW MADRES GESTANTES LES HACE FALTA EL ULTIMO CONTROL PRENATAL				
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: PRESENTAR LA FOTOCOPIA DEL CONTROL PRENATAL ACTUALIZADO				

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: DARCY YULIETH FLORIDO ACOSTA
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana.
- Número Celular y/o fijo: 3214068770
- Darcy Florido

¡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 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: 3		
Fecha:	9 Abril	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** HCB PORFIA 3	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Mis Huellas **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** C1139 N-45-17	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nidia Catalina Puentes Peña **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3182492219	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Mis Huellas
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar y revisar que el RPP se encuentre en buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	Que se haga la entrega a todos los usuarios

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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?			N/A
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)			N/A

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Manifestar a las mamás la importancia de cumplir con todas sus responsabilidades adquiridas para con el Programa.

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

Revisar cada mes el RPP.

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: Daniela Caicedo
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: caicedodaniela879@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3213905922

Powered by CamScanner













Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	08	04 MES	2025.
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación de hcb famis portfolio 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653.2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Hcb Fami **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Mis primeras huellitas **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cl 21A S 13E-51 LA SABANA	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Dayana Gisseth Guzman Moreno **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3203337038.		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 01			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control social y veeduría.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	verificación de servicio, calificar el talento humano, verificar cumplimiento y cobertura.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y Entrega del complemento nutricional

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.

Powered by CamScanner

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)			

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Vigilado Sup

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

La unidad de servicio se encontraba en optimas condiciones para la entrega de RPP

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

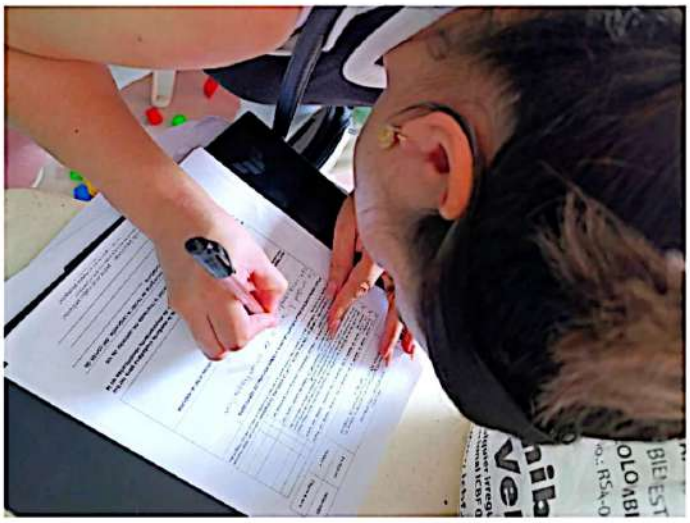
seguir con las visitas mes a mes

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: Alba Lucia Ortiz Ortiz
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: luciar2009@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3007285017

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N.°: ____			
Fecha:	**09**	**ABRIL**	**2025**
Regional/Departamento: META	**Municipio: VILLAVIENCIO**		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **ASOCIACION PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCBFAMI **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** MIS PRIMERAS HUELLITAS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CALLE 3 # 06-69 LA NOHORA	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** YULY YESENIA GODOY MUÑOZ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3245106598		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 4**			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que los complementos y el refrigerio esten en un lugar adecuado y limpio.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que durante la visita se cumplan con todos los servicios prestados a cada uno de los beneficiarios
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

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**

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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	N/A.
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?		X	N/A.
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:
Durante la visita se pudo observar en la entrega de complemento estuvo todo muy limpio, en mesas y con buena iluminación y ventilación bien organizado para la entrega del complemento y cada uno de los beneficiarios verificara que su complemento este completo y que corresponda a la minuta patron.

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:
mantiene siempre el lugar aseado para que al momento de la entrega aunque desde que ingresa uno el lugar hbele medrico todo bien acomodado se recomienda seguir haciendo que da un buen aspecto el lugar de los beneficiarios sesientan a gusto.

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: Luisa maria sagarnoro
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: luisamaria0082@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3007256410

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha: 6	09	Abril	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Meta Villavicencio 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion Porfa 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar - Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yelitza Calderón Zapata.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis Primeros Pasitos	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3132930388		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra 51 #73 103 Apto 1			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 5			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite Control Social Fami Mis Primeros Pasitos
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Verificacion de los Servicios que presta la UDS.
Propósito o finalidad de la visita:	Revision del RPP y de Cobertura, Atencion del TH

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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?			No se ota haciendo Control
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 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.**			

Powered by CamScanner

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			No se esta haciendo Control
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:

Ninguna que afecte la entrega o la atención

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

Ninguna, todo bien Organizado y en buen estado.

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: Alexandra Hernandez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: CVE60331@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3105064693

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 09 Abril	09 | Abril | 2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion Porfia 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HCB Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Edith Marcela Huaitos Duart
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis primeros pasos Uno **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Sector 1 casa 6 Monoria	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3006670272
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 10	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Eliana Torres Ojeda
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar que todo este en orden y como se asigna
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar los puntos y Observar

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	Y		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	Y		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	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?		Y	
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Y		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verifica los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a la usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			

Powered by CamScanner

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:

Se realizo la verificación de todos los productos, de sus pesos, de sus marcas, de sus cantidades y todo en orden

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

Para el proximo mes realizar la misma verificación

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: ELIANA TORRES OJEDA.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: elianatorres@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 321 714 88 81

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	09	Abril	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Bienvenir Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** S0006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Bienvenir fami **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** mis primeros pasos **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cr 12 Nº 9-19 villamelida	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Erika Fernanda Yate Esguerra **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3144390123		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 14			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Mis Primeros Pasos
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	• Verificacion de complemento. • Verificacion de minuta. • Verificacion de documentacion.
Propósito o finalidad de la visita:	comprobacion de la Domumentacion y entrega de complemento.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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?			NO APLICA
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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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:

- los materiales para trabajar manualidades son muy apropiada.
- se reuso que la documentacion estubiere al dia.
- se comunico quien hacia falte por documentos o Actualizar.

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

- que todo estaba en orden, y en adecuado funcionamiento.

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: Luisa fernanda Arenas
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3214830099

Powered by CamScanner

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 - 2025

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS MIS PRIMEROS PASOS

ACTIVIDAD: Control Social

LUGAR DE REUNION CRR 12 Nº 9-19 VILLA MELIDA

FECHA: 9 de Abril 2025

TEMA

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	EMELY ANGELICA ROJAS HERNANDEZ	1.116.875.239	EMELY ANGELICA ROJAS HERNANDEZ	1.116.875.239	3204803061	Emily A. Rojas H
2	MARIA ALEJANDRA SOTO VARON	1.110.587.417	MARIA ALEJANDRA SOTO VARON	1.110.587.417	3246813221	Maria Soto
3	LINA PAOLA HERNANDEZ GONZALES	1.121.874.557	LINA PAOLA HERNANDEZ GONZALES	1.121.874.557	3142432917	LINA HERNANDEZ
4	LUCY ISABEL BLANCO LOPEZ	1.052.078.855	LUCY ISABEL BLANCO LOPEZ	1.052.078.855	3142489516	Lucy Blanco Lopez
5	DIANA MARCELA VELASQUEZ ARIZA	1.121.855.595	DIANA MARCELA VELASQUEZ ARIZA	1.121.855.595	3222064094	diana marcela v.
6	LIZETH TATIANA CUTIVA OVIEDO	1.023.030.906	LIZETH TATIANA CUTIVA OVIEDO	1.023.030.906	3134796423	Lizeth Cutiva
7	ANA MARIA RODRIGUEZ PINEDA	1.121.928.596	ANA MARIA RODRIGUEZ PINEDA	1121928596	3001110377	Ana M. R. P
8	LEIDY PRECIADO HERNANDEZ	1.001.182.521	LEIDY PRECIADO HERNANDEZ	1.001.182.521	3227001073	Leidy P.
9	ADHALUZ ISABEL CASTRO PEREA	1.121.987.919	KATY YULIETH PEREA PALMA	1.004.376.870	3205777902	Katy P. P
10	ANA LUCIA SUAREZ GONZALES	1.123.824.817	LAURA CATALINA GONZALES ALFONZO	1.006.824.247	3133586338	Laura Gonzales
11	DANTE YOEL BELTRAN ZOA	1.244.828.724	YULEIDY MARITZA ZOA VILLADA	1.121.961.727	3208139578	
12	DENNIS ARIADNA PASTRANA SILVA	1.244.828.726	DENNIS MELISSA PASTRANA SILVA	1.006.858.930	3114592400	Melisa Pastrana
13	ELIANA VALENTIT ROZO VILLEGAS	1.121.987.475	LIDIA MAYERLI VILLEGAS ORTIZ	1.006.769.034	3209819070	Lidia Villegas
14	LUIS ALEXANDER RODRIGUEZ MEJIA	1.253.258.390	LUISA FERNANDA MEJIA ARENAS	1.121.923.016	3214830099	Luisa Mejia
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 3

Fecha: . Abril. 2025.	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Upia.
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): H.C.B. FAMI.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000 653.2024.
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): H-C.B FAMILIAR. Medio tiempo	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nelcin Nayo Andrade
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MUNDO DE COLORES	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3210464451.
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: K/6 # 4-48 B19 Q Nuevo	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	MUNDO DE COLORES
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar el PSI. y todo esto en Buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que la Bienestarina tengan un vencimiento bajo

Procedimiento sugerido para la visita:

Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona [illegible] de la unidad donde se prestan los servicios

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

Powered by CamScanner

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?			N/A
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?			N/A

Powered by CamScanner

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

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

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se revisó el PPR y que los marcas concordaran con la planilla del PPR.

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

Un Buen manejo de la Bienestarina

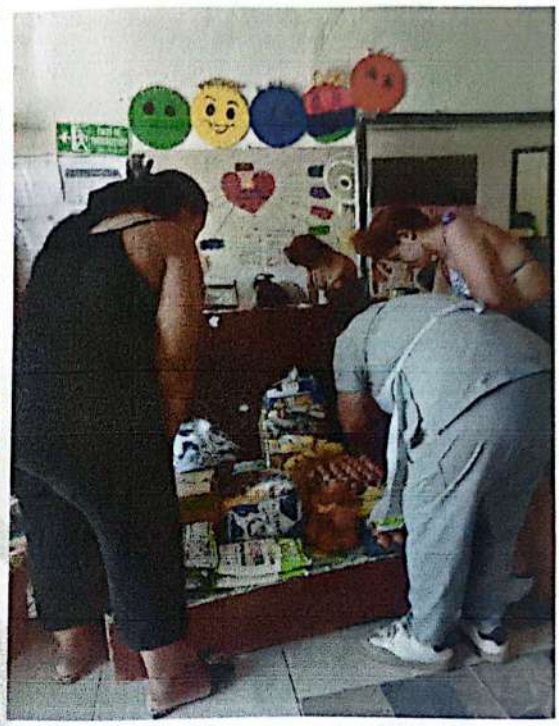
Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

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

Powered by CamScanner

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





Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 09-04-2025	
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACIÓN PORFIA 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMI	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 500065320 24
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** JANETH ALVAREZ ARIAS.
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: PAYASITOS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3165364393
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CLLE 18 # 10-56 LAS CAMELIAS	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL Y VIGILANCIA.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR Y SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO, PARA ASEGURARNOS DE QUE SE ESTEN CUMPLIENDO.
Propósito o finalidad de la visita:	GARANTIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD. DE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL HOGAR COMUNITARIO

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.

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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 atencion, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se evidencio la asistencia de las madres a la entrega del rpp. El complemento estaba completo y en buen estado.
Observe que el hogar, contaro con la señalización, que el extintor cumplera con su fecha. Orden y limpieza.

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

Seguir teniendo en cuenta a las madres gestantes, lactantes y los niños en estos programas que nos aportan aprendizajes. y apoyo a los hogares.

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:

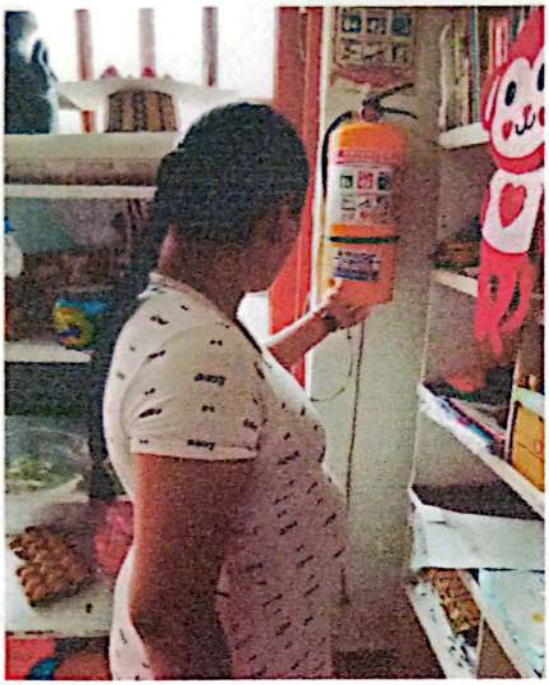
- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Jennifer Londoño.

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

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: jen.020892.0223@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3123302966

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 8-04-2025	8	Abril	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Comunitaria	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami Bienvenir **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Renacer **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Mz 26 cs 22 B. Reliquia	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria Noliora Riveros Gómez **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3138923661		

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

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Angie Gutierrez
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer el control social de los productos q' se entregaran en el complemento
Propósito o finalidad de la visita:	inspeccionar q' los productos esten en buen estado y almacenados adecuadamente

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	/		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	/		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?			No aplica
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?		X	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?	/		
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?			No aplica
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	/		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	/		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	/		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	/		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	/		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			

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).		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?	✓		

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:

Todos los productos se encontraban en buen estado.

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

Que el complemento de los niños ledieran otra bolsa de leche.

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: Angie gutierrez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: angiegutierrez3108o8@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3219862776

Fotos de control social







VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	08 (DÍA)	Abril (MES)	2025 (AÑO)
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: 7	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** asociación Porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): H.C.B. Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): H.C.B. Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ana Yeimy cruz		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Semillitas	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 305 306 6315		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: M7 K07 CS 5 Betty Camacho			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 5			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Kelly Johana Padilla Romero
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	* Verificar la minuta * entresa de minuta * El sitio se encuentre buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	que todo los beneficarios cumplan con los Requisitos para se haga entrega su minuta.

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.

Powered by CamScanner

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?			NO APLICA
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

Powered by CamScanner

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 atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		

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

Powered by CamScanner

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

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

* Verificar que la minuta se entregue en perfecto estado
* que tomas del sitio se encuentre en buena condiciones
* que la verdura llegue en buen estado.

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

Nos hace falta dispensador agua
Para la Unidad de Semilla

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Kelly Johana Padilla Romero

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

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Johanapadilla@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3124992728

PÚBLICA

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____		
Fecha:	09 | 04 | 2025	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Vlcio	
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion Porfia 3.	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653284	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Soranlly Correa R.	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Sueños Infantiles	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133778039	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: MZ 54 CS 27 Madrigal		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** ____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	SUEÑOS INFANTILES
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Brindar un buen Servicio.
Propósito o finalidad de la visita:	cuidar del bienestar de los usuarios.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda.		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	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

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

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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Luisa Alejandra Martinez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3195439286

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

VERIFICACIÓN Nº: _____			
Fecha:	**10**	**ABRIL**	**2025**
Regional/Departamento: META	**Municipio: VILLAVICENCIO**		
Centro zonal: UNO - VILLAVICENCIO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **ASOCIACION PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **COMUNITARIA**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **FAMI** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** TRAVESURAS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 20C# 22 34**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3144821675		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	
Propósito o finalidad de la visita:	

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.

PÚBLICA

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

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

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

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

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.

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?			
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.			
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:			
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:			

PÚBLICO

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: _ADELAIDA MORENO PEREZ_____

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____

Número Celular y/o fijo: ___3143746278_____

REGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACIÓN RPP



VERIFICACIÓN RPP

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Realizar control social el próximo mes.	Comité de control social Responsable UDS	mayo 2025

-

PUBLICA