Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Cartulina o hoja blanca
- Colores, crayones o marcadores
- Espejo de mano
- Frases motivacionales (impresas o escritas)
- Música suave (opcional)
- Silla cómoda o cojín para sentarse

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

Se inicia el encuentro saludando cálidamente a la gestante y su red de apoyo, generando un ambiente de confianza. Se propone una breve respiración consciente para relajar el cuerpo y conectar con el momento presente. Se explica que hoy se hablará sobre las emociones en el embarazo y cómo pueden influir en el bienestar del bebé.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Se invita a la gestante a compartir cómo se ha sentido emocionalmente durante la semana. Se valida cada emoción sin juicio. Se le entrega un espejo a la madre y se le pide que observe su rostro y diga en voz alta una frase positiva como: *"Me acepto con amor y cuido mi bebé con cariño.* Se invita a la madre y a su red de apoyo a dibujar en una cartulina una nube con palabras que representen las emociones vividas en el embarazo.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:

En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Se invita a la madre a dedicar unos minutos cada día para identificar cómo se siente, escribirlo en un cuaderno o compartirlo con alguien de confianza. También puede crear una "caja de bienestar" con objetos que le brinden calma

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Se invita a la familia a incluir en su rutina diaria pequeños gestos de apoyo emocional, como preguntar "¿cómo te sientes hoy?", acompañar en silencio, o simplemente estar presente con disposición. Escuchar sin interrumpir es también una forma de cuidar.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

Durante el encuentro, la madre gestante expresó sentirse escuchada, comprendida y tranquila al poder hablar libremente sobre sus emociones. Mencionó que le gustó poder compartir cómo se ha sentido sin sentirse juzgada, y que la actividad le permitió reconocer que es válido tener días difíciles.

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

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):

ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
29/05/2025	3:00 a 4:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Yuliana Herrera Profesional que hizo el acompañamiento Yuly Godoy
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:

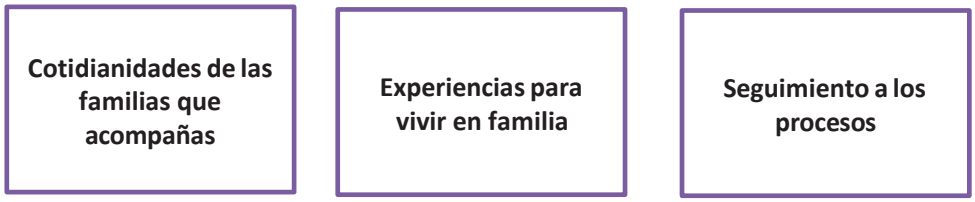
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto:

26 de abril del 2025

Condiciones del parto:

estuvo bien

Situaciones especiales:

ver el nacimiento de mi nueva bebe

Persona que le acompañó a parir:

mi pareja

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto:

me he sentido sola ya que mi hijo estudia y mi pareja trabajo

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI X NO

¿Por parte de quién?

Parte del Fami y mi mama

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Estar en reposo en casa sin salir y tener una buena alimentación

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI X No

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

Yo la mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si X NO

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X NO

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

Estar pendiente de mí y mi bebe en todo momento

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

Ninguna por el momento

¿Cada cuánto las hace?

No realizo aun

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
Sharick kataleya soto ríos

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
O meses

¿Tiene registro civil?
si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
No

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
Si

Talla:
3295gr

Peso:
49 cm

¿Toma leche humana?
si

¿Con qué frecuencia?
A demanda

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?
Dormir

¿Qué es aquello que no le gusta?
Que la despierten

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?
Dormir por tiempos adecuados

¿Cómo se comunica?
Con balbuceo y llora

¿Qué movimientos prefiere?
Que le muevan sus manos

¿Tiene algún objeto favorito?
Aun no

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?
Ninguna por el momento

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 13 de mayo del 2025
No. De encuentro: 01
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

Rutinas relacionadas como el contacto piel con piel, lactancia, mirada y caricias.
fortalecer el apego seguro entre madre/padre/cuidador y bebé, base del desarrollo emocional.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Alimentar el cuerpo y el corazón lactancia humana, el primer alimento de la vida ficha 10

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido?
Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.

- Reconocer la importancia de la lactancia humana como el primer alimento natural, completo y adecuado para el bebé.
- Fortalecer saberes y prácticas familiares que promuevan la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

En este encuentro se busca fortalecer el acompañamiento de la familia y su red de apoyo al binomio madre-bebé, reconociendo que la lactancia humana no es una tarea individual, sino una experiencia compartida que requiere contención emocional, apoyo práctico y respeto por los saberes y decisiones de la madre.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

A partir de las rutinas cotidianas observadas o relatadas por la familia (como la lactancia, el sueño, el baño, el cambio de pañal o el contacto físico), se identifican procesos clave del desarrollo del recién nacido que se desean fortalecer:

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.*

- ¿Cómo sé si mi bebé está tomando suficiente leche?
- ¿Es normal que quiera estar pegado al pecho todo el tiempo?

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Muñeco o cojín pequeño para simular la postura de lactancia
- Láminas o imágenes que muestren posiciones adecuadas para amamantar
- Pañitos o toalla pequeña

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

Se inicia con una conversación cálida y respetuosa, preguntando cómo ha estado la madre y el bebé desde el último encuentro. Se hace una pequeña pausa de respiración para conectar con el presente y se invita a compartir cómo ha sido la experiencia de lactar (si ya inició), o qué expectativas o emociones surgen en torno a la lactancia.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Se le pregunta a la mamita qué sabe sobre la lactancia o Cómo la han vivido o qué han escuchado en su familia Esto permite valorar los saberes previos y generar un diálogo horizontal. Se muestran imágenes de posiciones adecuadas para lactar y se utiliza un muñeco o cojín para practicar con la madre. Se habla sobre el agarre correcto, la comodidad de la madre, y la importancia del contacto visual y físico durante la lactancia.
Por ultimo Se abre un espacio con la familia para conversar sobre cómo pueden contribuir al éxito de la lactancia: desde preparar un espacio tranquilo, cuidar a la madre, hasta contener emocionalmente en momentos de cansancio.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Regálate cada día unos minutos para respirar profundamente mientras lactas o abrazas a tu bebé. Ese momento de pausa también es alimento para tu corazón y tu bienestar.

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Tu presencia y apoyo amoroso hacen una gran diferencia. Acompañar no es solo hacer cosas, es también estar, escuchar y cuidar a quien cuida.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

Durante el encuentro, la familia expresó sentirse escuchada, valorada y acompañada. La madre manifestó que hablar sobre la lactancia le dio más seguridad y confianza para continuar alimentando a su bebé, especialmente al aclarar dudas que tenía sobre si lo estaba haciendo bien.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
13/05/2025	2 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Lina Rios Profesional que hizo el acompañamiento Yuly Godoy
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

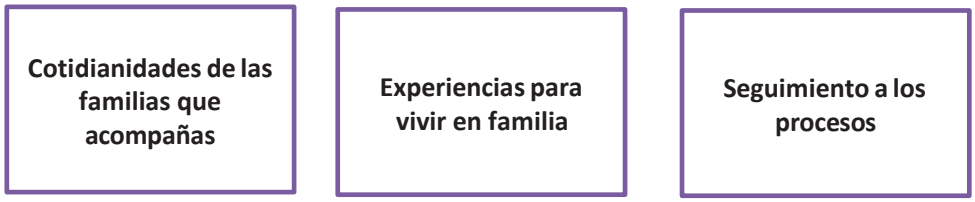
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? ___

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál?

_____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude?

_____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación?

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles?

__:_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo?

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo?

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto:

23 de marzo del 2025

Condiciones del parto:

Estuvo muy bien y sin ninguna complicación

Situaciones especiales:

Ninguna

Persona que le acompañó a parir:

Esposo

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?

Bien gracias a Dios

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI X **NO**

¿Por parte de quién?

Del hogar Fami donde asisto

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Estuve en reposos absoluto en casa

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI X No

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

Mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si **NO** X

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X **NO**

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

Apoyo Emocional y Cuidados con baños y buena Alimentación

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

caminar

¿Cada cuánto las hace? _

lo realiza a diario

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
Eithan Matteo Moreno Rodríguez

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
0 meses

¿Tiene registro civil?
Si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
Si

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
SI

Peso:
3440 gr

Talla:
49 cm

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
Si

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?
La leche materna ósea tomar teta todo el día

¿Qué es aquello que no le gusta?
No le gusta que la mama lo bañe solo el papa

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?
Duerme en horas especificas

¿Cómo se comunica?
Con gangoseo

¿Qué movimientos prefiere?
Que le muevan las manitos

¿Tiene algún objeto favorito?
Aun no

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?
Porque mi bebe no hace popo todos los días

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 06 de mayo del 2025
No. De encuentro: 2
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

- fortalecer la nutrición adecuada y el vínculo afectivo durante la alimentación.
- favorecer la construcción del lenguaje, la comunicación no verbal y el reconocimiento emocional.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Experiencias inspiradoras el apoyo ficha 3

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido? *Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro*.

se quiere fortalecer la red de apoyo emocional, física y afectiva que rodea a la mujer o persona gestante o en posparto, reconociendo que el cuidado del bebé es una tarea compartida y que la corresponsabilidad es esencial para el bienestar del binomio.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

El propósito de este encuentro es fortalecer la conciencia y el compromiso de la familia y su red de apoyo como actores clave en el bienestar del binomio madre/bebé, promoviendo una participación activa, afectiva y corresponsable en las tareas de cuidado.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

- fortalecer la comunicación temprana, el sentido de seguridad y la confianza del bebé en su entorno.
- el contacto cercano, la lactancia, las caricias, la mirada y el tiempo compartido con el bebé.
- rutinas de higiene, alimentación, sueño y contacto físico diario.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó*.

- ¿Qué pasa si el bebé solo quiere estar cargado?

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

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Cartulina o papel Kraft.
- Marcadores o lápices de colores.
- Cinta adhesiva.
- Impresión o transcripción de una frase significativa sobre el apoyo.
- Silla o cojines cómodos para sentarse.

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

se da la bienvenida a la familia con un saludo cálido. Se inicia el encuentro reconociendo y agradeciendo el esfuerzo y presencia de la mamita se propone una pequeña conversación inicial "¿Qué significa para ustedes apoyar' a alguien que está cuidando un bebé esto permite entrar en el tema desde las vivencias cotidianas?

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

se habla sobre cómo se siente la madre o persona en posparto, y qué tipo de apoyo ha recibido o necesita en su día a día después seguiremos con dibuja un círculo grande (representa a la madre/persona gestante y al bebé) en el centro de la cartulina. Alrededor, se colocan los nombres o dibujos de las personas que hacen parte de tu familia
En tarjetas pequeñas, cada miembro escribe o dice algo que puede hacer para apoyar (ej.: cocinar, cuidar al bebé mientras ella descansa, acompañarla con afecto). Se pegan alrededor del círculo.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Date permiso para pedir ayuda, para descansar y expresar cómo te sientes. Tu bienestar también es importante para el desarrollo de tu bebé.

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Estar cerca, escuchar, acompañar y compartir las responsabilidades hace una gran diferencia. Cada gesto cuenta, cada apoyo sostiene.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

La madre compartió que se sintió aliviada al poder expresar lo que necesita**,** y reconoció que a veces le cuesta pedir ayuda, pero que este espacio la hizo sentir en confianza y comprendida.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre
Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
06/05/2025	2 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Laudy Rodríguez Profesional que hizo el acompañamiento: Yuly Godoy
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

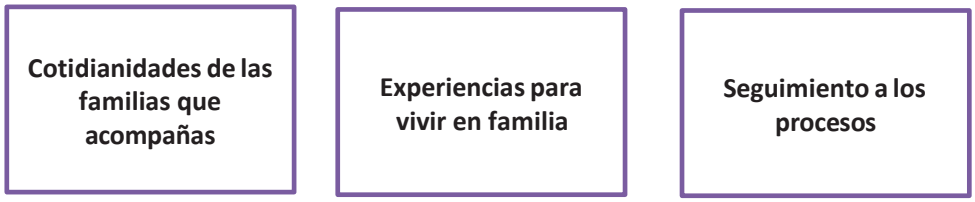
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto

22 de marzo del 2025

Condiciones del parto:

Me aplicaron medicamento para poder tener mi bebe

Situaciones especiales:

Ninguna

Persona que le acompañó a parir:

Mi pareja y mi mama

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?:

En los primeros días bien pero últimamente me he sentido con fiebre y gripe

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI X **NO**

¿Por parte de quién?

Del hogar Fami

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Reposo

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI X **No**

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

Mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si **NO** X

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X **NO**

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

Cuidándome la dieta y a mi bebe

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

En Casa con mi bebe

¿Cada cuánto las hace?

En todo momento

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?

DAIA MAKEILA IDARRAGA GUERRA

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
O meses

¿Tiene registro civil?
Si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
Si

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?

Si

Talla:
49 cm

Peso:
3570 gr

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
En todo momento

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?
La teta y dormir

¿Qué es aquello que no le gusta?
Que la muevan en todo momento

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?
Adormir menos

¿Cómo se comunica?
Llorando

¿Qué movimientos prefiere?
Que la arrullen y ponerse encima de la barriga del papa

¿Tiene algún objeto favorito?
Aun no

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?
Ninguna aun

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 09 de mayo del 2025
No. De encuentro: 02
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

Se busca fortalecer la capacidad de la madre/persona cuidadora y su red de apoyo para reconocer e interpretar las señales de la niña (llanto, sonidos, movimientos), respondiendo con sensibilidad y afecto.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Experiencias inspiradoras el apoyo ficha 3

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido? *Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.*

promover la participación consciente y amorosa de la red de apoyo en las rutinas diarias del bebé (como la lactancia, el sueño, el baño, el juego y el consuelo).

Fomentar una distribución más equitativa de las responsabilidades dentro del hogar, visibilizando que cuidar no es solo tarea de la madre.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

Reconozcan la importancia de su presencia activa y afectiva en la crianza y el acompañamiento cotidiano del bebé.

Identifiquen acciones concretas con las que pueden apoyar física y emocionalmente a la madre/persona en posparto, tales como ayudar en tareas del hogar, cuidar al bebé mientras ella descansa, escucharla, animarla o brindarle momentos de autocuidado.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

Se busca promover que el acompañamiento no recaiga únicamente en la madre/persona cuidadora, sino que se convierta en una tarea compartida por todos los integrantes del hogar.
A los 3 meses, la niña ya empieza a reconocer voces familiares, sigue objetos con la mirada, responde a estímulos con sonrisas y sonidos. Es importante que la familia sepa interpretar estas señales como parte de su crecimiento y bienestar emocional.

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Cartulina o papel grande
- Marcadores o lápices de colores
- Tarjetas pequeñas
- Cinta adhesiva
- Imagen o frase significativa sobre el valor del apoyo
- Cojines o sillas cómodas para todos los participantes

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.
inicia con un saludo cálido y cercano, reconociendo la presencia de todos los miembros de la familia.
Se propone una pequeña conversación inicial, qué significa para ustedes cuidar a un bebé, Y qué cosas creen que necesita quien lo cuida esta reflexión inicial crea un ambiente de escucha y conexión para introducir el tema del apoyo.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Se dialoga sobre cómo ha sido la experiencia del cuidado de la bebé hasta ahora, qué ha sido lo más desafiante y qué apoyo ha sido más significativo para la madre se va a realizar una actividad familiar "Círculo de apoyo" En el centro de la cartulina se escribe el nombre de la madre/persona cuidadora con la bebé. Alrededor, cada miembro de la familia escribe su nombre en una tarjeta y anota o dibuja una acción con la que puede apoyar (escucharla, prepararle un té, cuidar a la bebé mientras se baña, etc.) Se conversa sobre cómo esos apoyos pequeños generan bienestar para la madre y el bebé, y se invita a mantenerlos como parte de la rutina familiar.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Permítete recibir apoyo y expresar cómo te sientes. Cuidarte también es cuidar a tu bebé.

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Estar presentes, escuchar y colaborar con amor es una forma de criar juntos. Tu apoyo transforma la experiencia del cuidado

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

En general, se percibió un ambiente cálido y colaborativo, donde la familia se sintió acompañada, orientada y motivada a fortalecer la corresponsabilidad en las rutinas de cuidado. Expresaron su agradecimiento por el tiempo compartido y por la posibilidad de hablar desde el corazón.

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

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
09/05/2025	2 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Valentina Guerra Profesional que hizo el acompañamiento: Yuly Godoy
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:

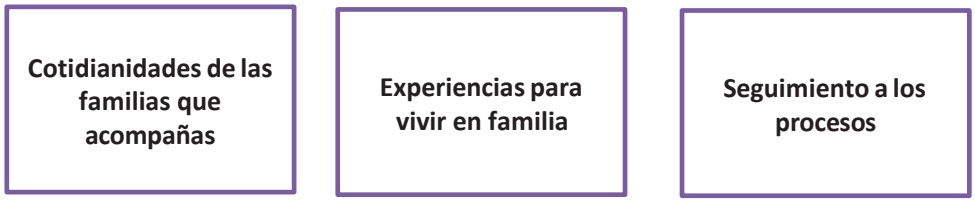
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.
El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.
Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio
Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto:

28 DE ENERO DEL 2025

Condiciones del parto

Estuvo bien

Situaciones especiales:

El nacimiento de mi hijo

Persona que le acompañó a parir:

mi pareja y mi mama

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?

Bien gracias a dios

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI___X___NO_____

¿Por parte de quién?

Programas de bienestar familiar y por mi familia

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Los que tuve en los días de dieta como estar en casa descansando, baños calientes y una buena alimentación

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

Si__X____No_____

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

_la mujer_____

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si NO X

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X NO

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

me ayudaron mucho en estar pendiente de mi en el parto y en la dieta

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

Estar en casa con mis hijos sacarlos a pasear en las tardes

¿Cada cuánto las hace?

Casi todos los días

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
Erick Andrés Herrera Perez

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
3 meses de edad

¿Tiene registro civil?
Si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
No

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
Si

Talla:
4315 gr

Peso:
56 cm

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
Todos los días a cada rato

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?
Que el papa juegue con el y el hermanito

¿Qué es aquello que no le gusta?
Sentirse solo

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?
Que debo cuidar muy bien a mis hijos y tener una mejor alimentación

¿Cómo se comunica?
Con llorar y balbuceos

¿Qué movimientos prefiere?
Que lo estén moviendo de un lado a otro

¿Tiene algún objeto favorito?
Los carros

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?
Ninguna por el momento

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 05 de mayo del 2025
No. De encuentro: 01
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

- Se quiere fortalecer el uso de la palabra y la expresión afectiva en los cuidadores al dirigirse al niño.
- Estimular la interacción mediante gestos, cantos, sonidos y miradas favorece el desarrollo del lenguaje y el vínculo.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Jugar cantar y contar juegos corporales ficha 4

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido? *Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.*

En este encuentro se busca fortalecer el vínculo afectivo y la estimulación temprana del desarrollo sensorial, corporal y emocional del niño a través del juego, el canto y la exploración corporal. A los 4 meses, el niño empieza a reconocer sonidos, expresiones faciales y movimientos; por eso, el uso del cuerpo, la voz y la mirada durante la interacción permite:

- Estimular el desarrollo motriz**,** favoreciendo movimientos de brazos, piernas, cabeza y manos.
- Fortalecer el **vínculo emocional** entre el niño y su cuidador/a mediante el contacto cercano, las caricias, la risa y el ritmo del cuerpo.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

El propósito de este encuentro es fortalecer el compromiso afectivo y participativo de la familia y su red de apoyo en las experiencias de juego corporal, canto y estimulación temprana del niño, se busca que las personas que rodean al binomio (madre/padre/cuidador principal y bebé):

- Reconozcan el juego, el canto y el contacto corporal como formas valiosas de cuidado y vínculo. Estas interacciones no son “solo jugar”, sino momentos significativos para el desarrollo del niño y la conexión emocional.
- Se involucren activamente en rutinas lúdicas y amorosas que estimulen el cuerpo, los sentidos y la comunicación del bebé.
- Fortalezcan el acompañamiento consciente y amoroso**,** integrando canciones, rimas, arrullos y caricias durante las actividades cotidianas como el baño, el cambio de ropa o el descanso.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

Estimulación del desarrollo motor y sensorial a través de juegos corporales sencillos, se busca acompañar al niño en sus primeros movimientos voluntarios (elevar la cabeza, mover brazos y piernas, seguir objetos con la mirada, llevarse las manos a la boca), reconociendo estos momentos como avances en su desarrollo físico.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.*

- ¿Es normal que se lleve mucho las manos a la boca?
- ¿Qué tipo de juegos puedo hacer con él si todavía no se sienta o no sostiene juguetes?

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Manta o colchoneta limpia para colocar al bebé en el suelo.
- Sonajeros o elementos con sonidos suaves.
- Pañuelos de colores suaves y livianos.
- Láminas o tarjetas con rostros humanos o dibujos de colores contrastantes.
- Canciones infantiles y rimas (pueden usarse grabaciones o simplemente la voz de los adultos).

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

Se inicia el encuentro saludando cordialmente al binomio y su red de apoyo. Se crea un ambiente de confianza y escucha, invitando a compartir cómo han estado, si ha habido cambios en el comportamiento del bebé o dudas sobre su desarrollo. Se explica brevemente que el objetivo del encuentro es explorar cómo el juego corporal fortalece el vínculo afectivo, la comunicación y el desarrollo del bebé.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Se invita a la madre a colocar al bebé boca arriba sobre la manta, le se realiza un pequeño masaje con las manos en brazos y piernas mientras se canta una canción infantil después se le muestra al bebé un pañuelo de color que se mueve lentamente de un lado a otro, acompañando con una canción suave. También se puede agitaremos un sonajero a distintas distancias para ver cómo reacciona el bebé. Se mueven los brazos del bebé al ritmo de una canción ("pim pom es un muñeco) y se tocan sus pies con las manos del adulto para generar respuesta motriz y vincular sonido con movimiento.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Te invitamos a incluir estos juegos cortos y amorosos en tu rutina diaria. No necesitas mucho tiempo ni materiales, solo tu presencia, tu voz y tu cariño. Recuerda que jugar también es cuidar, y tu bebé aprende del mundo a través de ti.

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Los juegos sencillos, las canciones y el contacto cercano también son formas de fortalecer el vínculo con el bebé. Te invitamos a participar activamente en estos momentos, tu tiempo, tu risa y tu atención son regalos valiosos que nutren su desarrollo y bienestar emocional.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

La madre comentó sentirse más segura sobre cómo interactuar con su hijo y destacó que no sabía que acciones tan simples como cantar o mover sus manitos podían apoyar tanto su desarrollo.

En general, la familia valoró el encuentro como una experiencia enriquecedora, cercana y útil, y mostraron disposición para seguir integrando estas prácticas en su rutina diaria.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
5 de mayo del 2025	3:30 a 5 :00 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Tatiana Perez Profesional que hizo el acompañamiento: Yuly Godoy
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: Profesional que hizo el acompañamiento:

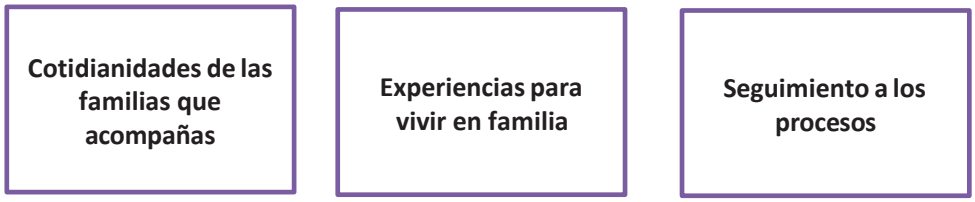
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto:

15 de marzo del 2025

Condiciones del parto:

Bien gracias a Dios

Situaciones especiales:

Ninguna

Persona que le acompañó a parir:

Mi pareja

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?

Bien gracias a Dios

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI X **NO**

¿Por parte de quién?

Por el seguro

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Mantener en reposo en casa

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI X **No**

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

Mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si **NO** X

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X **NO**

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

Mucha atención en todo momento para mi bebe y para mi

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

Pasar tiempo con mi bebe

¿Cada cuánto las hace?

En todo momento

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
Zaira Valentina Hernández Morales

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
0 Meses

¿Tiene registro civil?
Si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
Si

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
Si

Talla:
51 cm

Peso:
3005 gr

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
En todo momento

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?

La teta

¿Qué es aquello que no le gusta?

Le intente dar tetero, pero no le gusto

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?

Ha aprendido a darse la vuelta gangosea cuando le hablan o esta solita

¿Cómo se comunica?

Gangosea y llorando

¿Qué movimientos prefiere?

Que le muevan los pies las manos y le den masajes

¿Tiene algún objeto favorito?

No

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?

Ninguna aun

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 28 de mayo del 2025
No. De encuentro: 02
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

Favorecer el desarrollo sensorial y motor inicial, estimulando el contacto físico afectivo, el movimiento libre en espacios seguros (como sobre una manta), y la posibilidad de explorar con la mirada, el oído y el tacto.

Fortalecer la construcción del vínculo afectivo, especialmente a través de la voz, el contacto visual, los abrazos y las respuestas sensibles que el bebé recibe durante las rutinas diarias.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Experiencias inspiradoras el apoyo ficha 3

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido? *Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.*

Reforzar el rol de la madre como figura de cuidado principal, reconociendo sus necesidades físicas y emocionales durante el posparto, brindándole un espacio de escucha y contención. Involucrar al padre activamente como figura de apoyo emocional, físico y afectivo tanto para la madre como para la niña, destacando la importancia de su presencia sensible y cotidiana.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

- Acompañar a la familia en la construcción de un entorno de cuidado compartido, donde tanto el padre como otros miembros del hogar (como la hermana mayor) se involucren activamente en las rutinas cotidianas: cambiar pañales, arrullar, hablarle a la bebé, y también en el cuidado de la madre.
- Valorar la importancia del apoyo emocional, brindando espacios de escucha entre los integrantes de la familia, especialmente hacia la madre, quien atraviesa una etapa de transformación física y emocional.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

Fortalecer el vínculo afectivo entre la bebé y sus cuidadores principales, promoviendo que todos los miembros del hogar participen activamente en las rutinas diarias con sensibilidad y afecto.
Promover el bienestar emocional de la madre, visibilizando la importancia de que reciba apoyo físico, emocional y práctico en las tareas de cuidado para evitar sobrecarga y promover una crianza más tranquila y compartida.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.*

- ¿Cómo saber si la bebé está comiendo lo suficiente con lactancia materna exclusiva
- ¿La hermana mayor puede participar en el cuidado de la bebé?

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Manta o colchoneta para recostar a la bebé en un lugar cómodo y seguro.
- Ropa cómoda para el contacto piel a piel.
- Canciones suaves o nanas (pueden ser entonadas por la familia).
- Cartulina o papel para escribir frases o mensajes de apoyo (opcional).
- Elementos personales del hogar que generen calma: cojines, luz tenue, música suave.

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

Se inicia el encuentro saludando con calidez a todos los miembros de la familia. Se invita a cada uno a compartir cómo se han sentido desde la llegada de la bebé. Se plantea una pregunta sencilla para abrir el diálogo:
"¿Cómo se están organizando como familia para cuidar a la bebé? ¿Quiénes participan más y cómo se sienten con eso?"
Este momento busca reconocer las voces de cada integrante y comenzar a explorar cómo se está construyendo el acompañamiento y apoyo en el hogar.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

- Se propone recostar a la bebé sobre una manta en un lugar tranquilo, mientras la madre, el padre y la hermana se acercan y se turnan para hablarle, cantarle, acariciarla o simplemente mirarla con atención, durante este momento, se habla con la familia sobre la importancia de que **todos participen activamente en el cuidado cotidiano**, no solo con acciones prácticas, sino también desde el afecto y la contención emocional, Se resaltan las formas en que el padre puede apoyar, como cargar a la bebé, cambiar pañales, arrullarla o preparar un espacio cómodo para la madre. Se invita a la hermana mayor a cantar o contarle algo a la bebé, reconociendo su rol y motivándola a sentirse parte del vínculo. Se puede crear un espacio de reflexión breve, donde cada integrante exprese qué gesto o palabra de apoyo quisiera recibir o entregar en estos días.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

tómate unos minutos cada día solo para ti: respira, recuéstate, escucha música que te guste o simplemente permanece en silencio. Reconectar contigo también es cuidar a tu bebé.

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Observa cómo está la madre, pregúntale cómo se siente y ofrécele un gesto sencillo de cuidado: un vaso de agua, un abrazo, una palabra amable o unos minutos de descanso. Tu presencia también alimenta el bienestar del hogar

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

Durante el encuentro, la familia expresó gratitud por el espacio brindado para compartir sus experiencias y emociones en torno al cuidado de la bebé. La madre manifestó sentirse aliviada al poder hablar abiertamente sobre el cansancio y los retos que ha vivido durante el posparto, así como al recibir orientación sobre cómo integrar momentos de autocuidado en su rutina diaria.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre
Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
28/05/2025	2:00 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: ___Luciana Morales_____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____Yuly Godoy_____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

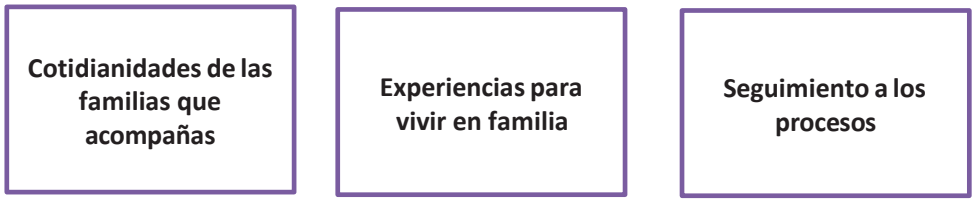
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto

08 de febrero del 2025

Condiciones del parto:

Que me dolió mucho

Situaciones especiales:

Ninguna

Persona que le acompañó a parir:

Mi pareja

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?:

Como una montaña rusa

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI X **NO**

¿Por parte de quién?

De la EPS y el Hogar Fami

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Todos los que me ha dado después de tener a mi bebe

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI X **No**

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si **NO** X

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X **NO**

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

En cuidados de mi bebe y mía en toda la dieta

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

¿Cada cuánto las hace?

Estar con mi bebe en todo momento en casa

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
AILANY DALAI PERALTA HUERTAS

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
0 meses

¿Tiene registro civil?
si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
Si

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
Si

Talla:
49cm

Peso:
3412

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
Si

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?

Jugar con ella a toda hora

¿Qué es aquello que no le gusta?

Tener hambre, sentir el pañal muy mojado, y sentirse sola

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?

En el cuidado personal de mi bebe y mía

¿Cómo se comunica?

Con balbuceos y llorando

¿Qué movimientos prefiere?

Que le muevan sus manitos, todo su cuerpo y intentar sentarse

¿Tiene algún objeto favorito?
La teta

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?

Que cambios tendrá mi bebe en su crecimiento a diario

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 14 de mayo del 2025
No. De encuentro: 04
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

- Establecimiento del apego seguro con la madre, padre o cuidadores principales.
- Reconocimiento y respuesta a las señales del bebé (llanto, sonrisa, balbuceo).
- Comunicación no verbal y estimulación del lenguaje a través del habla y el canto.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Experiencias inspiradoras el apoyo ficha 3

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido?
Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.

- Ayudar a la madre y a la familia a reconocer quiénes son sus apoyos cercanos (pareja, familiares, vecinos, comunidad).
- Valorar que criar no es una tarea solitaria**,** sino que se requiere de personas que escuchen, acompañen, colaboren y comprendan.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

- Fortalecer la corresponsabilidad y el acompañamiento afectivo, emocional y práctico de la familia y su red de apoyo hacia la madre y la niña, reconociendo que el cuidado y desarrollo de la bebé es una tarea colectiva y compartida.
- Ayudar a la familia a identificar quiénes están presentes y disponibles para acompañar activamente a la madre y al bebé en esta etapa.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

- Vínculo afectivo y seguridad emocional a través del contacto cercano, la contención emocional y el acompañamiento constante por parte de la madre y su red de apoyo.
- Desarrollo comunicativo temprano estimulando la interacción con el bebé mediante el habla, el canto, las miradas, la respuesta a los balbuceos y gestos.
- Participación activa de la familia en la crianza Promoviendo la corresponsabilidad, el reparto de tareas y el apoyo emocional a la madre.
- Bienestar emocional de la madre Favoreciendo espacios para que ella exprese cómo se siente, reciba apoyo y no se sienta sola en su rol de cuidado.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.*

Mi bebe llora mucho y a veces no sé cómo calmarla y me siento abrumada.

¿Es normal que todavía no se voltee ni se siente?

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

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Láminas o tarjetas con frases sobre el valor del apoyo.
- Hojas, lápices o marcadores.
- Muñeco o cojín para simular al bebé
- Juguetes o sonajeros del bebé
- Una manta para el suelo

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara

Se inicia el encuentro con un saludo cálido y una pregunta sencilla para romper el hielo, Cómo ha estado la mamá esta semana, quién la ha acompañado últimamente esto permite reconocer cómo se ha sentido, abrir el diálogo y comenzar a visibilizar quiénes están siendo parte activa del cuidado.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Invita a la madre a compartir quiénes han estado presentes en momentos importantes desde el nacimiento del bebé (puede ser la pareja, la suegra la abuela, una vecina, una amiga, en una hoja o cartel, se dibuja un círculo con el nombre de la madre en el centro y alrededor, se escriben los nombres de las personas que componen su red de apoyo, con base en las frases de las tarjetas, se conversa sobre qué acciones concretas se sienten como apoyo, cada miembro de la red elige una forma en la que puede apoyar mejor a la madre en estos días. Puede decirlo en voz alta o escribirlo y entregarlo como compromiso, la madre también puede expresar lo que necesita o desea recibir como apoyo. Se finaliza con una ronda en la que cada persona comparta una palabra que represente cómo se sintió durante el encuentro.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

te invito a que cada día tomes un momento, aunque sea corto, solo para ti. Respirar profundo, tomar agua con calma o simplemente cerrar los ojos y descansar un minuto, también es una forma de cuidar a tu bebé

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Te invito a estar presente de manera activa: ofrecer ayuda sin esperar a que la madre la pida, escucharla con paciencia, o compartir con la bebé un momento del día. Tu presencia también construye bienestar.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

En general, el ambiente del encuentro fue cálido, respetuoso y reflexivo. La familia expresó agradecimiento por el acompañamiento y por abrir un espacio donde pudieron mirarse no solo como cuidadores del bebé, sino como una red emocional que también necesita cuidado y reconocimiento.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre
Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
14/05/2025	2 A 3:30 PM	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: NICOL HUERTAS Profesional que hizo el acompañamiento: YULY GODOY
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

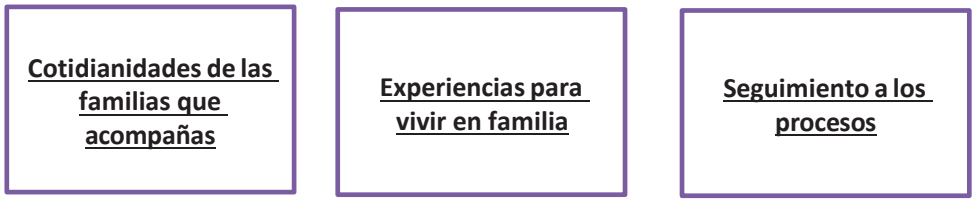
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto

28 de enero del 2025

Condiciones del parto

Bien

Situaciones especiales

Ninguna

Persona que le acompañó a parir:

Mi esposo

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?

Bien gracias a dios

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI___X___ **NO**_____

¿Por parte de quién?

Del programa Fami

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Estar en casa en reposo junto con mi bebe

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI___X___ **No**_____

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

La mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si_____**NO**___X___

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si__**X**__**NO**_____

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

Estar siempre pendiente de mi y mi hija en todo momento cuando lo hemos necesitado

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

Pasar tiempo con mi hija

¿Cada cuánto las hace?

Siempre

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
Lizeth Valeria cantor hidalgo

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
O meses

¿Tiene registro civil?
Si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
Si

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
Si

Talla:
3200 gr
Peso:
51 cm

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
A de manda

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?
Estar tomando teta

¿Qué es aquello que no le gusta?
No escuchar a la mamita

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?
A sonreír mucho

¿Cómo se comunica?
En canto o balbuceo

¿Qué movimientos prefiere?
Que le hagan arrullo en la silla

¿Tiene algún objeto favorito?
Por el momento ninguno

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?
A que edad la bebe empieza a gatear

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 20 de mayo del 2025
No. De encuentro: 04
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

- A través de las rutinas de contacto diario como el amamantamiento, el baño, el sueño compartido y el juego con miradas, cantos y caricias, se potencia el desarrollo emocional y neurológico del bebé.
- Se busca que la madre cuente con un entorno emocionalmente seguro y contenido que le permita ejercer su rol de cuidadora desde el bienestar.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Jugar cantar y contar los arrullos y las palabras ficha 5

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido?
Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.

Desde este eje, en el encuentro con la madre y su bebé de 4 meses, se busca fortalecer principalmente el desarrollo del lenguaje temprano y el vínculo afectivo, a través de prácticas cotidianas como el arrullo, las canciones, las palabras dulces y la narración sencilla.
A esta edad, el bebé está comenzando a responder con sonrisas, balbuceos, miradas y movimientos corporales a los estímulos sonoros y afectivos.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

- Fomentar la participación activa de otros miembros de la familia en el vínculo comunicativo el abuelo, la hermana mayor, la pareja o una tía también pueden arrullar, contar historias, decirle su nombre al bebé, y con eso construir lazos significativos y afectivos.
- Fortalecer el rol activo, sensible y comprometido de la familia y la red de apoyo en el desarrollo comunicativo y emocional del bebé, y en el bienestar de la madre, a través de la valoración del juego, el canto, el arrullo y la palabra como formas de cuidado y vínculo.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

Se identificó que la madre y la red de apoyo interactúan con el bebé principalmente para cubrir necesidades básicas, pero aún no reconocen plenamente el valor del canto, el arrullo, la palabra y las miradas como formas de comunicación y afecto, se quiere fortalecer el uso de la voz, el contacto visual, las canciones suaves y las palabras cotidianas para estimular el lenguaje y el vínculo afectivo.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.*

¿Cantarle o hablarle le sirve para su desarrollo?

¿Cuándo va a empezar a hablar?

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Ropa cómoda para el bebé.
- Una manta o cobija limpia y suave para el piso.
- Láminas o imágenes sencillas en blanco y negro o colores contrastantes.
- Cancionero o lista de nanas tradicionales o arrullos.
- Sonajeros o elementos que emitan sonidos suaves.
- Muñeco de tela o peluche (opcional, para demostración).

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

El encuentro inicia con una conversación cercana con la madre y su red de apoyo, preguntando cómo han estado, cómo se ha sentido la bebé en los últimos días, y si han notado cambios en sus sonidos, miradas o movimientos, se introduce brevemente la experiencia, explicando que jugar, hablarle y cantarle a la bebé fortalece el vínculo, el lenguaje y su desarrollo emocional.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Se invita a la madre a colocar a la bebé boca arriba sobre la manta, y se le guía para hablarle suavemente, hacer sonidos, sonreírle y esperar su respuesta movimientos, sonidos, miradas, e proponen canciones tradicionales como a la rueda rueda con alguna que la familia conozca. Se enfatiza cómo el ritmo y el tono que transmiten calma y seguridad, Se invita a otro miembro de la familia a turnarse para cantarle o hablarle a la bebé, mostrando que todos pueden generar conexión y comunicación.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Regálate unos minutos al día para hablarle o cantarle a tu bebé con calma. Tu voz es su mayor fuente de seguridad. Aun si sientes cansancio, ese momento breve fortalece el vínculo entre ustedes y te conecta con ella desde el amor

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Tu voz y tu presencia también construyen el mundo del bebé. Anímate a cantarle o hablarle, aunque creas que no te entiende. Estás ayudando a formar su lenguaje, su afecto y su confianza en los demás.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

La familia expresó agradecimiento por el espacio, ya que les permitió mirarse entre ellos como equipo de cuidado, comprender que no todo recae sobre la madre y que todos pueden aportar al desarrollo del bebé desde el afecto y la presencia.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
20/05/2025	2 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: YUDI HIDALGO Profesional que hizo el acompañamiento: YULY GODOY
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

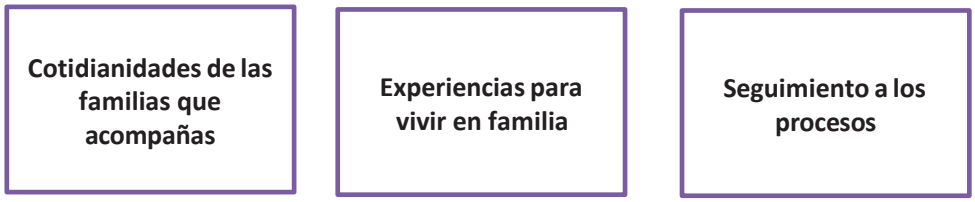
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto

08 DE DICIEMBRE DEL 2024

Condiciones del parto

Un poco doloroso

Situaciones especiales

El nacimiento de mi bebe

Persona que le acompañó a parir:

Mi pareja

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?

Bien

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI____X__NO_____

¿Por parte de quién?

De mi pareja y familia

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?

Estar pendiente cuando necesito ir al médico mío y de mis hijos

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI___X___No_____

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

La mujer

¿la decisión fue de mutuo acuerdo?

Si

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

Si

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si_____ NO__X__

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si__X___NO_____

¿Qué tipo de apoyo o cuidados

Hacerme baños calientes no tomar nada frio no salir de la casa

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

¿Cada cuánto las hace?

Pasar mas tiempo con mis hijos.

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
DYLAN FELIPE HERRERA BELTRAN

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
2 meses

¿Tiene registro civil?
Si

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
Si

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
Si

Talla:
3330 gr

Peso:
50 cm

¿Toma leche humana?
Si

¿Con qué frecuencia?
A todo momento que le da hambre

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?
Que su hermanito juegue con el

¿Qué es aquello que no le gusta?
Sentirse solo

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?
A dar vuelta en la cama

¿Cómo se comunica?
Con llanto

¿Qué movimientos prefiere?
Dar vueltas en la cama o donde este acostado

¿Tiene algún objeto favorito?
Ninguno aun

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?

Es normal que le salga rápido los dientes a mi bebe

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 8 de mayo del 2025
No. De encuentro: 04
Profesional que acompaña: Yuly Godoy

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

Se quiere fortalecer la forma en que la madre se comunica con su hijo a través del contacto visual, la palabra, el canto y la narración sencilla, promoviendo el vínculo seguro y el inicio del lenguaje.
A los 6 meses, el niño responde a voces, balbucea, sonríe y observa mucho, por lo que hablarle y cantarle es clave para su desarrollo cerebral y emocional.

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Jugar cantar y contar los arrullos y las palabras ficha 5

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido? *Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.*

Estimular el lenguaje y la comunicación no verbal del niño a través del uso de la voz, el canto, los sonidos y las miradas, ayudando a la madre a comprender que su hijo, aunque aún no hable, ya se comunica mediante balbuceos, gestos y sonidos

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

Se quiere reforzar la idea de que todas las personas que rodean al niño pueden contribuir a su desarrollo comunicativo y afectivo, simplemente con hablarle, cantarle o jugar con él desde el afecto y la cercanía.

Este propósito también busca disminuir la sensación de soledad o sobrecarga en la madre**,** brindándole recursos para construir una red que le dé soporte en su rol de crianza.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

Disminuir el estrés que puede causar la crianza en soledad, mostrándole que las pequeñas acciones diarias tienen un gran impacto en el desarrollo del bebé.
Promover la comunicación afectiva entre madre e hijo mediante el uso de la voz, el canto, las miradas y los gestos.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.}*

¿Es normal que solo haga ruiditos y no diga palabras?

"¿Le sirve que yo le cante, aunque no tenga buena voz

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- Una manta o cobija para poner al bebé sobre el piso.
- Cancionero o lista de arrullos tradicionales y juegos de palabras simples.
- Muñeco o peluche para modelar gestos y juegos de voz.
- Sonajero o instrumento suave (opcional).
- Cartulina o hoja para anotar palabras que la madre use con frecuencia con su bebé.

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

Se inicia el encuentro con un saludo afectuoso y cercano. Se crea un ambiente de confianza preguntando a la madre cómo ha estado, cómo ha sentido al bebé últimamente y si ha notado cambios en sus sonidos o comportamientos. Luego, se le comparte el propósito del encuentro

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.

Se invita a la madre a poner al bebé sobre la manta. Se observa cómo se comunican entre ellos: si se miran, si el bebé balbucea, si la madre responde con voz o gestos. Se propone cantar juntas un arrullo tradicional. Si la madre conoce uno, se le invita a compartirlo. Si no, se le enseña uno sencillo. Se le explica que su tono de voz y su cercanía refuerzan el vínculo emocional y ayudan al desarrollo del lenguaje. Usando un peluche o sus propias manos, se le muestra cómo jugar con sonidos cortos y repetitivos: *"pa-pa", "ma-ma", "ta-ta"*, animando al bebé a imitar o responder. Se conversa sobre cómo puede aprovechar momentos cotidianos para hablarle al bebé: nombrar objetos mientras lo viste, describir acciones durante el baño o la comida, decirle cómo se siente.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Hoy te invito a regalarte unos minutos al día para conectar con tu bebé solo con tu voz. Tu canto, tus palabras, tu risa… son el mejor alimento para su corazón y su mente

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Hoy te invito a regalarte unos minutos al día para conectar con tu bebé solo con tu voz. Tu canto, tus palabras, tu risa… son el mejor alimento para su corazón y su mente.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?
Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

Mencionó que no sabía que el juego con palabras y arrullos tenía tanto valor en el desarrollo del lenguaje de su hijo, y se sintió motivada a repetir las actividades durante su rutina diaria. También agradeció las sugerencias y el reconocimiento de sus esfuerzos como madre cuidadora.

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

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
08/05/2025	2 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: DIANA BELTRAN Profesional que hizo el acompañamiento: YULY GODOY
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

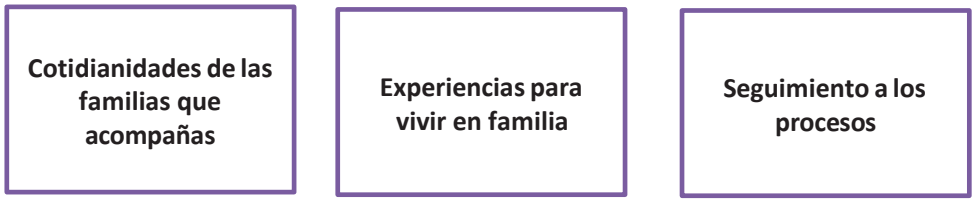
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta:

Ha gestado antes:

Embarazos interrumpidos:

Posible nombre de bebé:

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.

El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas)*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona en estado de gestación

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación:

c. El lugar de vivienda de la familia.

Municipio:

Vereda:

Finca:

d. Un día en la vida del binomio

Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallado.

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan.*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida? *Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.*

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:___

Edad gestacional al ingreso:_____

Fecha probable del parto: _____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañará: _____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su _____hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ NO____ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ NO _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____NO_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____ NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto:

15 de noviembre del 2024

Condiciones del parto:

Pésimo ya que tuve una cesaría de emergencia con 12 días de hospitalización

Situaciones especiales:

Nada

Persona que le acompañó a parir:

Mi cuñada y mi mama

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto?:

Bien

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia?

SI X **NO**

¿Por parte de quién?

Por parte de todos en la casa como mi mama y mis hermanas

¿Qué tipo de cuidados ha recibido?:

Todos que tuve en dieta como no salir estar en reposo absoluto baños calientes

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo?

SI **No** X

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo?

No tengo ¿**la decisión fue de mutuo acuerdo?**

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo?

No tengo

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional?

Si **NO** X

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia?

Si X **NO**

¿Qué tipo de apoyo o cuidados?

Económicamente y emocionalmente

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma?

Cuidar a mi bebe y trabajar

¿Cada cuánto las hace?

Todos los días

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama?
Maximiliano Hernández Ramos

¿Cuántos meses tiene al ingreso?
2 meses

¿Tiene registro civil?
_Si___

¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo?
__Si__

¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora?
__Si_____

Talla:
49 cm

Peso:
3572 gr

¿Toma leche humana?
____Si_____

¿Con qué frecuencia?
____Si_____

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?

___la teta ____

¿Qué es aquello que no le gusta?

El tetero o el chupo

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?

A dar vueltas

¿Cómo se comunica?

Con balbuceos

¿Qué movimientos prefiere?

Dar patadas

¿Tiene algún objeto favorito?

Un muñeco

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo?

Ninguna

Observaciones adicionales

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 21 DE MAYO DEL 2025
No. De encuentro: 4
Profesional que acompaña:

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

Durante la visita se observaron rutinas que la madre realiza con dedicación, como el baño, la alimentación, las siestas y algunos momentos de juego. El bebé muestra alegría y receptividad, lo cual refleja una buena relación de apego con su madre. Sin embargo, al ser una madre cuidadora única, es importante acompañarla para fortalecer procesos clave desde el eje de experiencia "Jugar, cantar y contar: los arrullos y las palabras" (Ficha 5).

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir.*

Jugar, cantar y contar: los arrullos y las palabras" (Ficha 5).

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido?
Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.

En este encuentro se quiere fortalecer el desarrollo del lenguaje y la comunicación temprana del bebé, promoviendo interacciones cotidianas cargadas de afecto y palabras entre la madre y su hijo. Se busca que la madre reconozca el valor que tienen su voz, sus gestos, sus arrullos y juegos verbales en la formación emocional y comunicativa del niño.

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio.*

En este encuentro se busca sensibilizar a la red de apoyo (cuando está presente o se pueda activar) sobre la importancia de su participación activa y afectuosa en la crianza del bebé, aun si no conviven directamente con el binomio madre-hijo. Se quiere fortalecer la idea de que el desarrollo del niño no depende exclusivamente de la madre, y que los vínculos afectivos con otras personas cercanas (abuelos, tíos, vecinos de confianza, padrinos, etc.) también nutren su crecimiento emocional y comunicativo.

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles qué es posible que esté sucediendo.

El desarrollo del lenguaje y la comunicación temprana a través de los juegos vocales, arrullos, sonidos, cantos y palabras sencillas durante el día, se busca que la madre estimule la capacidad de escucha, imitación y expresión del bebé, que ya está en etapa de balbuceo.

El vínculo afectivo y la seguridad emocional del bebé:
Promoviendo interacciones cálidas, contacto visual, respuestas a los sonidos del niño, y acompañamiento sensible, se refuerza el apego seguro y la confianza básica.

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórdelas dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.*

¿Es normal que solo diga sonidos como 'ba-ba' o 'ma-ma' y no palabras completas?
¿Qué le puedo decir o cantar si aún no me entiende?

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

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.

- ropa o pañitos suaves para hacer juegos de arrullo.
- Canciones infantiles o nanas (pueden estar escritas en una hoja o en audio).
- Sonajeros u objetos que emitan sonidos suaves.
- Libro de tela o cartón con imágenes grandes (si se dispone).
- Lámina con ejemplos de frases cariñosas y juegos de palabras para bebés.

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara.

Se inicia con una conversación cálida con la madre, reconociendo su esfuerzo diario en la crianza. Se le pregunta cómo ha estado y cómo ha notado al bebé. Se crea un ambiente de confianza para presentar la actividad, explicando que el objetivo de hoy es descubrir cómo el juego, el canto y las palabras fortalecen el vínculo y estimulan el desarrollo del lenguaje.

Desarrollo:
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar.
Se invita a la madre a mirar cómo su hijo responde a su voz, gestos y sonidos. Se refuerza la importancia de mirar al bebé a los ojos, hablarle lentamente, repetir sonidos y responder a sus balbuceos. Se proponen nanas o canciones cortas. La madre elige una y se le anima a cantarla mirándolo, tocándole suavemente y sonriendo. Se hace énfasis en que no importa cómo cante, sino *la intención amorosa* de la voz, Se proponen nanas o canciones cortas. La madre elige una y se le anima a cantarla mirándolo, tocándole suavemente y sonriendo. Se hace énfasis en que no importa cómo cante, sino *la intención amorosa* de la voz.

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Se invita a la madre a seguir dedicando *al menos 10 minutos al día* para cantarle, hablarle o contarle algo a su bebé. Puede ser mientras lo baña, lo cambia o lo arrulla. Estas acciones fortalecen su confianza y la relación con su hijo.

Una invitación para la red de apoyo:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la red de apoyo, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienestar.

Si existe alguna red cercana, se le sugiere participar en estos momentos. Si no, se motiva a la madre a identificar a alguien de confianza con quien compartir estas experiencias.

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar.

agradeció la cercanía y el respeto con los que fue guiado el encuentro, y manifestó que se sintió **tranquila, acogida y motivada** para seguir implementando lo aprendido. Señaló que disfrutó mucho cantar y jugar con su bebé, y notó cómo él reaccionaba con alegría a su voz.

Además, compartió que le gustaría seguir recibiendo ideas para estimular a su hijo en casa, ya que se siente sola en algunas decisiones de crianza. Valoró el acompañamiento como un espacio de confianza donde puede expresar sus dudas sin juicio.

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
21/05/2025	2 a 3:30 pm	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: CAMILA HERNANDEZ Profesional que hizo el acompañamiento: YULY GODOY
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

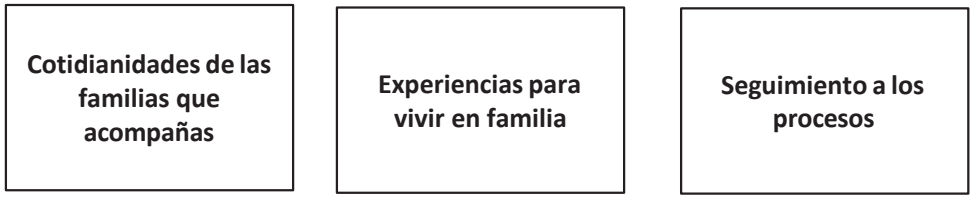
Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

Anexo 2

Plan de acompañamiento binomio familiar

El Plan de acompañamiento familiar les permite conocer las rutinas de las mujeres/personas en gestación y posparto junto a sus bebés y familias. Lo anterior para identificar los mejores momentos en que pueden proponerles experiencias para enriquecer su día a día, con el fin de promover prácticas cotidianas de bienestar, comprensión de sus sentires, cuidado sensible y promoción del desarrollo de bebés.

El plan de acompañamiento se organiza por medio de los siguientes momentos:



A continuación, se describe cada uno.

1. **Cotidianidades de las familias que acompañas.** Tiene como propósito reconocer los lugares en donde las mujeres/ personas en estado de gestación y posparto y sus bebés habitan (tanto su hogar como el territorio) y las rutinas que caracterizan su cotidianidad, con el fin de identificar las oportunidades diarias para fortalecer las experiencias y sus interacciones.

   Tengan en cuenta que el registro de esta información les ayudará a comprender la situación de las familias para partir de ella y definir una **planeación pertinente y adecuada** a sus necesidades e intereses**.**

2. **Experiencias para vivir en familia.** Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas en el hogar y el territorio, este apartado debe desarrollarse a partir de los ejes y fichas de experiencia propuestos en la guía de HCB Fami Bienvenir, centradas en las interacciones y el cuidado sensible.

3. **Seguimiento a los procesos.** Tiene como propósito describir los avances, logros y aspectos a fortalecer del proceso de la mujer/persona en estado de gestación o posparto y el proceso de desarrollo de bebés. Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias expuestos en la guía HCB Fami Bienvenir, este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

   En este apartado se hace el registro de la entrega del Kit de bienvenida a cada binomio.

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

Cotidianidades de las familias que acompañas

a. El binomio que acompaño en esta familia es:

Nombre de quien gesta : LUISA

FERNANDA ROMERO GARZON

Ha gestado antes: SI

Embarazos interrumpidos: NO

Posible nombre del bebé:

ISABELLA

Si ya nació registre la edad y el nombre de bebé:

b. Sobre su familia.
El binomio vive con: *Aquí se describe los miembros de la familia, personas que viven con el binomio (abuelas, tías, hermanas .*

Qué personas tiene a cargo cada mujer/persona, SOLO ES EL GRUPO FAMIIAR

Ocupación de la mujer/persona en estado de gestación: LACTANTE EN ESTE MOMENTO ES HAMA DE CASA YA QUE NO PUEDE SALIR A TRABAJAR POR EL BEBE

c. El lugar de vivienda de la familia.
Municipio: VILLAVICENCIO

Vereda: B, COVISAN

Finca:

d. Un día en la vida del binomio
Aquí describa un día cualquiera del binomio, teniendo en cuenta sus prácticas, rutinas y rituales, trate de ser detallad la madre se levanta temprano y prepara el desayuno y espacha al esposo al trabajo y ella se queda en casa haciendo haseo y preparando el almuerzo y luego de que almuerza si tiene tiempo se acuesta a descansar y luego se levanta y organiza a su bebre

e. Ahora, pregunte qué le gustaría saber sobre su embarazo, parto o posparto y que siente que necesita para sentirse mejor: *Describa los intereses que tienen las familias y necesidades que manifiestan. UN PARTO NORMAL SIN NINGUNA COMPLICACION*

Entrega de Kit de bienvenida

Una vez el Kit se entregue por una sola vez a cada binomio al ingresar al servicio, se registra la entrega.

Fecha de entrega:

Lugar de entrega:

Nombre de mujer/persona en gestación y bebé que recibe el kit:

Qué elementos del Kit recibe:

Firma del participante:

Recepción del Kit de Bienvenida.

¿Qué manifiestan las familias sobre el Kit? *Describa las percepciones, sentires y manifestaciones de las familias frente al Kit.*

Uso del Kit de Bienvenida.

¿Qué usos le dan al Kit de Bienvenida los binomios y las familias? *Describa las formas de uso del Kit por el binomio y las familias.*

¿Cómo vincula el profesional que acompaña el encuentro en el hogar el Kit de bienvenida?
Describa las formas de uso y vinculación del Kit en las experiencias en el hogar.

Sugerencias del Kit de Bienvenida.

¿Qué sugerencias hacen las familias para nutrir el Kit?

¿Qué valor y potencialidades tiene el Kit de bienvenida en las cotidianidades del binomio y las familias?

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/ persona en estado de gestación que acompañan.

Edad:

Edad gestacional al ingretacional _____

Fecha probable del parto:_____

Entidad o lugar dónde piensa tener el bebé: _____

Persona que la acompañar_____

El bebé que nacerá ¿es su primer hijo/a?: _____o es su hijo___hijo/a ¿Cuántos hijos/as tiene? _____

¿Durante el embarazo ha tenido algún incidente o riesgo? SI____ _x___ ¿Cuál? _____

¿El riesgo ha sido atendido? _____

¿Se ha detectado algún riesgo importante durante la atención? _____

¿Asiste a controles prenatales? SI _____ _____

Fecha del último control: _____

¿Ha cambiado hábitos de autocuidado y de alimentación durante la gestación? SI_____ NO _____

¿Cuáles son los cambios? _____ha dejado de comer para evitar engordar mucho

_____

¿Tiene algún cuidado especial de salud? SI_____ ¿Cuál? _____

Cuando se siente enferma ¿a dónde acude? _____

¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? SI_____NO_____

El hijo/a que espera ¿fue planeado/a? SI _____NO_____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante el período de gestación? _____

_____

_____

_____

¿Ha recibido información sobre derechos sexuales y reproductivos? SI_____NO _____

¿Sobre qué derechos? _____

¿Ha utilizado métodos de planificación familiar? SI _____NO_____ ¿Cuál/es? _____

_____

¿Ha recibido información sobre lactancia materna? SI_____NO_____

¿Reconoce sus derechos durante el parto? SI _____NO_____ ¿Cuáles? __:_____

_____

¿Tiene pareja? SI_____ NO _____

¿Siente que su pareja le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Siente que su familia le acompañada? SI _____ NO _____ ¿Por qué o cómo? _____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma/o? _ _____

_____

¿Cada cuánto las hace? _____

Usen este apartado para conocer un poco más a la mujer/persona en posparto.

Fecha del parto _____

Condiciones del parto _____

_____

_____

Situaciones especiales _____

_____

_____

Persona que le acompañó a parir: _____

¿Cómo se ha sentido emocionalmente después del parto? _____

_____

Después del parto ¿Ha recibido orientación sobre lactancia? SI_____ NO_____

¿Por parte de quién? _____

¿Qué tipo de cuidados ha recibido? _____

_____

_____

¿Está usando o tiene decidido usar algún método anticonceptivo? SI_____ No_____

Si cuenta con pareja ¿quién va a usar el método anticonceptivo? _____ ¿la decisión fue de mutuo acuerdo? _____

En caso de que la mujer o persona en puerperio sea quien use el método anticonceptivo

¿Cuenta con el apoyo de su pareja para usarlo? _____

Después del parto ¿Cuenta con la asesoría de una partera o médico tradicional? Si_____NO_____

Después del parto ¿Recibe cuidados y apoyo de parte de su pareja y/o familia? Si_____NO_____

¿Qué tipo de apoyo o cuidados? _____

_____

_____

¿Qué actividades disfruta realizar para sí misma? ¿Cada cuánto las hace? _____

_____

_____

Usen este apartado para conocer un poco más sobre bebé, si el binomio ingresa al servicio cuando bebé ya ha nacido.

¿Cómo se llama? LUISA FERNANDA ROMERO GARZON __
¿Cuántos meses tiene al ingreso? 38 SEMANAS _____
¿Tiene registro civil? NO_____
¿Asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo? NO _____
¿Tiene el cuadro de vacunas completo hasta ahora? si_____
Talla: __1.54____
Peso: _60____
¿Toma leche humana? NO
¿Con qué frecuencia?

¿Qué es lo que más le gusta a bebé?

¿Qué es aquello que no le gusta?

¿Qué ha aprendido en el último tiempo?

¿Cómo se comunica? Por medio de caricias y hablándole

¿Qué movimientos prefiere? Le gustan muchos objetos

¿Tiene algún objeto favorito? Por a hora no

¿Qué preguntas tiene la madre/padre sobre su desarrollo? Todo lo del desarrollo y las pautas de crianza

Observaciones adicionales que lo que me a explicado la profe me ha quedado claro

Experiencias para vivir en familia

Experiencias para vivir en familia. Tiene como propósito definir las experiencias y recursos que pueden movilizar las interacciones cotidianas, teniendo en cuenta las realidades de las mujeres/personas en estado de gestación, posparto y sus bebés.

Fecha del encuentro: 05/5/2025

No. De encuentro:1
Profesional que acompaña:
YINATH MARIETH CORREA ARCE

¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas? *Aquí es importante recurrir a la **caja de herramientas a las Fichas de experiencia de la Guía HCB Fami BienVenir**, a la sección de los ejes de experiencia que le permiten conocer un poco más los procesos que se quieren potenciar en cada momento del proceso de gestación, parto y posparto.*

Estimulación sentado y gateo del niño . oriento a la madre lo importante que es estimular el bebe y trabajo la ficha 4 que estodo lo que tiene que ver con la esploracion del cuerpo jugar y cantar

Con la mujer o persona en estado de gestación o posparto.

Ficha de experiencia consultada: *Elegir una de las fichas de experiencias propuesta en la caja de herramientas de la guía HCB Fami Bienvenir. Trabaja r con la ficha 4 experiencia saludable y exploración del cuerpo a través del juego*

¿Qué se quiere fortalecer desde el eje escogido? *Describir lo que se quiere fortalecer en este encuentro.* Fortalecer la fich11 comida natural y saludable

Con la familia y su red de apoyo. *Describa el propósito o aspecto a fortalecer con la familia y red de apoyo del binomio. Trabajo tdo lo que tiene ver con el desarrollo del bebe a través del juego contando cuentos con canciones y con su propio cuerpo*

Experiencia propuesta:

Materiales:
Escriba los materiales que se usarán en el encuentro en el hogar.. LA FAMILIA , EL TALENTO HUMANO Y LAS EXPERIENCIAS DE LAS FAMILIAS , los alimentos que prepara y como los preparan

Apertura:
Describa el momento inicial de la experiencia del encuentro de manera breve y clara. LA MADRE SE EN UENTRA ENSU CASA SLUDO Y PREGUNTO COMO SE cuentra el día de hoy y me responde que bien e día de hoy se en cuentra la en casa haciendo sus actividades cotidianas como dar de comer a su bebe y jugar con el

B. ¿Qué procesos se quieren fortalecer, de acuerdo con las rutinas identificadas?
Indaguen sobre las preguntas que tenga la familia sobre el desarrollo de bebé en este momento de gestación y cuénteles

En este momento vamos a fortalecer los movimientos del bebe ya que estamos trabajando descubriendo mi cuerpo que puede hacer como sentarce por espacios cortos y así fortalecer su columna y su cadera también trabajamos el gateo ya que esto le ayudara al bebe a desplazarse y y descubrir su entorno

Preguntas de las familias. *Escriba las preguntas o inquietudes manifestadas por el binomio y las familias. Abórde dentro del encuentro en algún momento conectando con la experiencia que diseñó.la madre comenta que hay miembros de la salud que son indolentes y no les gusta que las madres hagan escndalos*

DESARRLLO
Describir el desarrollo de la experiencia en el encuentro en el hogar. Con la madre la invito que me preste una tohalla para realizar al gunos estímulos y juegos con el bebe para invitarlo a jugar ya que en el día de hoy esta un poco intranquilo y no quiere que yo como orientadora lo toque esta muy sensible y llora y llora

Una invitación para la mujer o persona en gestación/puerperio:
En cada encuentro es importante dejar una invitación a la mujer/persona en gestación, que es la forma de ir incluyendo en la rutina espacios de cuidado y bienest imvito a la madre a qque reelice estos juegos con el bebe y de esta manera esta trabajando os estímulos y juegos con el bebe

¿Cómo se sintió la familia con el acompañamiento?

Describa las percepciones y sentires expresados por la familia en el desarrollo del encuentro en el hogar. LA MADRE COMENTA QUE LE GUSTO EL TEMA QUE ES IMPORTANTE PARA SU DESARROLLO COMO PERSONA Y PODER RELACIONARCE CON LOS DEMAS

Seguimiento a los procesos

Primer trimestre
Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Segundo trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos
Tercer trimestre Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**ARRULLAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Seguimiento a los procesos

Cuarto trimestre
Meses:

Seguimiento a los procesos. Tiene como propósito describir lo que ha logrado la mujer y persona en estado de gestación o puerperio y el proceso de desarrollo de bebés.

Se propone tener en cuenta la caracterización inicial y lo propuesto en los ejes de experiencias.

Este proceso se registra cada trimestre luego del ingreso del binomio al servicio.

AGUARDAR LA GESTACIÓN Y EL POSPARTO	**JUGAR, CANTAR Y CONTAR (Desarrollo de Bebé)**	**ABRAZAR LA VIDA (Promoción y prevención en Salud)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer
¿Hubo alguna alerta en el desarrollo y salud de la mujer o persona en estado de gestación? (describa):		
ALIMENTAR EL CUERPO Y EL CORAZÓN (Nutrición)	**CONECTAR CON LA FUERZA CREATIVA (Vinculación comunitaria y participación en los encuentros vecinales)**	**AFIRMAR LOS PASOS PARA ABRIR EL CAMINO (Derechos sexuales y reproductivos)**
Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó	Aquello que se fortaleció y transformó
Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer	Aquello que falta por fortalecer

Cronograma de encuentros

Registren aquí las fechas y las horas del desarrollo de las experiencias en el hogar.

Día	Hora	Firmas
05-05-2025	2PM	Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____MADRES GESTANTE _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____YINATH MARIETH CORREA_____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____
		Integrante de la familia (mujer/persona en estado de gestación o posparto: _____ Profesional que hizo el acompañamiento: _____

Si necesitas ampliar información o agregar registros del acompañamiento en el hogar, usen éste apartado; se pueden agregar cuántas hojas se necesiten.

YO, **MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ,** IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CUIDADANÍA 23.800.423 EXPEDIDA EN VILLAVICENCIO, COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3 IDENTIFICADA CON NIT 800.143.122

CERTIFICO QUE

Durante los días comprendidos entre el 01 y el 31 de mayo de 2025 no se presentaron presuntos hechos de violencia, lesiones y/o fallecimientos de usuarios de los servicios de Primera Infancia en las 47 Unidades de Servicio del Contrato/Convenio Nº 50006532024 de 22 de diciembre de 2024 suscrito con la Regional Meta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En constancia de ello se firma los 3 días de Junio de 2025

Maria Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 Muzo - Boyacá

PUBLICA

Gmail **Asopadreswq Carens <asopadresporfiatres@gmail.com>**

CERTIFICADO PRESUNTOS HECHOS MES DE MAYO CONTRATO 50006532024

1 mensaje

Asopadreswq Carens <asopadresporfiatres@gmail.com> 3 de junio de 2025, 8:53
Para: Lida Johanna Murcia Devia <lida.murcia@icbf.gov.co>, juliana.gomez@icbf.gov.co

Buen dia;

Me permito remitir Certificado presuntos hechos mes de MAYO contrato 50006532024

--
CORDIALMENTE

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
REPRESENTANTE LEGAL ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
CEL: 3123641307
asopadresporfiatres@gmail.com

5. CERTIFICADO DE PRESUNTOS HECHOS May.pdf
92K

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

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION

CERTIFICA

Que durante el mes de mayo de 2025 **NO** se realizó gestión y/o articulación con entidades del SNBF, en el marco de la ejecución del contrato 50006532024 celebrado entre ICBF y la Asociación.

Esta certificación se expide en Villavicencio a los (02) días del mes de junio de 2025.

Maria Cristina Perez Cruz

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 de Muzo Boyacá
Representante Legal

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*

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION

CERTIFICA

Que durante el mes de mayo **NO** se presentaron novedades en la obligación; en el marco de la ejecución del contrato 50006532024 celebrado entre ICBF y la Asociación

3.3.1 Estándar 5 Pacto de Convivencia.

Esta certificación se expide en Villavicencio a los (02) días del mes junio de 2025.

María Cristina Perez Cruz

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 de Muzo Boyacá
Representante Legal

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307
Correo: asopadresporfiatres@gmail.com

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 5000653 2024	**UDS:** ALEJANDRO
HORA: 2PM	**FECHA:** 6,7,8,05,2025
LUGAR:	**TEMA:** PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE

POBLACIÓN OBJETO: MADRES GESTANTES, LACTANTES, NIÑOS Y NIÑAS D 0 A 5MES Y 29 DIAS

OBJETIVO:	DAR A CONOCE EL PLATO DE LA FAMILIA COLOMBIANA ALOS Y LAS USARIAS DEL PROGRAM

AGENDA:

1. Saludo
2. Presentación del tema
3. Desarrollo de la actividad
4. varios

DESARROLLO:

Se inicia la actividad con una con una dinámica con las usarías con la intención que haya un poco más de integración entre todas, luego realismos un conversatorio donde cada prepara e forma verbal un diario de alimentación en casa ,luego con la ayuda de las guías alimentarias brindamos la explicación sobre cual debe ser la forma correcta de alimentarnos

Eviendecias Fotograficas:







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
ROCIO ALMANZA	MADRE FAMI	

Se Anexan Firmas

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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS ALEJANDRO

ACTIVIDAD: Taller a padres

LUGAR DE REUNION CALLE 8 NUMEO 2873 COMUNEROS

FECHA: 6-7-8-05-2025

TEMA Cuidados Alimenticios

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	LYANA ELIZABETH MANZO RONDON	SD	CASANDRA ISAMAR RONDON COLINA	5512481	3204658544	
2	GEIDY OROZ	1121929256	GEIDY OROZ	1121929256	3200664171	Geidy Oroz
3	MARIANA ELIMAR PERNIA MOLINA	1121971704	MARIANA ELIMAR PERNIA MOLINA	1121971704	3212736806	Mariana Molina
4	EMILY JULETA HERRERA VELASQUEZ	1121987959	URSULA DEL PILAR VELASQUEZ	361.964	3154951425	Ursula Velasquez
5	ANDRES FELIPE AMAYA SUAREZ	1121917489	MICHEL TATIANA SUAREZ BOHORQUEZ	1121917489	3227735595	Michel Suarez
6	MARIA ANGELICA ESPINOSA RIVEROS	SD	MARIA ANGELICA ESPINOSA RIVEROS	1122139899	3113685157	Angelica R.
7	VALERIA ALEJANDRA TORRES MEDIAN	SD	VALERIA ALEJANDRA TORRES MEDIAN	SD	3202210736	Valeria Torres
8	LUISA FERNANDA MORENO CARVAJAL	1193518373	LUISA FERNANDA MORENO CARVAJAL	1193518373	314479239	Fernanda M.
9	YULIETH CAROLINA GARRIDO SANCHEZ	6439263	YULIETH CAROLINA GARRIDO SANCHEZ	6439263	3208842770	Yulieth G
10	MARIA CELESTE HERNANDES VASQUEZ	1121987903	YURY MAYERLI HERNANDEZ VASQUEZ	1006798580	3138077030	Maria C
11	RUBEN ADRIAN ARDILA LEON	112196986	MICHEL LEON	1007449163	3123660986	Michel Leon
12	JUAN EMILIO PINTO ROMERO	1121987519	ANGIE DAYANA OMERO IBAGUIN	1.122.652.263	3209710327	Angie Dayana
13	JHOZETH SEBASTIAN CARDONA CORSO	1123824885	JENNIFER LIZETH CORSO GUALDRON	1.121.959.249	3224194452	Jennifer Corso
14	MARIA PAULA GIL SARMIENTO	100324567	MARIA PAULA GIL SARMIENTO	100324567	3133016481	Maria Paula
15	SELENA ROCIO ORTEGON HERNANDEZ	1121861170	SELENA ROCIO ORTEGON HERNANDEZ	1121861170	3214816950	Selena Ortegon
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la Unidad de servicio y No cedula

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN	
EAS: ASOCIACION PORFIA TRES	FAMI ARCO IRIS
Hora: 9:00 AM	Fecha: MAYO 2025
Lugar: CARRERA 20 N 41 20 BARRIO PARAISO	TEMA: **PLATO SALUDABLE**
Población Objeto: Usuarios del programa FAMI	
Numero de convocados 15	Número de asistentes_15
Objetivo:	Aprender que un plato saludable en nuestro país y para los niños de 6 meses de edad en adelante, madres gestantes, madres lactantes y demás población debe contener 6 grupos de alimentos saludables

Agenda:

1. Saludo
2. Verificación de asistencia.
3. Objetivo y metodología
4. Socialización de la temática
5. Despedida

DESARROLLO:

Se da la bienvenida se explica el objetivo y metodología a seguir, por medio de carteleras, folletos, talento humano, se realiza la socialización del tema que es plato saludable, cuales son los grupos de alimentos que debe contener para tener una alimentación adecuada.

El modelo de alimentación para Colombia se presenta a través del plato saludable de la familia colombiana, el cual ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir. Además, permite reflexionar acerca de la alimentación, entendiendo que ésta inicia desde la selección de los alimentos y el tiempo que dedicamos tanto en su preparación como en su consumo.

Con este Plato Saludable de la Familia Colombiana, se invita a reunirse en familia para preparar los alimentos, elegir y consumir alimentos frescos y variados, practicar actividad física y consumir agua fresca. Se hace necesario aclarar que las relaciones de los grupos de alimentos que se presentarán a continuación corresponden por lo menos a una ración diaria en las comidas.

Puedes además entrar a este recetario para cocinar en familia, sin antes olvidar tener en cuenta estas recomendaciones esenciales para que tus actividades en la cocina sean

Puedes además entrar a este recetario para cocinar en familia, sin antes olvidar tener en cuenta estas recomendaciones esenciales para que tus actividades en la cocina sean seguras.

Powered by CamScanner

Seis grupos de alimentos esenciales en todas las preparaciones

En las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) para la población Colombiana, se indica la clasificación de alimentos saludables en seis grupos, en el presente recetario encontrarás recetas con cada uno de estos grupos, encontrando desde su combinación y complemento, la mejor forma de alimentarse en familia. A continuación te presentamos la clasificación de los seis grupos de alimentos el plato saludable de la familia Colombiana.





Reflexiones.

El plato saludable de la familia colombiana contiene 6 grupos de alimentos: frutas, verduras, carnes, lácteos, aceites azucares, cereales.

Entender que los alimentos deben siempre complementarse con hidratación de agua de manera constante y ejercicio.

Conclusiones:

Las usuarias participaron todas de manera adecuada.

La actividad fue muy satisfactoria y completa, debido a que todas participariamos y aportamos conocimientos

Es importante resaltar constantemente la importancia de tener una alimentación adecuada según la edad que se tenga siempre complementado con lactancia materna hasta los 6 meses, hidratación y ejercicios.

Despedida: Se agradece la participación a los beneficiarios presentes en el desarrollo de las actividades programadas.

Compromisos/ tareas	Responsables	Fechas

Powered by CamScanner

brindar la información adecuada de los grupos de alimentos del plato saludable	fami Usuarias programa	Mensualmente
Promover la oportuna divulgación acerca del no consumo en lo posible de alimentos inorgánicos o de paquete	fami Usuarias programa.	Mensualmente
Ser duplicadores de la información no solo ante las familias participantes sino ante la comunidad	fami Usuarias programa	Mensualmente
FIRMAS DE ASISTENTES	**ENTIDAD**	**FIRMAS**
NIDIA JOHANNA VASQUEZ RICO	ASOCIACION PORFIA TRES	Nidia Vasquez.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





Powered by CamScanner

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.177-6

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

Mayo 2025

NOMBRE DE LA UDS: Arco Iris
ACTIVIDAD: Plato Saludable
LUGAR DE REUNION: Cra 20 #41-20

No.	NOMBRE DEL NIÑO(A) MUJER GESTANTE	NUIP/C.C/T.I/PEP	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	VERONICA HELENY NURILLO VARGAS	1123438667	VERONICA HELENY NURILLO VARGAS	1123438667	3502061527	Veronica Nurillo
2	YEIDY ANABEL CERON ARIZA	1116664368	YEIDY ANABEL CERON ARIZA	1116664368	3228181342	Yeidy Ceron
3	HEIDY MICHEL ROMERO ROMERO	1121878828	HEIDY MICHEL ROMERO ROMERO	1121878828	3222299971	Heidy Romero
4	LESLIE DAYANNA CORTES MERCADO	1122508231	LESLIE DAYANNA CORTES MERCADO	1122508231	3229317165	Leslie Cortes
5	KAROLINE DANETSY ROMERO LOPEZ	1006877001	KAROLINE DANETSY ROMERO LOPEZ	1006877001	3108887865	Karoline Romero
6	DANIELA ALEJANDRA DIAZ HERRERA	1193090901	DANIELA ALEJANDRA DIAZ HERRERA	1193090901	3507099178	Daniela Diaz
7	LEIDY GABRIELA CARDONA PEÑA	1121936971	LEIDY GABRIELA CARDONA PEÑA	1121936971	3132821108	Gabriela Cardona
8	KAREN YULITZA LOPEZ GARCES	1192775346	KAREN YULITZA LOPEZ GARCES	1192775346	3223129089	Yulitza Lopez
9	ANGIE TATIANA BRICEÑO BARCALDO	1121922695	ANGIE TATIANA BRICEÑO BARCALDO	1121922695	3106082231	Angie Tatiana B
10	BERTHA CECILIA ARBELAEZ FORERO	1006964459	BERTHA CECILIA ARBELAEZ FORERO	1006964459	3126756086	Bertha Arbelaez
11	YIHAN MAYERLY MERCHAN VARELA	1121881846	YIHAN MAYERLY MERCHAN VARELA	1121881846	3222206053	Mayerly Merchan
12	ANGELICA MARIA HURTADO SOLIS	1113653992	ANGELICA MARIA HURTADO SOLIS	1113653992	3015507197	Angelica H
13	JAYDEN MATHIAS MENDIETA ROJAS	1121967722	LEYDY YULIANA MENDIETA ROJAS	1006798790	3223633565	Leidy Mendieta
14	AISLANY VICTORIA MORA BARRETO	1121987776	MARIA ALEJANDRA BARRETO RODRIGUEZ	1123803813	3203074638	maria barreto
15	LAUREN CAMILA HERNANDEZ CANTURA	1234796044	LEIDY TATIANA CANTURA LEAL	1122682587	3142324397	Leidy Cantura

responsable de la unidad de servicio Nidia Vasquez cedula 40195442.

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO: 50006532024**	**UDS: AVENTURAS EMPAÑALES**
HORA: 3 PM	**FECHA: 3,4.5 MAYO2025**
LUGAR: CRA 18 # 08 93 LA CUNCIA	**TEMA: P´LATO SALUDABLE**
POBLACIÓN OBJETO: BENEFICIARIOS	
OBJETIVO:	**CONCIENTIZAR LA IMPORTANCIA DE LAS ACTIVACIONES DE RUTAS Y VULNERACION DE LOS DERECHOS**

AGENDA:

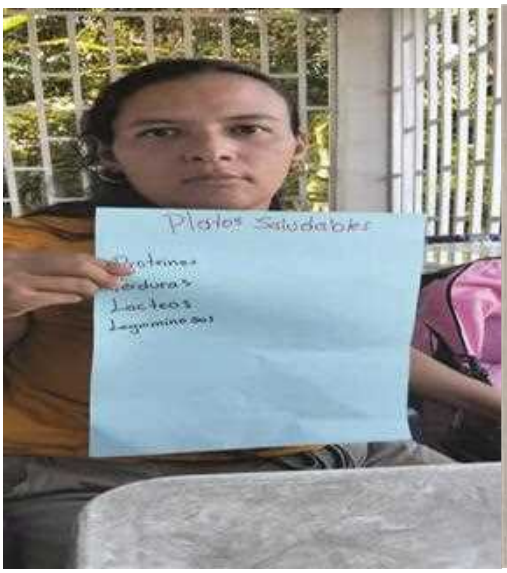
1. **Saludo siendo las dos de la tarde del mes de abril**
2. **se realiza un saludo por medio de una canción**

DESARROLLO

SIENDO 3,4,5 DE MAYO DEL 2025 NOS REUNIMOS EN HOGAR AVENTURAS ENPAÑALES CON EL FIN DE REALIZAREL TEMA DEL PLATO SALUDABLES LES DOY A CONOCER ALAS MAMITAS LA IMPORTANCIA DE COMER SALUDABLES Y MAS DURANTE Y DESPUES DEL EMBARAZO PORQUE DEBIDO A TODOS ESTAS NUEVAS EBFERMEDADES QUE SE ESTAN PRONUNCIANDO DURATE EL EMBARZOS COBN PLEGANCIA,DIABETES ,COLESTEROL TODO ESTAS ENFERMEDADS SE GENERAN POR MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLES LAS MAMITAS REALIZAR UNA

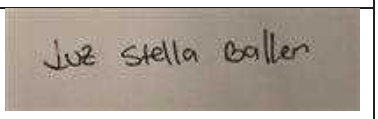
CARTELERA AL TEMA QUE SIGNIFICO Y QUE EXPERIENCIAS SE HAN GENERADO EN CASA

Eviendecias Fotograficas:





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
CONCIENTIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA HABITOS DE ESTILO VIDA SALUDABLE	partcipantes	3,4,5,MAYO2025

MADRE COMUNITARIA	CARGO	FIRMA
Luz stella ballen chisaba	Madre comunitaria	

Se Anexan FIRMAS



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Construyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5 2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: Asociación empinal — FECHA: 24 5 Mayo 2024
ACTIVIDAD: taller a padres — TEMA: Pare saludable
LUGAR DE REUNION: Cr 18 #8-93

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	SOPHIE ANTONELLA MOLINA B	1121988163	MARIA ANGELICA BAQUERO	1121913639	3125775542	Angela baquero
2	DIANA MAYERLY ALFARO	40.332.014	DIANA MAYERLY ALFARO	40.332.014	3106737850	Diana alfaro
3	SIMONA GOMEZ VASQUEZ	1.123.454.813	MARGARITA GOMEZ	1032466426	3212115988	Margarita Gómez
4	SANDRA PATRICIA CARDENAS	1.006.821.446	SANDRA PATRICIA CARDENAS	1.006.821.446	3134156428	sandra cardenas
5	LIA ANTONELLA MEDINA	1.121.987.791	YEIMI TATIANA MEDINA	1.007.702.671	3184968426	tatiana medina
6	ERICK GAEL MARIN	1.123.624.977	PAULA MICHEL MEDINA	1.121.987.791	3214628622	Paula
7	DIANA CAROLINA DIAZ	1.234.702.237	DIANA CAROLINA DIAZ	1.234.792.237	3234908364	Diana Paz
8	ANGEL MATHEO ALVUVE M	1.121.987.296	ANGELA MORALES	1.110.579.528	3112938068	angela morales
9	MAITE VALERIA BAQUERO R	40.219.608	ANGIE LORENA BAQUERO	1.121.913.630	3118881202	ANGIE BAQUERO
10	LUISA ALEJANDRA LEON	1.118.568.515	LUISA ALEJANDRA LEON	1.118.568.515	3507787781	Luisa León
11	HELLEN VICTORIA CHICUASUQUE	1.123.455.051	HEIDY YURIEM PARRA SANCHEZ	1.006.772.394	3223372828	HEIDY PARRA
12	VANESA ALEXANDRA BAQUERO	1.006.772.405	VANESA ALEXANDRA BAQUERO	1.006.772.405	3113044728	Vanesa baquero
13	LISBETH YURANI CARDENAS	1.122.132.352	LISBETH YURANI CARDENAS	1.122.132.352	3204567890	Lisbeth C.
14	AILYN CELESTE BERMUDWZ	1.121.988.080	MONICA LORENA OVIEDO	1070614671	3222169105	monica oviedo
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Luz Stella Ballen
Responsable de la unidad de servicio y No cedula
40216607

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS: CARITA FELIZ**
HORA: 8 :00 AM	**FECHA:** 20,21,22/ 05/2025
LUGAR: Calle 17 sur # 10 -27 Villamelida	**TEMA:** *ESCUELA PARA FAMILIA EL PLATO SALUDABLE*
POBLACIÓN OBJETO: : 15 FAMILIAS USUARIAS UDS CARITA FELIZ	
OBJETIVO:	IDENTIFICAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS MAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA, RESALTANDO LA IMPORTANCIA DE UNA SANA ALIMENTACION

AGENDA:

1 SALUDO

2 LLAMADO A LISTA

3.SOCIALIZACIÓN

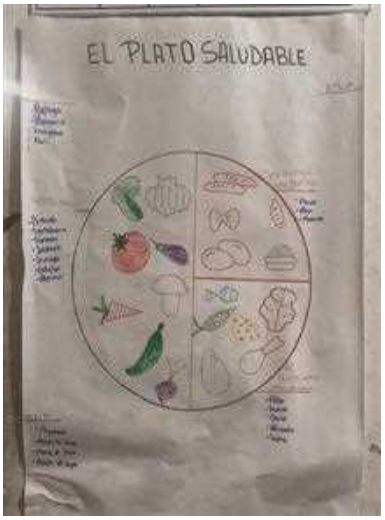
4. PREGUNTAS Y EVALUACIÓN

DESARROLLO:

Se realiza la socialización de escuela para familias brindando el tema acerca del plato saludable, y como esta conformado ya que este contiene granos enteros ,alimentos integrales,reconociendo que cada alimento es rico en protdinas ,minerales ,teniendo una comida equilibradadonde el 50% del plato saludable con verduras y hortalizas y el resto entre proteinas y minerales,frutas,verduras y cereales,debemos consumir en nuestro plato saludable pescado y carnes y huevos de 3 a 4 veces en la semana,legumbres de 2 a 4 veces en la semana,frutos secos de 3 a 7 raciones en la semana,la pasta y el arroz se debe consumir de 2 a 3 veces en la semana,se realizo una cartelera donde especifica los

alimentos que compone un plato saludable, y se les indica que para que no tengan inconvdnientes con los niños y niñas y tengan mas agrado al consumirla se pueden variar los alimentos con diferentes presentaciones y formas de decorar un plato ya que a ellos les encanta encontrar figuras con sus papas ,el arroz ,la fruta. Tambien realizaremos un juego de loteria basado en frutas y hortalizas por ultimo participaremos en la ruleta de alimentos,basada en el plato saludable.se les pregunta como les parecio nuestra socializacion del plato saludable?cual es la importancia?si lo colocaran como prioridad en sus alimentos?

Ya terminados los encuentros se anexan las firmas y se agradece por su asistencia en los encuentros grupales y se les invita a poner en practica los alimentos naturales







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Reconocer y aceptar tus emociones tal como vienen, sin juzgarlas como buenas o malas	UDS CARITA FELIZ	SIEMPRE
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES	FAMI	

Se Anexan Firmas



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 SEDE: HOGAR CANTA Y LUZ
ACTIVIDAD:
LUGAR DE REUNION: CALLE 17 BIS # 19-27 BARRIO VILLA MARLENA

FECHA: 2021/12/05
TEMA: Taller a padres
El juego Saludable

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	OLGA LUCIA MORENO PARRADO	1121951854	OLGA LUCIA MORENO PARRADO	1121951854	3132172894	
2	YULY MARLLELY AGUDELO RAMOS	1121867379	OMAR EDUARDO PARRADO PARRADO	1121874593	3204709685	
3	MARIA ESTHER RODRIGUEZ VERGEL	1121889170	YEFFERSON DAVID GUARNIZO HERRERA	1122514148	3227715649	
4	ANGIE YERALDIN RODRIGUEZ RINCON	1004503398	OSWAN ARSENIO ZARATE BELTRAN	1120588584	3143189197	
5	YADI MICHEL LOPEZ CHIPATECUA	1006769418	YADI MICHEL LOPEZ CHIPATECUA	1006769418	3204709372	
6	EMMANUEL JIMENEZ HERNANDEZ	1121889141	YENNY ALEXANDRA HERNANDEZ MARTINEZ	1121889607	3115888830	
7	SAMUEL VEGA HENAO	1244828745	SANDRA MILENA HENAO GIL	1121916534	3203402682	
8	JOSHUA NICOLAS SANCHEZ VALENCIA	1244828736	ALISON ALEJANDRA VALENCIA PINEDA	1121931089	3134196588	
9	MARIANA GOMEZ JIMENEZ	1121887824	MILEIDY JIMENEZ ENCISO	35859000	3213373307	
10	ALANA ALEXANDRA AMAYA RAMIREZ	1244828718	LUZ KATHERINE RAMIREZ CORREA	1122889588	3209139469	
11	THIAGO EMMANUEL ROA BIBBCUTH	1123824888	YANNIS AMAYDA BIBBCUTH CACERES	1121883464	3108439983	
12	AIDAN DAVID MONROY RIOS	1121887178	ANGIE LORENA MONROY RIOS	1024480431	3104806130	
13	ANA SOFIA MATTA SAAVEDRA	1253258475	JINETH CAROLINA SAAVEDRA SANCHEZ	1121864838	3207295571	
14	EMILIANO ARENAS RIVEROS	1122943707	DAMARIS MAYERLY RIVEROS SILVA	1121883466	3136834778	
15	AYLEEN LUCIANA RUIZ RIVEROS	1121888602	YURITZA RUIZ RIVEROS	1020773483	3115333394	
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y/o cedula: LUZ BETTY VARGAS GOMEZ MORALES CC # 21185015

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES **CONTRATO:** 50006532024	**UDS: CRECIENDO FELIZ**
HORA: 3 PM	**FECHA: MAYO 6,7,8 2025**
LUGAR: Calle 39ª 6c-53 Manantial.	**TEMA**: PRESENTACIÓN PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: BENEFICIARIOS Y CUIDADORES DEL PROGRAMA FAMI JORDAN-PARAISO	
OBJETIVO:	Proporcionar los nutrientes que el cuerpo necesita para mantener el buen funcionamiento del organismo, conservar o restablecer la salud, minimizar el riesgo de enfermedades, garantizar la reproducción, gestación, lactancia

AGENDA:

1. SALUDO
2. OBJETIVO
3. SOCIALIZACIÓN DEL TEMA.
4. FIRMAS

DESARROLLO: Se da inicio a la socialización con los padres usuarios ESCUELA DE PADRES en este caso presentación de plato saludable, indicando a las usuarias de la importancia de este tema para nuestra buena nutrición A través de la imagen de un plato circular se presentan las proporciones adecuadas de los alimentos que hay que consumir para mantener una dieta saludable y equilibra. Los grupos de alimentos que se encuentran dentro de lo que denominaríamos plato saludable son los aceites, verduras, frutas, proteínas, cereales y agua. Para cada grupo hay algunas recomendaciones: ▪ Aceites: utilizar aceites saludables, como el de oliva virgen para cocinar y aliñar los platos. ▪ Verduras: cuánta más verdura consumimos y más variada sea mejor. Las verduras 'tienen que ser mayoría' en nuestra dieta. Escoger entre crudas o cocidas y entre colores y texturas nos ayudará a aumentar las defensas de nuestro cuerpo.

▪ Frutas: es importante comer mucha fruta y de muchos colores y, por eso, hay que introducirla como principal plato de postres. Escoger variedad de colores y texturas y comer tanto fruta cruda (mantener la piel siempre que sea posible) como cocida ayuda a aumentar las defensas de nuestro cuerpo.

▪ Cereales y tubérculos: podemos escoger entre arroz, pasta, pan y otros cereales ya que nos aportan la energía diaria necesaria. Los cereales integrales, como el pan y el arroz sacian y aportan energía durante más tiempo. Y podemos comer patatas y tubérculos con piel hasta un máximo de tres raciones a la semana. Las legumbres pueden enriquecer la dieta sustituyendo a los cereales y a los tubérculos.

▪ Lácticos, pescado, huevos y carne: tenemos que tomar lácticos (un yogurt, un trozo de queso o un vaso de leche), pescado, huevos y aves y ocasionalmente carne roja (ternera, cordero…) y carne procesada (embutidos)

. ▪ Agua: hay que beber mucha agua diariamente. ▪ Frutos secos: es recomendable incluir unos cuántos frutos secos o semillas cada día en nuestra dieta. CONCLUSIONES: Con la alimentación teniendo en cuenta el plato saludable contribuimos a una alimentación saludable que nos ayuda a no padecer enfermedades crónicas y promoviendo el bienestar familiar.

CONCLUSIONES: Con la alimentación teniendo en cuenta el plato saludable contribuimos a una alimentación saludable que nos ayuda a no padecer enfermedades crónicas y promoviendo el bienestar familiar.



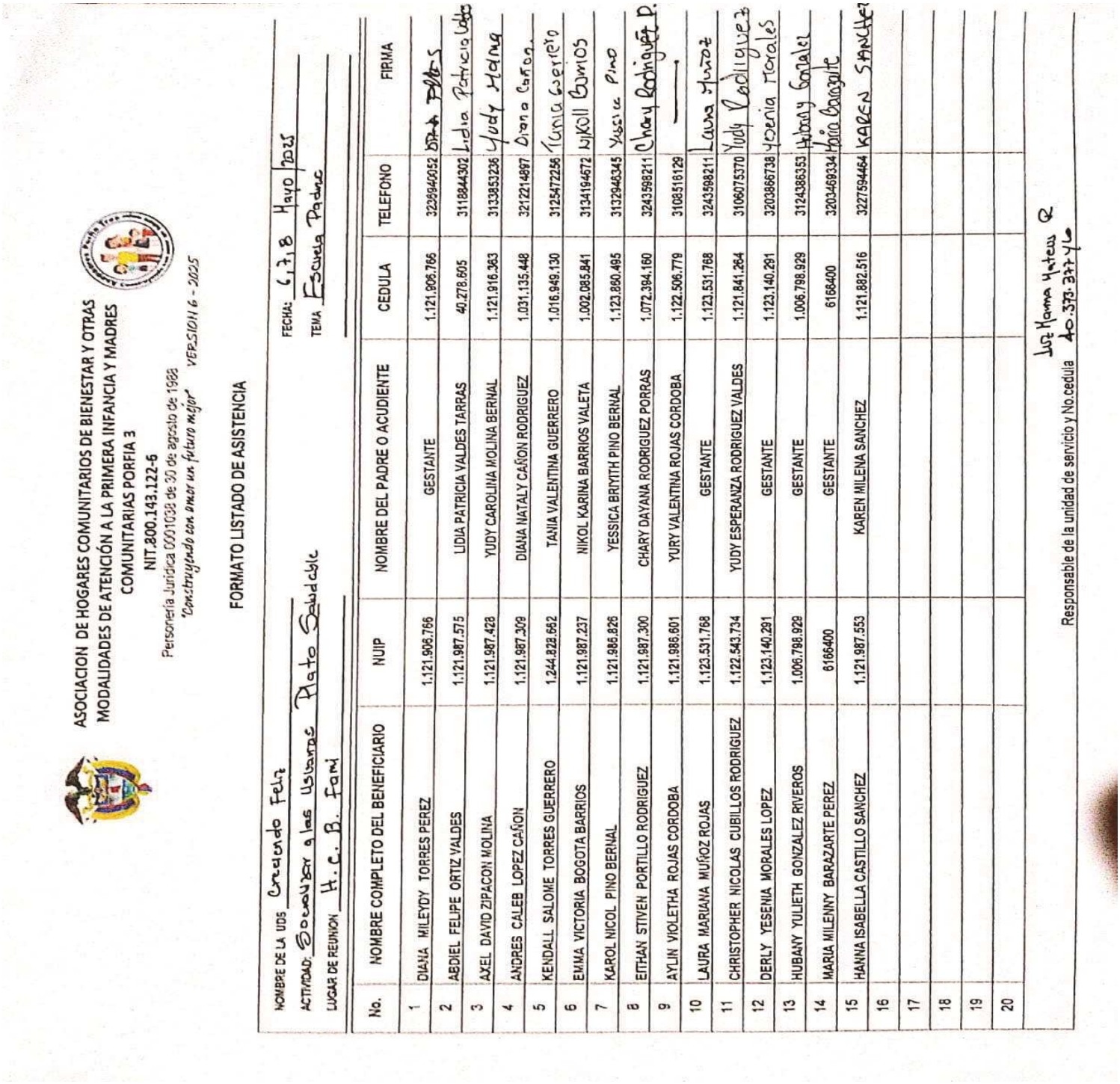
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Que las mamitas conozcan los diferentes alimentos que integran los alimentos del plato saludable comida colombiana. Y la preparación de los mismos en diferentes formas para una buena nutrición de la familia.	Fami- usuarios	Todo el año.
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
LUZ MARINA MATEUS ROLDAN	**FAMI**	

FIRMAS PLAN DE SENSIBILIZACIÓN



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: Creciendo Feliz — FECHA: 6, 7, 8 Mayo 2025
ACTIVIDAD: Socializar a las Usuarias Ruta Saludable — TEMA: Escuela Padres
LUGAR DE REUNION: H. C. B. Fami

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	DIANA MILEYDY TORRES PEREZ	1.121.908.766	GESTANTE	1.121.908.766	3239946052	
2	ABDIEL FELIPE ORTIZ VALDES	1.121.987.575	LIDIA PATRICIA VALDES TARRAS	40.278.805	3118844302	Lidia Patricia Valdes
3	AXEL DAVID ZIPACON MOLINA	1.121.987.428	YUDY CAROLINA MOLINA BERNAL	1.121.916.383	3133853236	Yudy Molina
4	ANDRES CALEB LOPEZ CAÑON	1.121.987.309	DIANA NATALY CAÑON RODRIGUEZ	1.031.135.448	3212214897	Diana Cañon
5	KENDALL SALOME TORRES GUERRERO	1.244.828.662	TANIA VALENTINA GUERRERO	1.016.949.130	3125472256	Tania Guerrero
6	EMMA VICTORIA BOGOTA BARRIOS	1.121.987.237	NIKOL KARINA BARRIOS VALETA	1.002.085.841	3134194572	Nikol Barrios
7	KAROL NICOL PINO BERNAL	1.121.986.826	YESSICA BRYITH PINO BERNAL	1.123.880.495	3132946345	Yessica Pino
8	ETHAN STIVEN PORTILLO RODRIGUEZ	1.121.987.300	CHARY DAYANA RODRIGUEZ PORRAS	1.072.394.160	3243598211	Chary Rodriguez P.
9	AYLIN VIOLETTA ROJAS CORDOBA	1.121.986.601	YURY VALENTINA ROJAS CORDOBA	1.122.506.779	3108516129	
10	LAURA MARIANA MUÑOZ ROJAS	1.123.531.768	GESTANTE	1.123.531.768	3243598211	Laura Muñoz
11	CHRISTOPHER NICOLAS CUBILLOS RODRIGUEZ	1.122.543.734	YUDY ESPERANZA RODRIGUEZ VALDES	1.121.841.264	3106075370	Yudy Rodriguez
12	DERLY YESENIA MORALES LOPEZ	1.123.140.291	GESTANTE	1.123.140.291	3203866738	Yesenia Morales
13	HUBANY YULIETH GONZALEZ RIVEROS	1.006.798.929	GESTANTE	1.006.798.929	3124386353	Hubany Gonzalez
14	MARIA MILENNY BARAZARTE PEREZ	6166400	GESTANTE	6166400	3203469334	Maria Barazarte
15	HANNA ISABELLA CASTILLO SANCHEZ	1.121.987.553	KAREN MILENA SANCHEZ	1.121.882.516	3227594464	Karen Sanchez
16						
17						
18						
19						
20						

Luz Yanna Yatem Q
Responsable de la unidad de servicio y No.cedula 40.373.3224-6

ANEXAMOS FIRMAS ESCUELA DE PADRES

ACTA DE REUNION	
EAS: **CONTRATO:**	**UDS:**
HORA:	**FECHA:**
LUGAR:	**TEMA:**
POBLACIÓN OBJETO:	
OBJETIVO:	





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

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:50006532024**	**UDS**: DESCUBRIENDO TALENTOS
HORA: 2:00PM	**FECHA: 7,8,9 MAYO 2025**
	TEMA: Taller a padres "el plato saludable"
POBLACIÓN OBJETO: USUARIOS	
OBJETIVO:	PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y SALUDABLE , ASI EVITAREMOS ENFERMEDADES, Y MEJORAMOS NUESTRA SALUD EN GENERAL

AGENDA:

1. SALUDO
2. SOCIALIZACION DEL TEMA
3. ARMAR Y ELEGIR UN PLATO SALUDABLE

DESARROLLO:

El plato saludable de la familia colombiana, basadas en las guias alimentarias (GABAS) es una guia nutricional que promueve una alimentación saludable y balanceada para la población. Estas gabas ofrecen recomendaciones prácticas para seleccionar y consumir alimentos.

COMO FUNCIONA EL PLATO SALUDABLE DE LA FAMILIA COLOMBIANA:

El plato saludable se basa en la idea de que una alimentación equilibrada debe incluir diferentes grupos de alimentos en proporciones adecuadas. Los alimentos se clasifican en grupos como:

- Cereales, tubérculos, raíces, platanos y derivados; ofrecen energía y fibra.
- Frutas y verduras: son fuente de vitaminas, minerales y fibra.
- Leche y productos lácteos: aportan calcio y otros nutrientes importantes para la salud ósea.
-
- Carnes, heuvos, leguminosas, frutos secos y semillas: son fuente de proteínas grasas saludables y otros nutrientes.

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

Powered by CamScanner

- Grasas: incluyen aceites vegetales y grasas saludables xde origen animal.
- Azucares: aportan energía pero debe consumirse con moderación .

RECOMENDACIONES GENERALES:

- CONSUMIR ALIMENTOS FRESCOS Y VARIADOS
- DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL
- PRIORIZAR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
- LACTEOS Y HUEVOS: (recomendado diariamente para la salud de los músculos,huesos y dientes.
- LEGUMINOSAS: (al menos dos veces por semana)
- REDUCIR EL CONSUMO DE GRASAS SATURADAS.

EL plato saludable de la familia colombiana nos ayuda a elegir una alimentación variada,nos indica en cada tiempo de comida , se deben incluir alimentos de todos los grupos en cantidades adecuadas.

Por otra parte nos invitan a comer mas alimentos frescos y menos alimentos procesados industrialmente ya que estos pueden contener azucares ,sodio y grasas añadidas que lo hacen poco saludable.

También esta guía nos invita a consumir alimentos que se producen y se preparan en nuestras regiones,especialmente cuando esten en cocecha y se pueden obtener a mejor precio.

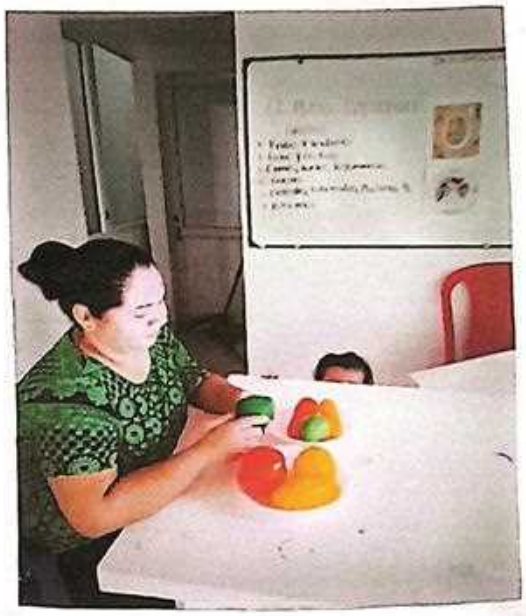
Adicionalmente y con igual importancia nos invita a consumir agua durante el dia y realizar actividad fisica

Evidencias fotográficas:

Powered by CamScanner

Evidencias fotográficas







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
las usuarias Se comprometen a mejorar su comida por su bienestar.	Usuarias	7, 8, 9 mayo/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Sandra Liliana Ayala Tovar	madre fami;	

Se Anexan Firmas

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** DULCES SUEÑOS
HORA: 8/30AM	**FECHA: 24/25/26/05/2025**
LUGAR: CALLE 68 No 44-26 PORFIA	**TEMA:** TALLER PARA PADRES ALIMENTACION SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: madres gestantes y lactantes	
OBJETIVO:	La alimentación saludable es aquella que cumple con las necesidades nutricionales que necesita el cuerpo, para mantener una buena salud.

AGENDA:

1. Saludo y bienvenida
2. Objetivo y presentación del tema por medio de charla
3. desarrollo de la actividad.
4. recolección de firmas

DESARROLLO: Saludamos muy amablemente a los papitos y cuidadores de los niños de nuestra unidad Dulces Sueños luego se expone el tema sobre la alimentación saludable ya que se basa en consumir una variedad de alimentos que proporcionen los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del cuerpo, la salud y el bienestar.

Se evidencia que algunas participantes no asistieron a los encuentros ya que se encuentran en licencia de maternidad.

Evidencias Fotográficas:



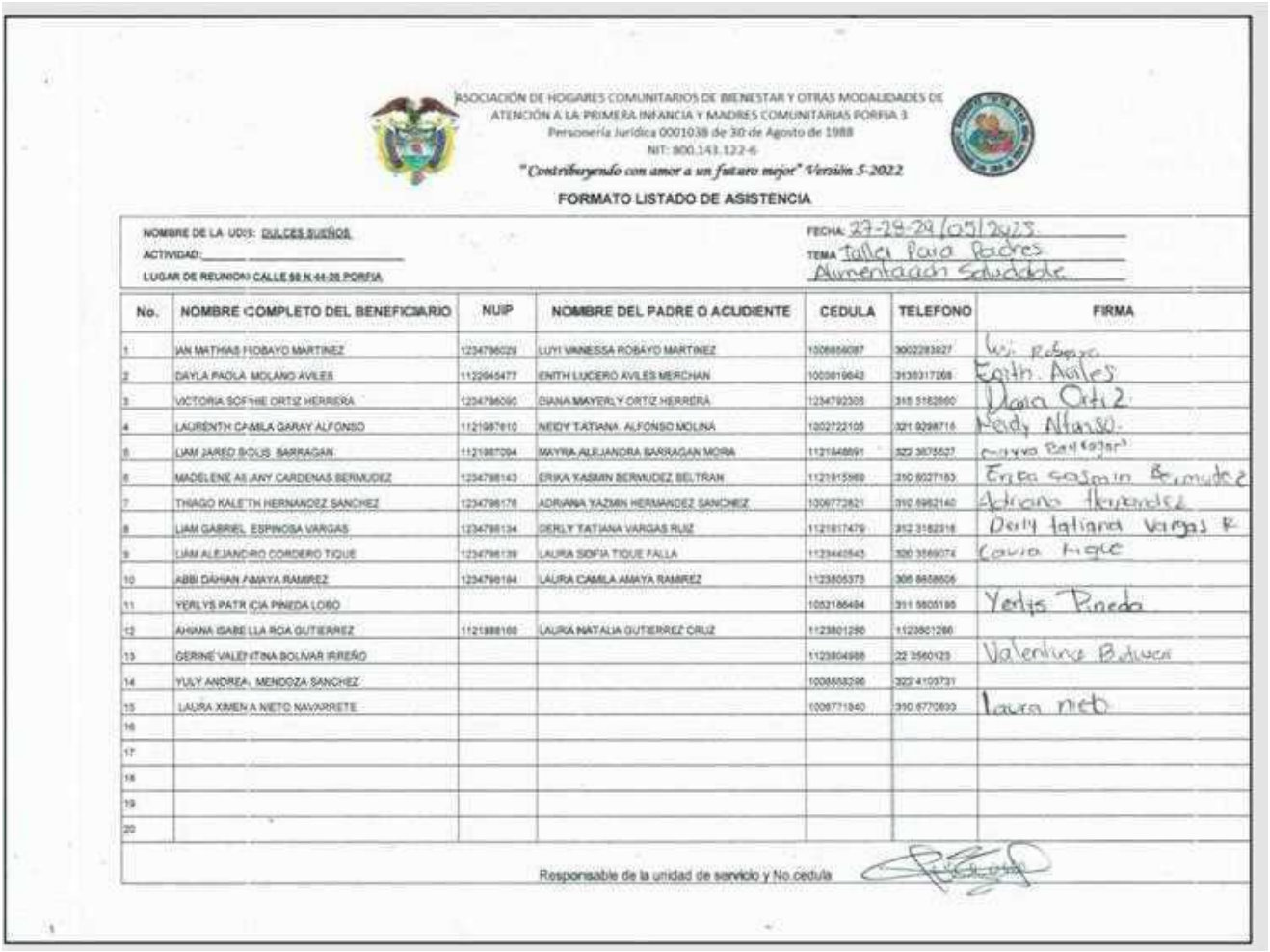






Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
LILIANA CUESTA	MADRE COMUNITARIA	LILIANA CUESTA

Se Anexan Firmas



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Construyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: DULCES SUEÑOS
ACTIVIDAD:
LUGAR DE REUNION: CALLE 58 N 44-28 PORFIA

FECHA: 27-29-29/09/2023
TEMA Taller Para Padres
Alimentación Saludable

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	JAN MATHIAS ROBAYO MARTINEZ	1234796029	LUYI VANESSA ROBAYO MARTINEZ	1006866087	3002293927	Luyi Robayo
2	DAYLA PAOLA MOLANO AVILES	1122645477	EDITH LUCERO AVILES MERCHAN	1003819643	3135317208	Edith Aviles
3	VICTORIA SOFHIE ORTIZ HERRERA	1234796090	DIANA MAYERLY ORTIZ HERRERA	1234792308	315 3182660	Diana Ortiz
4	LAURENTH CAMILA GARAY ALFONSO	1121987610	NEIDY TATIANA ALFONSO MOLINA	1002722105	321 9298716	Neidy Alfonso
5	LIAM JARED BOLIS BARRAGAN	1121987094	MAYRA ALEJANDRA BARRAGAN MORA	1121848691	322 3875527	Mayra Barragan
6	MADELENE ALJANY CARDENAS BERMUDEZ	1234798143	ERIKA YASMIN BERMUDEZ BELTRAN	1121915969	310 8027183	Erika Yasmin Bermudez
7	THIAGO KALETH HERNANDEZ SANCHEZ	1234798178	ADRIANA YAZMIN HERNANDEZ SANCHEZ	1006772821	310 6982140	Adriana Hernandez
8	LIAM GABRIEL ESPINOSA VARGAS	1234798134	DERLY TATIANA VARGAS RUIZ	1121817479	312 3182316	Derly Tatiana Vargas R
9	LIAM ALEJANDRO CORDERO TIQUE	1234798139	LAURA SOFIA TIQUE FALLA	1123442643	320 3569074	Laura Tique
10	ABBI DAHIAN AMAYA RAMIREZ	1234798184	LAURA CAMILA AMAYA RAMIREZ	1123805373	306 8658606	
11	YERLYS PATR ICIA PINEDA LOBO			1052186484	311 5805186	Yerlys Pineda
12	AHIANA ISABE LLA ROA GUTIERREZ	1121888188	LAURA NATALIA GUTIERREZ CRUZ	1123801286	1123801286	
13	GERINE VALE NTINA BOLIVAR IRREÑO			1123804988	22 3560123	Valentina Bolivar
14	YULY ANDREA MENDOZA SANCHEZ			1006858296	322 4103731	
15	LAURA XIMEN A NIETO NAVARRETE			1006771840	310 6770893	Laura Nieto
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No cedula

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES ***CONTRATO:*** 500016532024	***UDS:*** EL AMISTOSO
HORA: 2:30 PM	***FECHA:*** 13, 14, 15 DE MAYO DE 2025
LUGAR: CL 14 A 42 09 ESTE	***TEMA:*** PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: 14 PARTICIPANTES	
OBJETIVO:	Socializar las GABAS de para las gestantes y lactantes, como para la población colombiana en general.

AGENDA:

1. Saludo.
2. explicación del tema.
3. actividad a realizar.
4. marcha final.

DESARROLLO:

1. Saludo

Muy buenos días/tardes a todas, es un gusto encontrarnos hoy en este espacio diseñado especialmente para ustedes, mujeres gestantes y madres lactantes que atraviesan una etapa maravillosa y de grandes transformaciones.

Hoy queremos invitarlas a vivir una experiencia que nos conecte con los saberes de nuestras familias y comunidades a través de los sabores que cuidan el cuerpo y el corazón.

Vamos a conversar y explorar cómo la alimentación fresca, local y de temporada no solo nutre a nuestro bebé y a nosotras mismas, sino que también refuerza el vínculo afectivo y la memoria de nuestros hogares.

Este encuentro tiene como propósito reconocer alimentos que nos fortalecen durante el embarazo y la lactancia, inspirarnos en las tradiciones que nos han acompañado desde siempre, y construir juntas ideas para un plato saludable, sencillo y lleno de vida.

Les invito a iniciar con una pequeña reflexión:

¿Qué alimento o receta especial les recuerda un momento de cuidado y cariño en su vida?

Tengan ese recuerdo presente, porque será la base de nuestro recorrido de hoy, donde a través de los sentidos y de nuestras memorias, redescubriremos el poder amoroso de los alimentos que nos ofrece nuestra tierra.

2. Explicación del tema

Vamos a fortalecer nuestros conocimientos y prácticas sobre alimentación saludable, reconociendo la importancia de los alimentos frescos, locales y de temporada, especialmente durante el embarazo y la lactancia.

Hablaremos de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) y construiremos juntas una idea de lo que sería un "plato saludable", inspirado en lo que nos da nuestra tierra y nuestras tradiciones.

También conversaremos sobre cinco aspectos esenciales:

- Alimentos locales y de temporada que nutren el cuerpo y fortalecen la producción de leche materna.
- Formas tradicionales de cuidado a través de la alimentación (como sopas, bebidas tibias y aromáticas).
- Características nutricionales de los alimentos (vitaminas, minerales, proteínas).
- Importancia del afecto y la memoria en el acto de alimentar.
- Sostenibilidad y accesibilidad de los alimentos naturales, frescos y económicos.

3. Actividad a realizar

- Exploración sensorial inicial
- Se presenta una variedad de frutas, verduras, semillas, hierbas aromáticas y productos frescos de la región.
- Cada participante los explora con los sentidos: aroma, textura, color, sabor. Se les pregunta qué recuerdos evocan esos alimentos, qué emociones les generan y cómo los consumen en casa.
- Dinámica grupal: plato saludable
- Se organiza a las participantes en pequeños grupos. Cada grupo:
- Recibe materiales como cartulina, marcadores, tijeras, pegante, recortes e ilustraciones.
- Elabora una composición de un "plato saludable" para una gestante o madre lactante, integrando alimentos locales y de temporada, recetas familiares, saberes compartidos y lo aprendido sobre las GABAS.

- Construcción colectiva: tabla de consumo
- Se presenta una tabla grupal basada en el "Plato Saludable Colombiano".

- Cada participante marca con stickers (o colores) la frecuencia con la que consume alimentos de distintos grupos (frutas, cereales, proteínas, lácteos, etc.), y expresa su percepción sobre el costo y beneficios de esos alimentos.

- Se socializan los resultados y se reflexiona colectivamente: ¿qué consumen más?, ¿qué alimentos podrían incluir más?, ¿qué recetas tradicionales recuerdan y por qué son valiosas?

- Socialización y diálogo
- Cada grupo presenta su "plato saludable", explicando qué alimentos eligieron, qué representan y qué gestos de cuidado quisieron reflejar. Se promueve el diálogo de saberes, el intercambio de recetas y el rescate de tradiciones alimentarias familiares.

Cierre

Querida familia, antes de concluir este encuentro tan especial, les agradecemos profundamente por su participación, por compartir sus saberes, y por el tiempo que dedicaron a reflexionar sobre la importancia de la alimentación en la salud de ustedes y sus bebés. Este espacio fue creado con mucho cariño, y el verdadero valor está en lo que llevamos con nosotros para aplicar en nuestra vida diaria. Los invitamos a reunirse en casa para seguir reflexionando sobre lo que aprendieron hoy. Para que puedan llevar un pedacito de este encuentro a casa, les hemos entregado un refrigerio con algunos alimentos frescos y locales, como recordatorio de la importancia de alimentarnos con lo mejor de nuestra tierra.



Evidencias Fotograficas:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
alimentar mi cuerpo y el de mi bebé con alimentos frescos, locales y llenos de amor, cuidando nuestra salud y nuestras tradiciones cada día	Madre Comunitaria	13, 14, 15 DE MAYO 2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
MONICA ARIAS	MADRE COMUNITARIA	MONICA ARIAS

Se Anexan Firmas



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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	CEDULA	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	YURY VIVIANA PUERTA BOHORQUEZ	1216851370	YURY VIVIANA PUERTA BOHORQUEZ	1216851370	3226034124	
2	CAMILO SEBASTIAN DIAZ ACOSTA	1123459097	LUZ ADRIANA ACOSTA LARINO	1123459414	3216020418	
3	OMARY TATIANA GIRON SARGRAI	1123982218	OMARY TATIANA GIRON SARGRAI	1123982218	3046128351	
4	MARIA YULIANA VALENCIA MARIN	1123017803	MARIA YULIANA VALENCIA MARIN	1123017803	3216131694	
5	MARIA ALEJANDRA ESTRADA	4034128	MARIA ALEJANDRA ESTRADA	4034128	3116224	
6	NEILIS CRIBILEYDI IBARRA GONZALEZ	1081188	NEILIS CRIBILEYDI IBARRA GONZALEZ	1081188	3128580124	
7	ZULLY KATERINE PEÑA ALDANA	1123184656	ZULLY KATERINE PEÑA ALDANA	1123184656	3216536433	
8	NELCY DANIELA VELASQUEZ REPOLVEDA	1123808283	NELCY DANIELA VELASQUEZ REPOLVEDA	1123808283	3045462328	
9	LETICIA MOLINA PEREZ	1123910703	LETICIA MOLINA PEREZ	1123910703	3127128961	
10	PABLO EMILIO MARTINEZ CRUZ	1079135047	PABLO EMILIO MARTINEZ CRUZ	1079135047	3115324481	
11	ANGELICA MONTOYA RODRIGUEZ	1121839011	ANGELICA MONTOYA RODRIGUEZ	1121839011	3104815161	
12	ASHLEE VICTORIA DIAZ GARCIA	1144078741	YULIANA ALEJANDRA GARCIA	5093218	3156760110	
13	ANGIE VALENCIA OSPINA	1007051218	ANGIE VALENCIA OSPINA	1007051218	3206218106	
14	TANIA FRANBURY MORALES UYABAN	1006773780	TANIA FRANBURY MORALES UYABAN	1006773780	3144764832	
15	ISABEL SOFIA ALBARRACIN PEREZ	1123640745	CLAUDIA PEREZ	1123640745	3156940838	
16						
17						
18						
19						
20						

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** EL CARIÑOSO
HORA: 2:00 P.M	**FECHA: ESCUELA DE PADRES** **MAYO 6,7 Y 8**/2025
LUGAR: CL 39 # 46-04 LIBERTADORES	**TEMA:** PLATO SALUDABLE Y TALLA Y PESO

POBLACIÓN OBJETO: MADRES GESTANTES Y LACTANTES

OBJETIVO:	EXPLICAR ALAS MADRES GESTANTES Y LACTANTES COMO PODEMOS AYUDAR EN LA VULNERACION DE DERECHOS DE LOS NIÑOS (AS)

AGENDA:

1. BIENVENIDA
2. SOCIALIZAR EL TEMA
3. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD
4. FIRMAS

DESARROLLO: CON LAS MADRES SE HACE EL TALLA Y PESO DE LOS NIÑOS UTILIZANDO BALANZA Y TALLIMETRO Y TAMBIEN SE HACE LA CHARLA RELACIONADA SOBRE EL PLATO SALUDABLE DONDE JUNTO CON LAS MADRES SE DIALOGA SOBRE LO QUE ELLOS APORTEN QUE ES UN PLATO SALUDABLE EN UN HOGAR COLOMBIANO.





Eviendecias Fotograficas:

1

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
ASISTIR PUNTUALMENTE	USUARIAS	MENSUALMENTE
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
CAMILA BARON LINARES	FAMI	

Se Anexan Firmas



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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: El cariñoso
ACTIVIDAD: Elaboración
LUGAR DE REUNION: Cll 31 # 46-04 Floridablanca

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE
1	ALAIA CRISTINA FANDIÑO AGUIRRE	1121986632	DANIELA ALEJANDRA AGUIRRE MONTAÑA
2	YORMAN ENRIQUE JULIAN AGUIRRE MONTAÑA	1121986801	YULISA CARINA AGUIRRE MONTAÑA
3	LIAN SAMUEL MORENO GARCIA	1121986878	NINI JOHANNA GARCIA PERALTA
4	MARIA LUISA TORRES	1122919174	MARIA LUISA TOTTRES
5	ALEIXA PAOLA GONZALEZ ALVAREZ	1006775903	ALEIXA PAOLA GONZALEZ ALVAREZ
6	JOSE MIGUEL GARCIA RODRIGUEZ	1121987021	KARLA ANDREARODRIGUEZ RISCANEVO
7	SANDRA MILENA PARDO BELTRAN	1121901323	SANDRA MILENA PARDO BELTRAN
8	ALISSON DAYANA RODRIGUEZ LAGUNA	1126704324	SANDI VIVIANA LAGUNA VILLEGAS
9	MIA SAMANTHA BEDOYA ALVAREZ	1123454979	NIXA NATALIA ALVAREZ
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Responsable de la unidad de servicio y No cedula

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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: El cariñoso
ACTIVIDAD: Elaboración
LUGAR DE REUNION: Cll 31 # 46-04 Floridablanca

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE
1	ALAIA CRISTINA FANDIÑO AGUIRRE	1121986632	DANIELA ALEJANDRA AGUIRRE MONTAÑA
2	YORMAN ENRIQUE JULIAN AGUIRRE MONTAÑA	1121986801	YULISA CARINA AGUIRRE MONTAÑA
3	LIAN SAMUEL MORENO GARCIA	1121986878	NINI JOHANNA GARCIA PERALTA
4	MARIA LUISA TORRES	1122919174	MARIA LUISA TOTTRES
5	ALEIXA PAOLA GONZALEZ ALVAREZ	1006775903	ALEIXA PAOLA GONZALEZ ALVAREZ
6	JOSE MIGUEL GARCIA RODRIGUEZ	1121987021	KARLA ANDREARODRIGUEZ RISCANEVO
7	SANDRA MILENA PARDO BELTRAN	1121901323	SANDRA MILENA PARDO BELTRAN
8	ALISSON DAYANA RODRIGUEZ LAGUNA	1126704324	SANDI VIVIANA LAGUNA VILLEGAS
9	MIA SAMANTHA BEDOYA ALVAREZ	1123454979	NIXA NATALIA ALVAREZ
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Responsable de la unidad de servicio y No cedula

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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: El cariñoso
ACTIVIDAD: Elaboración
LUGAR DE REUNION: Cll 31 # 46-04 Floridablanca

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE
1	ALAIA CRISTINA FANDIÑO AGUIRRE	1121986632	DANIELA ALEJANDRA AGUIRRE MONTAÑA
2	YORMAN ENRIQUE JULIAN AGUIRRE MONTAÑA	1121986801	YULISA CARINA AGUIRRE MONTAÑA
3	LIAN SAMUEL MORENO GARCIA	1121986878	NINI JOHANNA GARCIA PERALTA
4	MARIA LUISA TORRES	1122919174	MARIA LUISA TOTTRES
5	ALEIXA PAOLA GONZALEZ ALVAREZ	1006775903	ALEIXA PAOLA GONZALEZ ALVAREZ
6	JOSE MIGUEL GARCIA RODRIGUEZ	1121987021	KARLA ANDREARODRIGUEZ RISCANEVO
7	SANDRA MILENA PARDO BELTRAN	1121901323	SANDRA MILENA PARDO BELTRAN
8	ALISSON DAYANA RODRIGUEZ LAGUNA	1126704324	SANDI VIVIANA LAGUNA VILLEGAS
9	MIA SAMANTHA BEDOYA ALVAREZ	1123454979	NIXA NATALIA ALVAREZ
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Responsable de la unidad de servicio y No cedula

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 CONTRATO: 50006532024	UDS:EL PRINCIPITO
HORA: 8 :00 AM	FECHA: 20,21,22/ 05/2025
LUGAR: Calle 22 c sur 16 c 15 este la carolina	TEMA: *ESCUELA PARA FAMILIA EL PLATO SALUDABLE*
POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS	
OBJETIVO:	IDENTIFICAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS MAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA ,RESALTANDO LA IMPORTANCIA DE UNA SANA ALIMENTACION

AGENDA:

1 SALUDO

2 LLAMADO A LISTA

3.SOCIALIZACIÓN

4. PREGUNTAS Y EVALUACIÓN

DESARROLLO:

Se realiza la socialización de escuela para familias brindando el tema acerca del plato saludable, y como esta conformado ya que este contiene granos enteros ,alimentos integrales,reconociendo que cada alimento es rico en protdinas ,minerales ,teniendo una comida equilibradadonde el 50% del plato saludable con verduras y hortalizas y el resto entre proteinas y minerales,frutas,verduras y cereales,debemos consumir en nuestro plato saludable pescado y carnes y huevos de 3 a 4 veces en la semana,legumbres de 2 a 4

veces en la semana,frutos secos de 3 a 7 raciones en la semana,la pasta y el arroz se debe consumir de 2 a 3 veces en la semana,se realizo una cartelera donde especifica los alimentos aue compone un plato saludable, y se les indica que para que no tengan inconvdnientes con los niños y niñas y tengan mas agrado al consumirla se pueden variar los alimentos con diferentes presentaciones y formas de decorar un plato ya que a ellos les encanta encontrar figuras con sus papas ,el arroz ,la fruta. Tambien realizaremos un juego de loteria basado en frutas y hortalizas por ultimo participaremos en la ruleta de alimentos,basada en el plato saludable.se les pregunta como les parecio nuestra socializacion del plato saludable?cual es la importsncia?si lo colocaran como prioridad en sus alimentos?

Ya terminados los encuentros se anexan las firmas y se agradece por su asistencia en los encuentros grupales y se les invita a poner en practica los alimentos naturales











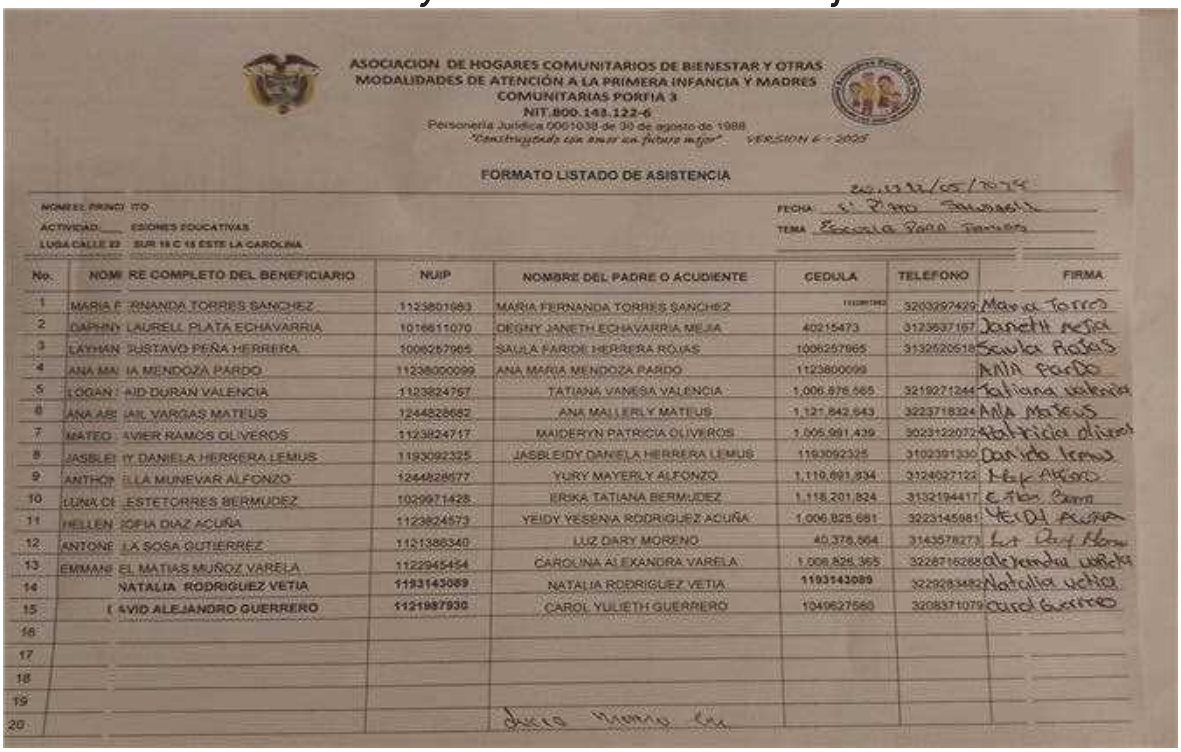






Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Reconocer y aceptar tus emociones tal como vienen ,sin juzgarlas como buenas o malas	Uds el principito	20,21,22/05/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Lucia Moreno Cruz		Lucia Moreno Cruz

Se Anexan Firmas



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 DEL PRINCIPITO
ACTIVIDAD ESIONES EDUCATIVAS
LUGAR CALLE 83 SUR 18 C 18 ESTE LA CAROLINA
FECHA 22/03/05/2024
TEMA Escuela para Jovenes

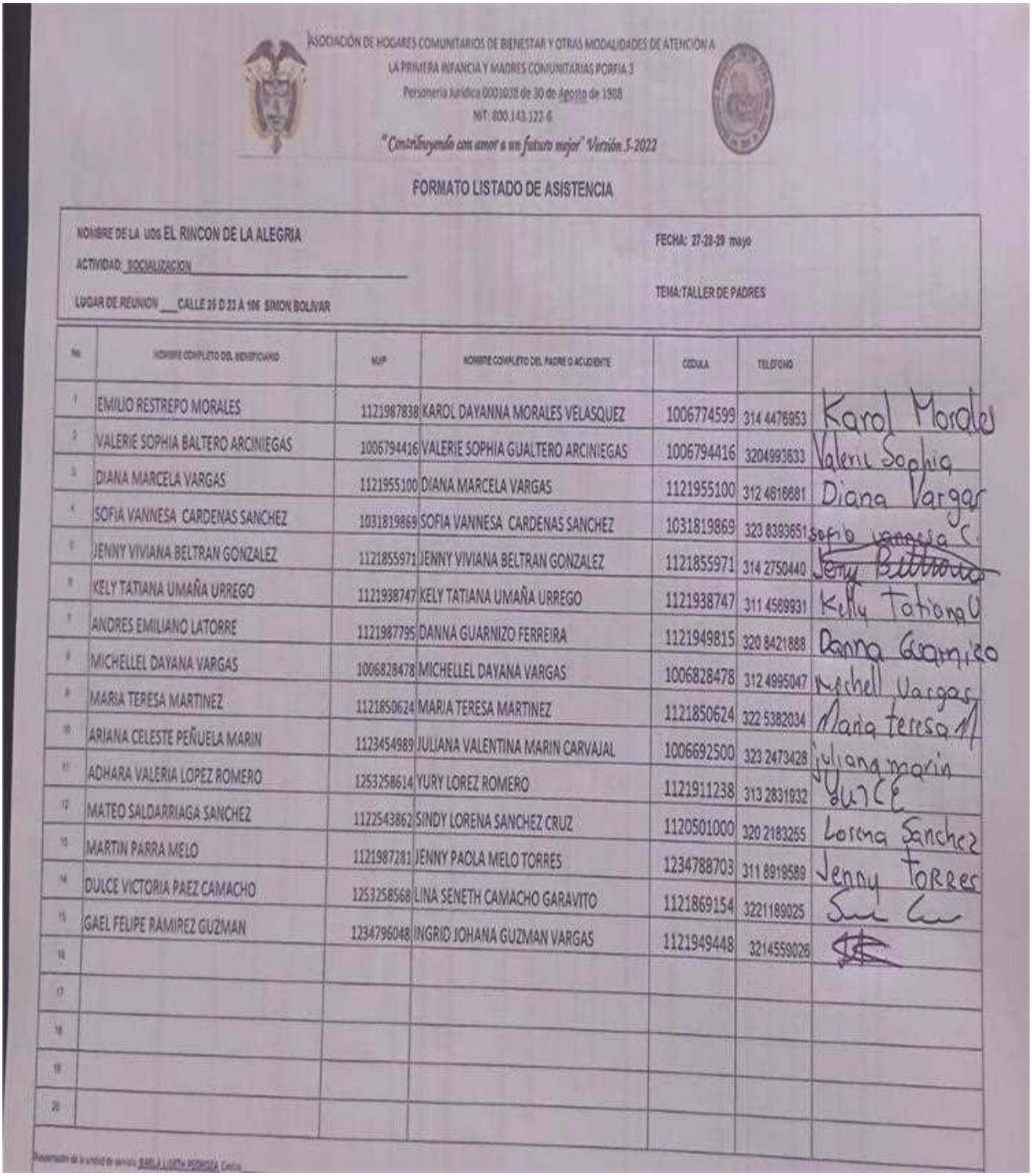
No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MARIA FERNANDA TORRES SANCHEZ	1123801983	MARIA FERNANDA TORRES SANCHEZ		3203297429	Maria Torres
2	DAPHNY LAURELL PLATA ECHAVARRIA	1016611070	DEGNY JANETH ECHAVARRIA MEJIA	40215473	3123637167	Janeth mejia
3	LAYHAN GUSTAVO PEÑA HERRERA	1006257965	SAULA FARIDE HERRERA ROJAS	1006257965	3132520518	Saula Rojas
4	ANA MA IA MENDOZA PARDO	1123800099	ANA MARIA MENDOZA PARDO	1123800099		ANA Pardo
5	LOGAN AID DURAN VALENCIA	1123824757	TATIANA VANESA VALENCIA	1,006,878,565	3219271244	Tatiana valencia
6	ANA ABI AIL VARGAS MATEUS	1244828682	ANA MALLERLY MATEUS	1,121,842,643	3223718324	ANA Mateus
7	MATEO VIER RAMOS OLIVEROS	1123824717	MAIDERYN PATRICIA OLIVEROS	1,005,991,439	3023122072	Maiderin oliveros
8	JASBLEI Y DANIELA HERRERA LEMUS	1193092325	JASBLEIDY DANIELA HERRERA LEMUS	1193092325	3102391330	Daniela lemus
9	ANTHON LA MUNEVAR ALFONZO	1244828677	YURY MAYERLY ALFONZO	1,119,891,834	3124927122	Yury Alfonzo
10	LUNA CI ESTETORRES BERMUDEZ	1029971428	ERIKA TATIANA BERMUDEZ	1,118,201,824	3132194417	Erika Berm
11	HELLEN OFIA DIAZ ACUÑA	1123824573	YEIDY YESENIA RODRIGUEZ ACUÑA	1,006,825,691	3223145981	Yeidi Acuña
12	ANTONE LA SOSA GUTIERREZ	1121386340	LUZ DARY MORENO	40,376,664	3143578273	Luz Dary Moreno
13	EMMAN EL MATIAS MUÑOZ VARELA	1122945454	CAROLINA ALEXANDRA VARELA	1,006,826,365	3228716288	Alexandra varela
14	NATALIA RODRIGUEZ VETIA	1193143089	NATALIA RODRIGUEZ VETIA	1193143089	3229283482	Natalia vetia
15	VID ALEJANDRO GUERRERO	1121987930	CAROL YULIETH GUERRERO	1049627560	3208371079	Carol Guerrero
16						
17						
18						
19						
20			Dario Moreno Cru			

:	

-
-
-
-
-
-
-
-
-




Guías
Alimentarias



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS **EL RINCON DE LA ALEGRIA** FECHA: **27-28-29 mayo**

ACTIVIDAD: **SOCIALIZACION**

LUGAR DE REUNION **CALLE 25 D 23 A 106 SIMON BOLIVAR** TEMA: **TALLER DE PADRES**

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	
1	EMILIO RESTREPO MORALES	1121987838	KAROL DAYANNA MORALES VELASQUEZ	1006774599	314 4476953	Karol Morales
2	VALERIE SOPHIA BALTERO ARCINIEGAS	1006794416	VALERIE SOPHIA GUALTERO ARCINIEGAS	1006794416	3204993633	Valeri Sophia
3	DIANA MARCELA VARGAS	1121955100	DIANA MARCELA VARGAS	1121955100	312 4618681	Diana Vargas
4	SOFIA VANNESA CARDENAS SANCHEZ	1031819869	SOFIA VANNESA CARDENAS SANCHEZ	1031819869	323 8393651	sofia vanessa C.
5	JENNY VIVIANA BELTRAN GONZALEZ	1121855971	JENNY VIVIANA BELTRAN GONZALEZ	1121855971	314 2750440	Jenny Beltran
6	KELY TATIANA UMAÑA URREGO	1121938747	KELY TATIANA UMAÑA URREGO	1121938747	311 4569931	Kelly Tatiana U
7	ANDRES EMILIANO LATORRE	1121987795	DANNA GUARNIZO FERREIRA	1121949815	320 8421888	Danna Guarnizo
8	MICHELLEL DAYANA VARGAS	1006828478	MICHELLEL DAYANA VARGAS	1006828478	312 4995047	Michell Vargas
9	MARIA TERESA MARTINEZ	1121850624	MARIA TERESA MARTINEZ	1121850624	322 5382034	Maria Teresa M
10	ARIANA CELESTE PEÑUELA MARIN	1123454989	JULIANA VALENTINA MARIN CARVAJAL	1006692500	323 2473428	Juliana marin
11	ADHARA VALERIA LOPEZ ROMERO	1253258614	YURY LOREZ ROMERO	1121911238	313 2831932	Yuri C
12	MATEO SALDARRIAGA SANCHEZ	1122543862	SINDY LORENA SANCHEZ CRUZ	1120501000	320 2183255	Lorena Sanchez
13	MARTIN PARRA MELO	1121987281	JENNY PAOLA MELO TORRES	1234788703	311 8919589	Jenny Torres
14	DULCE VICTORIA PAEZ CAMACHO	1253258568	LINA SENETH CAMACHO GARAVITO	1121869154	3221189025	
15	GAEL FELIPE RAMIREZ GUZMAN	1234796048	INGRID JOHANA GUZMAN VARGAS	1121949448	3214559026	
16						
17						
18						
19						
20						

Representante de la unidad de servicio: EMILA LIGETH BERMUDEZ Cedula

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

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** FAMI DEJANDO HUELLAS
HORA: 2 PM	**FECHA:** / MAYO 6 – 7- 8 DE 2025
LUGAR: CALLE 20 #11-47 LAS CAMELIAS	**TEMA PLATO SALUDABLE**
POBLACIÓN OBJETO: MADRES USUARIAS GESTANTES Y LACTANTES	
OBJETIVO:	.ORIENTAR A LOS PARTICIPANTES EN LA IMPORTANCIA DEL PLATO SALUDABLE

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Exposición del tema a tratar
3. dinámica
4. Dudas y sugerencias

DESARROLLO: Se dio inicio al encuentro, dando la bienvenida a las madres gestantes y a los niños, seguidamente hablamos sobre el tema que vamos a tratar, para este día trataremos el tema : PLATO SALUDABLE

EL plato saludable se refiere a una distribución equilibrada de alimentos que promueve la salud y el bienestar. En general se compone de una variedad de alimentos, incluyendo granos, verduras, frutas, proteínas y alimentos lácteos.

La alimentación saludable mantener el buen funcionamiento es que proporciona los nutrientes que que el cuerpo necesita .

Eviendecias Fotograficas:

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

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







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
SANDRA P BELTRAN	MADRE FAMI	

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

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS FAMI DEJANDO HUELLAS
ACTIVIDAD:
LUGAR DE REUNION CALLE 20 N- 11- 47 Camelias
FECHA: MAYO 6-7-8- 2025.
TEMA FORMACIÓN A FAMILIAS.

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MARIA VICTORIA SILVA FONSECA	1.029.971.595	JENNIFER CAROLINA FONSECA GONZALEZ	1.022.346 804	3245696047	Jennifer Fonseca
2	EITHAN MATEO RUBIANO HERNNADEZ	1.121.987.860	SANDRA LORENA HERNANDEZ	1.070.988.471	3175464603	
3	EIMY CELESTE LOVERA RINCON	1.253.258.719	LINA KATHERINE RINCON ROMERO	1.121.927.831	3223942084	Lina Rincon
4	LIAM GAEL POMBO MARTINEZ	1.029.971.720	YEICI FRANYELI MARTINEZ GONZALEZ	5.897.996	3169462490	Yeisi Martinez
5	EIMY LUCIANA MAYORGA LOPEZ	1.121.988.129	ASTRID VICTORIA LOPEZ ROBAYO	1.006.858.039	3214908676	Victoria Lopez R.
6	MARILYN GONZALEZ CHANTRE	SD	ALBA NURY CHANTRE VARGAS	1.121.915.872	3203125408	Alba Nury Chantre
7	JENNIFER CAROLINA PINZON	1.121.817.935	JENNIFER CAROLINA PINZON VARGAS	1.121.817.935	3203080739	YENNIFER VARGAS
8	ANGELA VALENTINA MUÑOZ JIMENEZ	6.749.405	ANGELA VALENTINA MUÑOZ JIMENEZ	6.746.405	3227163485	Angela Muñoz
9	LIBY JHOANA CHANTRE VARGAS	1.121.957.400	LIBY JHOANA CHANTRE VARGAS	1.121.957.400	3118512632	Chantre V. Liby Jhoana
10	DAHIFARY CUETO MARTINEZ	1.000.832.388	DAHIFARY CUETO MARTINEZ	1.000.832.388	3215521561	Dahifary Cueto
11	ANA ABIGAIL GONZALEZ RAMIREZ	1.101.177.867	ANA ABIGAIL GONZALEZ RAMIREZ	1.101.177.867	3132820148	Ana Gonzalez
12	LILIANA ANDREA BAQUERO BELTRAN	1.121.902.185	LILANA ANDREA BAQUERO BELTRAN	1.121.902.185	3138041448	Liliana Baquero
13	JHOANA DANIELA MORA LUNA	1.234.789.051	JHOANA DANIELA MORA LUNA	1.234.789.051	3222929356	Jhoana Daniela Mora
14	DIANA PAOLA MARTINEZ TARACHE	1.121.899.829	DIANA PAOLA MARTINEZ TARACHE	1.121.899.829	3132081830	Diana Martinez
15	NOHEMY PATRICIA LEIVA BELTRA	1.121.943.437	NOHEMY PATRICIA LEIVA BELTRAN	1.121.943.437	3132081830	Nohemy Leiva
16						
17						
18						
19						
20						

RESPONSABLE UNIDAD DE SERVICIO : SANDRA PATRICIA BELTRAN C 40391193 VICIO

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** FRESITAS
HORA: 2PM	**FECHA:** MAYO 06-07-08. 2025
LUGAR: CLLE 6 N.28-25-27 COMUNEROS	**TEMA:** TALLER A PADRES – PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: 15 MAMITAS USUARIAS	
OBJETIVO:	HACER REFLEXION EN TORNO A LA ALIMENTACION FAMILIAR Y OBSERVAR SU NUTRICION Y LLEGAR AL PUNTO QUE DEBEMOS CONSUMIR LO DE NUESTRA REGION Y QUE ESTE EN COSECHA

AGENDA:

1. BIENVENIDA
2. DESARROLLO DEL TEMA
3. INQUIETUDES
4. VARIOS

DESARROLLO: A LA HORA Y FECHA COMIENZAMOS LA ACTIVIDAD CON UNA CALUROSA BIENVENIDA A LAS MADRES ASISTENTES, MUSICA AGRADABLE PARA ELLAS Y SUS BEBES. COMENZAMOS CON EL TEMA DE LA SEMANA A ELLO TAMBIEN AGREGAMOS EN FORMA DE CARTELERA EL EJEMPLO DEL PLATO SALUDABLE COLOMBIANO. INDAGAMOS SOBRE CADA GRUPO ALIMENTICIO DE POR QUE UNOS GRUPOS MAS GRANDES Y OTROS MUY PEQUEÑOS, QUE ADEMAS DE ESTOS GRUPOS SE ANEXA AL PLATO SALUDABLE EL AGUA Y LA ACTIVIDAD FISICA. DE ELLAS CONOCIMOS SU PLATO FAVORITO Y DE ALLI SACAMOS DE EL PORQUE PUEDE SER NUTRITIVO Y DE PORQUE NO, SI ESTA BIEN BALANCEADO O NO

Eviendecias Fotograficas:







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
TENER PRESENTE LO VISTO Y SI ES POSIBLE. MULTIPLICARLO IGUALMENTE	USUARIAS-.M.C FAMI	TODOS LOS DIAS
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
DERLY ALEXANDRA HERRRERA	M.C. FAMI	

Se Anexan Firmas

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: ENCUENTROS
ACTIVIDAD: Talleres padres
LUGAR DE REUNION:
FECHA: Mayo 6-7-8/2025
TEMA: PREVENCION DEL ABUSO SEXUAL

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	DULCE MARIA BALLESTEROS RODRIGUEZ	1123455019	ALEJANDRA LIZETH RODRIGUEZ SANCHEZ	1121841922	3132928342	Alejandra Rodriguez
2	LINA MARIA BULLA LUNA	1123803993	LINA MARIA BULLA LUNA	1123803993	3124865898	Lina Bulla
3	LEIDY YINETH AVILA MELO	1121928684	LEIDY YINETH AVILA MELO	1121928684	3212186945	
4	JORMARY NEIDIMAR MEZA GARCIA	6837268	JORMARY NEIDIMAR MEZA GARCIA	6837268	3223408825	Jormary Meza
5	CAMILA ANDREA ECHAVARRIA LLANOS	1006820417	CAMILA ANDREA ECHAVARRIA LLANOS	1006820417	3102807798	Camila Echavarria
6	CAROLINA LOZANO ALARCON	1124827099	CAROLINA LOZANO ALARCON	1124827099	3112174815	Carolina Lozano Alarcon
7	ESTEFANNY SANCHEZ CHAVEZ	1121938814	ESTEFANNY SANCHEZ CHAVEZ	1121938814	3124888584	Estefanny Sanchez Ch
8	SHARICK SOFIA PIRIACHE VELANDIA	1123803538	SHARICK SOFIA PIRIACHE VELANDIA	1123803538	3107947381	Sofia Velandia
9	LAURA DANIELA ROMERO GAMBOA	1121931940	LAURA DANIELA ROMERO GAMBOA	1121931940	3102850218	
10	CHRISTOPHER ELIAN PIRIACHE VELANDIA	1121987325	ANA MARCELA PIRIACHE VELANDIA	1121851535	3107947381	marcela Piriache
11	NOAH GAEL LADINO SALCEDO	1121987775	DINA MARITZA SALCEDO PEREZ	1116662341	3204119824	Dina Salcedo
12	EITHAN SAMUEL ROZO JIMENEZ	1029971507	LUISA FERNANDA JIMENEZ MONTAÑEZ	1121913215	3017121204	Luisa Jimenez
13	MARIAN EVANGELINE CACEDO ORTIZ	1121986861	YENNY CAMILA ORTIZ CLAVIJO	1121959082	3223418854	Yenny Camila Ortiz
14	MIA ISABELLA OLIVERO DIAZ	1122543934	DAYANA ISABEL DIAZ HERNANDEZ	1010070684	3203931388	Dayana Hernandez
15	ASHLY CELESTE MUEGUEZ SINDICUE	1121987141	KAROL TATIANA SINDICUE ZAMBRANO	1123439871	3125078675	Karol Sindicue
16						
17						
18						
19						
20						

Duplate 1003984604.
Responsable de la unidad de medida y No cedula

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES ***CONTRATO: 500016532024***	***UDS: GOTICAS DE AMOR***
HORA: 4PM A 6PM	***FECHA:*** *20,21, 22/05/2025*
LUGAR: Calle 30 No. 26-09 B. Porvenir	*TEMA: Presentación del Plato Saludable lo trabajaremos con la FICHA 11 Alimentar el cuerpo y el corazón : Comida natural, una experiencia de vida saludable*
POBLACIÓN OBJETO: usuarios fami	
OBJETIVO:	Sensibilizar, informar y asesorar a la sociedad, a colectivos y particulares y a los y las profesionales relacionados con el crear hábitos saludables en los usuarios a partir de las buenas prácticas alimentarias con el RPP entregado.

AGENDA:

1. ***Saludo y oración-***
2. ***Bienvenida***
3. ***Recolección de firmas***
4. ***Explicación del tema taller de padres***

DESARROLLO:

Se desarrolló con todos los usuarios del programa fami del donde el agente educativo trabaja los derechos de los NLa alimentación durante el embarazo: consejos para llevar una dieta saludable y balanceada

¿Cuáles son los alimentos que aportan más vitaminas y minerales en el proceso de gestación? ¿Cuáles se deben restringir para evitar complicaciones? Aquí una serie de orientaciones para lograr una buena nutrición tanto para la madre como para el bebé.

El embarazo es una etapa de grandes cambios: el crecimiento y desarrollo del bebé en el vientre implica para la madre requerimientos adicionales de energía y nutrientes a medida que avanza cada trimestre de gestación.

Adicionalmente, se trata de una etapa en la que ocurren cambios hormonales que influyen sobre el metabolismo, los patrones de ganancia de peso varían e, incluso, es probable que la madre desarrolle "antojos" e inclinaciones por determinados alimentos.

Por eso, la buena alimentación se convierte en un factor crucial para la adecuada evolución del embarazo y para el bienestar y la salud tanto de la madre como de su bebé.

No se trata de "comer por dos", como se cree erróneamente, sino "comer para dos", es decir, llevar una dieta capaz de cubrir las necesidades nutricionales de la gestante y del bebé cumpliendo con una alimentación saludable, completa, equilibrada, variada, suficiente y adecuada.

Si esto no ocurre y la gestante no consume los alimentos saludables en la cantidad y con la calidad adecuada corre el riesgo de presentar malnutrición por déficit en la ingesta de nutrientes, lo que afecta gravemente su salud y, además, genera deficiencias en minerales esenciales para el desarrollo del feto como lo son el ácido fólico, hierro y el calcio, provocando bajo peso al nacer, entre otras dificultades.

En el caso opuesto, la gestante puede sufrir problemas de sobrepeso u obesidad por el consumo excesivo de alimentos de baja calidad nutricional como lo son aquellos que presentan un alto contenido de azúcares, sal y grasas pues incrementa la posibilidad de que la madre presente diabetes gestacional, presión arterial alta, preeclampsia, y enfermedades del corazón que, incluso, pueden llevar a la muerte.

"Alimentarse bien durante el embarazo es una de las mejores medidas que una madre puede tomar si quiere asegurarse de que su bebé se desarrolle bien y nazca sano", asegura el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.

Por su parte, las 'Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años de Colombia' del ICBF presentan 5 mensajes claves dirigidos a las mujeres gestantes:

1. ***Por su salud y la de su bebé, consuma alimentos frescos, variados y naturales como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana.***

Este mensaje es importante, porque durante la gestación se debe consumir una alimentación fraccionada y a horas establecidas, lo cual significa distribuirla en 6 tiempos de comida: tres principales (desayuno, almuerzo y cena) y tres refrigerios: uno en la media mañana, otro en la tarde y el último, una hora antes de ir a dormir.

2. ***Comparta y disfrute en compañía, alimentos tradicionales y saludables***

El proceso de alimentación va más allá del acto de comer. Es importante tener la disponibilidad del tiempo suficiente para sentarse en familia en la mesa, compartir, intercambiar experiencias, educar, dialogar, consumiendo alimentos frescos y variados aprovechando la gran diversidad de alimentos tradicionales y saludables, propios del territorio.

3. ***Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, productos de paquete, gaseosas, bebidas azucaradas y energizantes.***

Recuerde que los productos de paquete (papas fritas, tajadas de plátano, hojuelas de maíz, entre otros) y las comidas rápidas (hamburguesas, perros calientes, pizzas, entre otros) tienen un alto contenido de sal, grasas trans y azúcares que son perjudiciales para su salud y la de su bebé. Por ello, evite su consumo durante la gestación.

También evite el consumo de productos como las gaseosas, bebidas energizantes y azucaradas (jugos, tés industrializados y bebidas lácteas saborizadas), ya que pueden favorecer la aparición de diabetes, sobrepeso y obesidad. Y no consuma bebidas alcohólicas durante la gestación.

4. ***Para tener un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal y evite carnes frías, salsas, caldos en cubo y sopas de sobre.***

El consumo elevado de sodio se asocia con la aparición de hipertensión, riesgo de cardiopatía y accidentes cerebro vasculares.
En la alimentación el sodio puede provenir de alimentos elaborados, ya sea por ser ricos en sal (platos preparados) o productos procesados y ultraprocesados (embutidos, productos de paquete, enlatados, conservas, entre otros).

5. ***Asista a los controles prenatales desde que se entere que está embarazada, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé.***

Es importante que durante la gestación asista mensualmente a los controles prenatales. Ya que podrán recibir orientación de los profesionales de la salud en cuanto a la selección y consumo de alimentos, la importancia de consumir suplementos de hierro, calcio y ácido fólico, realizar actividad física, así como de monitorear la ganancia de peso durante el embarazo y los riesgos que puedan existir para su salud y la de su bebé.

¿Cómo debe ser entonces la alimentación durante el embarazo?

***Es fundamental incrementar el consumo de alimentos fuente de proteínas y hierro** como las carnes (res, pollo, cerdo, pescado fresco) y vísceras (pajarilla, hígado, etc.), para prevenir la anemia y contribuir al crecimiento y desarrollo del bebé.

***Diariamente, se debe procurar consumir leche y sus derivados lácteos** como el yogurt, el kumis y el queso fresco, por su alto contenido de proteínas y calcio que favorecen la formación del bebé y previenen la aparición de enfermedades como la osteoporosis en la madre. Es aconsejable preferir los productos lácteos bajos en grasas y evite la crema de leche.

***El huevo es fuente de proteína de alta calidad y es de bajo costo para la familia colombiana.** Por tanto, se recomienda aumentar su consumo durante la gestación. Lo ideal es consumirlo en preparaciones que no requieran adición de grasas o aceites.

***Las leguminosas son fuente de proteínas de origen vegetal y fibra.** Es indispensable aumentar el consumo de

granos como el fríjol, el garbanzo, la alverja y las lentejas, combinadas con un cereal como el arroz para mejorar la calidad y la absorción de sus nutrientes.
Sin embargo, es mejor evitar mezclar la ingesta de leguminosas con lácteos ya que esto interfiere con la absorción del hierro en el organismo.

*__El consumo diario de frutas, preferiblemente enteras, y de verduras, es lo posible crudas o cocinadas al vapor, es esencial para las madres gestantes.__ Estas contribuyen a la buena digestión y garantizan el aporte necesario de vitaminas, minerales y fibra tanto para el bebé como para la madre, esenciales para el crecimiento y el funcionamiento del organismo.
Lo aconsejable es elegir frutas y verduras de cosecha que son más económicas y se encuentran con mayor disponibilidad.

*__En lo posible, se deben preferir las preparaciones guisadas, salteadas, a la plancha, asadas y al vapor en lugar de los fritos__. Así mismo, se aconseja privilegiar el uso de condimentos naturales en lugar de saborizantes y colorantes artificiales como los cubos de caldo y disminuir el consumo de sal.





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
SOCIALIZAR Y REALIZAR LA ACTIVIDAD EN FAMILIA Y EL DIALOGO EN TRE LOS INTERANTES	Alix Andrea Sánchez García	*20,21, 22/05/2025*
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Alix Andrea Sánchez García	FAMI	



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
"Contribuyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 - 2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: GOTICAS DE AMOR — FECHA: 20 21 12 MAYO/2023
ACTIVIDAD: Taller de Padres — TEMA: Taller de Padres
LUGAR DE REUNION: CALLE 39 No. 38-49 B. PORVENIR

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MARIA HELANA ALVAREZ BONILLA	1.121.839.750	MARIA HELANA ALVAREZ BONILLA	1.121.839.750	313 3163854	MARIA HELENA A.
2	BYHAN PATRICIA ALVIRA RAMIREZ	107.528.386	BYHAN PATRICIA ALVIRA RAMIREZ	107.528.386	311 3448265	Byhan Alvira
3	ANGELA NATALI BAQUERO RAMIREZ	40.343.216	ANGELA NATALI BAQUERO RAMIREZ	40.343.216	310 4561771	Angie Natali Baquero R.
4	KIMBERLY SAIRIS VERA VERA	29.791.819	KIMBERLY SAIRIS VERA VERA	29.791.819	322 4086764	Kimberly Vera
5	ROSANIA DEL CARMEN HEREDIA PULIDO	31.754.339	ROSANIA DEL CARMEN HEREDIA PULIDO	31.754.339	320 8424764	Rosania Heredia P.
6	DULCE SARAY LOMBANA BERMUDEZ	1.253.258.443	ANGELA MARIA BERMUDEZ CALDERON	1.121.890.181	320 3518076	Angela Bermudez
7	JELA ALEJANDRA SUESCUN MATIAS	1.121.939.611	EILEN SUESCUN MATIAS	1.123.435.628	322 3241819	Eilen Suescun
8	ANTONELLA CASTRO BELTRAN	1.123.824.954	CAREN YISED BELTRAN URREGO	1.121.923.934	311 8848716	Caren Bel
9	PAULA JOHANA MANRIQUE MANRIQUE	1.121.987.767	JERALDINTH MANRIQUE CALDERON	1.121.799.277	322 8695153	Jeraldinth Manrique Calderon
10	EMILY SARAY PEREZ IDROBO	1.121.887.798	NANCY YULIETH IDROBO ALDEBETE	1.123.431.336	311 5834807	Nancy Tellez
11	ABRIL ROSANIA QUIROGA CRUZ	1.121.988.476	ANGELICA CRUZ TORRES	1.121.867.358	317 8686609	Angelica
12	BLANCA ROSSIO ROJAS YATE	1.121.853.392	BLANCA ROSSIO ROJAS YATE	1.121.853.392	314 3124830	Blanca Rojas Yate
13	MICHEL ANGELY ALVAREZ CALDERON	1.123.923.152	MICHEL ANGELY ALVAREZ CALDERON	1.121.923.152	321 2180091	Michel Angely Alvarez C.
14	MARIA FERNANDA CASAS BONILLA	1.122.510.049	MARIA FERNANDA CASAS BONILLA	1.122.510.049	317 4806100	Fernanda Casas Bonilla
15	SHIRLEY URREGO OSPITIA	1.121.892.918	SHIRLEY URREGO OSPITIA	1.121.892.918	320 3452959	Shirley Urrego O.
16						
17						
18						
19						
20						

Alix Andrea Sánchez García - CC No40.343.144 Responsable de la unidad de servicio y cédula

ACTA DE REUNIÓN N°15	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** HCB FAMI MANITAS CREATIVAS
Hora: 2:00 pm	**Fecha:** 13 – 14 – 15 MAYO 2025
Lugar: Calle 27 5 A 41	**Tema:** PRESENTACIÓN DEL PLATO SALUDABLE
Población Objeto: Usuarios del programa fami **HCB FAMI MANITAS CREATIVAS**	
Número de convocados: 15 **Número de asistentes: 15**	
Objetivo:	FORTALECER LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN MADRES GESTANTES Y LACTANTES

Agenda:

Orden del día:

- Saludo y explicación de la actividad
- Objetivo
- Actividad
- Taller
- Preguntas orientadoras
- Compromisos
- Proposiciones y varios
- Retroalimentación y preguntas orientadoras
- cierre, despedida
- Evidencia fotografía
- Firmas de los padres

INICIAMOS LA SENSIBILLIZACIÓN DE LA ALIMENTACION SALUDABLE EL EMBARAZO ES UNA ETAPA DE GRANDES CAMBIOS: EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BEBÉ EN EL VIENTRE IMPLICA PARA LA MADRE REQUERIMIENTOS ADICIONALES DE ENERGÍA Y NUTRIENTES A MEDIDA QUE AVANZA CADA TRIMESTRE DE GESTACIÓN.

ADICIONALMENTE, SE TRATA DE UNA ETAPA EN LA QUE OCURREN CAMBIOS HORMONALES QUE INFLUYEN SOBRE EL METABOLISMO, LOS PATRONES DE GANANCIA DE PESO VARÍAN E, INCLUSO, ES PROBABLE QUE LA MADRE DESARROLLE "ANTOJOS" E INCLINACIONES POR DETERMINADOS ALIMENTOS.

POR ESO, LA BUENA ALIMENTACIÓN SE CONVIERTE EN UN FACTOR CRUCIAL PARA LA ADECUADA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y PARA EL BIENESTAR Y LA SALUD TANTO DE LA MADRE COMO DE SU BEBÉ.

NO SE TRATA DE "COMER POR DOS", COMO SE CREE ERRÓNEAMENTE, SINO "COMER PARA DOS", ES DECIR, LLEVAR UNA DIETA CAPAZ DE CUBRIR LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DE LA GESTANTE Y DEL BEBÉ CUMPLIENDO CON UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, COMPLETA, EQUILIBRADA, VARIADA, SUFICI ENTE Y ADECUADA.





compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Multiplicar la información de la temática abordada al interior del hogar. Aplicar los conocimientos adquiridos con s us hogares	Madre FAMI- usuarios	Permanente
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**Firma**
DELLANETH MORERA	Madre comunitaria	**DELLANETH MORERA**

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 HCB FAMI MANITAS CREATIVAS FECHA: 13-14-15 / mayo / 2025
ACTIVIDAD: Fortalecer la alimentacion Saludable en la mañana TEMA Presentacion Plato
LUGAR DE REUNION CALLE 27 S A 41 VILLA DEL SOL Saludable y bebida Saludable

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	CARMEN PATRICIA AVILA CASTAÑEDA	1121936031	CARMEN PATRICIA AVILA CASTAÑEDA	1121936031	3125135377	Patricia Avila
2	DAMARIS ASTRID ARDILA AREVALO	1121954098	DAMARIS ASTRID ARDILA AREVALO	1121954098	302 6074498	Damaris Ardila
3	DIANA KATHERIN BURGOS BEJARANO	1121892913	DIANA KATHERIN BURGOS BEJARANO	1121892913	3223086178	
4	JIRETH TATIANA VARELA SUTA	1029985013	JIRETH TATIANA VARELA SUTA	1029985013	3114571208	Tatiana Varela
5	JOSEPH YARED RODRIGUEZ MAAMARI	1028625428	EYLA YOHANA MAAMARI MEDINA	5333264	3125052219	
6	ANGELA JOHANA GRIMALDO RODRIGUEZ	1006859890	ANGELA JOHANA GRIMALDO RODRIGUEZ	1006859890	3223259217	Angela Grimaldo
7	ANGELA MILENA CASTRO LOPEZ	1022386395	ANGELA MILENA CASTRO LOPEZ	1022386395	323 2075525	Milena Castro
8	CAROL GYCELA MARTINEZ CABRERA	1122515170	CAROL GYCELA MARTINEZ CABRERA	1122515170	3203070633	Carol martinez
9	PAULA LIZTH SANCHEZ CARDONA	1121988152	SARA NICOLL SANCHEZ CARDONA	1122927996	300 8189591	Sara Sanchez
10	MILAN GAEL APARICIO PUENTES	1029971598	MARIA FERNANDA PUENTES PULIDO	1012318796	313 2829757	maria fernanda
11	MAXIMILIANO LEAL GARZON	1121987444	LINA MARIA GARZON CUELLAR	1006824301	311 5758143	
12	ALAHIA SOFIA MEDINA ROJAS	1121987415	ANDREA XIMENA ROJAS LADINO	1121916951	310 5639666	
13	JEINNER DANIEL DAGUA SAAVEDRA	1123824784	PAULA DANIELA SAAVEDRA RAMIREZ	1000493271	312 3881552	Paula S.
14	ELIAM DAVID HERNANDEZ DIAZ	1121987154	LIDY CATHERINE DIAZ JIMENEZ	1122655793	310 8704838	Catherine Diaz
15	SARA ANTONELLA GONZALEZ MOSQUERA	1121987134	VALENTINA MOSQUERA SEPULVEDA	1006465407	313 4601674	Valentina S
16						
17						
18						
19						
20						

DELLANETH MORERA 35.263.055
Responsable de la unidad de servicio y No.cedula

Escaneado con CamScanner

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

LOACTA DE REUNIÓN N° 1	
EAS: : ASOCIACIÓN PORFÍA TRES	**UDS FAMI:** HOGAR RAYITOS DE LUNA
Hora: 3:00 PM	**Fecha: 27-28-29 MAYO DE 2025**
Lugar: UDS CARRERA 18 A 25 A 90 CALLE 25 D 18 33 DOS MIL	**Tema:** SEÑALES DE ALARMA Y ACTIVACIÓN DE RUTAS DE ATENCIÓN ANTE SITUACIONES DE AMENAZA O VULNERACIÓN DE DERECHOS Y LAS ENTIDADES TERRITORIALES
Población Objeto: Usuarios del programa fami	
Numero de convocados ___15____ Número de asistentes: 15	
Objetivo:	Socializar Las GABAS de para las gestantes y lactantes, como para la población colombiana en General

Agenda:

- Orden del día
- Saludo y bienvenida
- Objetivo
- Actividad
- Compromisos
- Proposiciones y varios
- cierre, despedida
- Evidencia fotografía
- Firmas de los padres

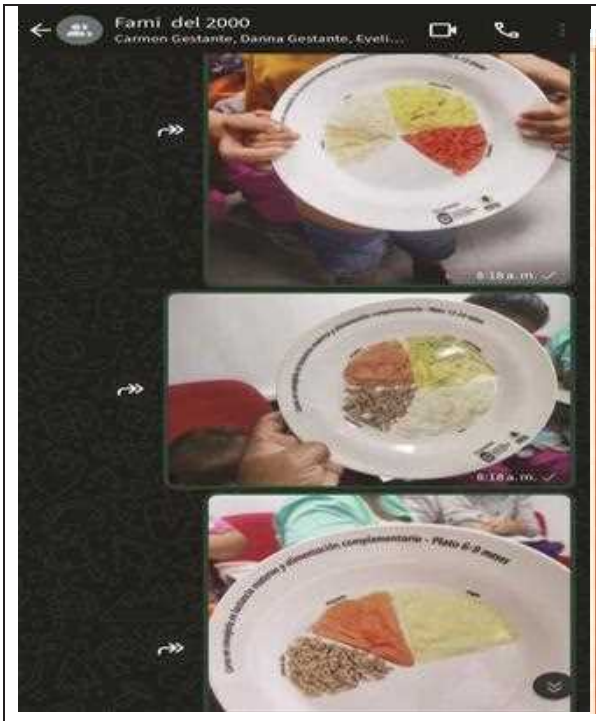
Desarrollo:Saludo cordialmente a los asistes, llamando a lista y registrando las novedades del dia.

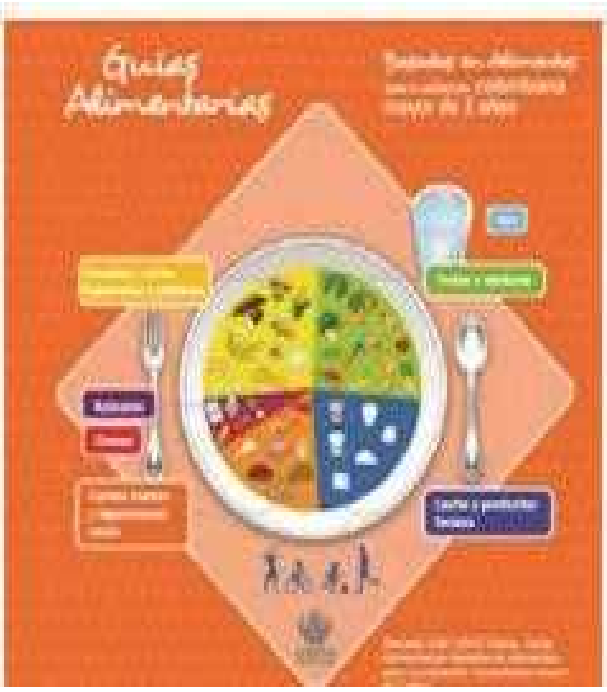
Presento la tematica y se define el conocimiento que tienen las asistentes donde muchas no reconocen el plato saludable de la familia colombiana, luego les presnto un video explicativo de cada uno de los com ponentes del plato, como se deben dar espscialmente a los niños para lograr un sano crecimiento y desar rollo.

CONCLUSIONES

La salud de las personas depende de la forma que se alimenta.

2 fotos por tema





compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Promover habitos de alimentación saludable	Madre FAMI - Madres y padres usuarias	Permanente 2025
FIRMA ASISTENTES		
Cargo / Dependencia	**cargo**	**Firma**
Madre comunitaria	FAMI	

Asistencia.

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 5006532024	**UDS: LA ALEGRIA DE VIVIR**
HORA: 04:00 PM	**FECHA:** 20-21-22 DE MAYO 2025
LUGAR: FAMI LA ALEGRIA DE VIVIR	**TEMA: TALLER A PADRES**

POBLACIÓN OBJETO: MADRES GESTANTES Y NIÑOS DE 0 A 6 MESES

OBJETIVO:	SOCIALIZAMOS EL TALLER A PADRES DONDE LOS PARTICIPANTES DEL USD LA ALEGRIA DE VIVIR ESTAN INSCRITOS.

AGENDA:

1. SALUDO
2. BIENVENIDA
3. RECOLECCION DE FIRMAS
4. TALLER A PADRES
5. ELABORACION DEL MATERIAL
6. PROPORCIONES DE VARIOS

DESARROLLO:

Un plato saludable para gestantes (embarazadas) y lactantes (mujeres en periodo de lactancia) debe ser nutritivo, balanceado y seguro, ya que sus necesidades nutricionales aumentan para apoyar el crecimiento del bebé y mantener la salud materna.

🍽️ **Ejemplo de Plato Saludable para Gestantes y Lactantes:**

✅ **Distribución del plato (modelo del plato saludable):**

- **½ plato de verduras y frutas variadas (preferiblemente cocidas en gestantes por seguridad).**
- **¼ plato de proteínas de alta calidad (animal o vegetal).**
- **¼ plato de carbohidratos complejos (integrales y ricos en fibra).**
-
    - **Grasas saludables y lácteos en cantidades adecuadas.**

🍲 **Ejemplo de menú de almuerzo saludable:**

🔷 **Verduras y frutas (½ plato):**

- **Brócoli al vapor, zanahoria y zapallo.**
- **Rodajas de palta (aguacate) o una fruta de postre (como papaya o mango).**

🔷 **Proteína (¼ plato):**

- **Filete de pollo a la plancha o lentejas guisadas (alternativa vegetal).**
- **Otras opciones: pescado cocido (bien cocido y bajo en mercurio, como salmón o trucha), huevo, carne magra.**

<u>Eviendecias Fotograficas:</u>







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

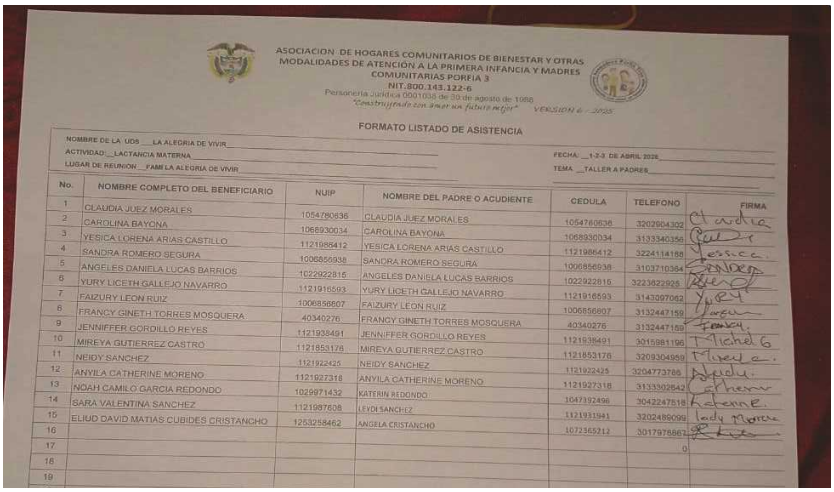
NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

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

Compromisos / tareas	**Responsables**	**Fechas**
TALLER A PADRES	participantes	20-21-22 DE MAYO DEL 2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Sully gutierrez	Agente educativa	Sully gutierrez

Se Anexan Firmas



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 __LA ALEGRIA DE VIVIR__ FECHA: __1-2-3 DE ABRIL 2025__
ACTIVIDAD:__LACTANCIA MATERNA__ TEMA __TALLER A PADRES__
LUGAR DE REUNION__FAMI LA ALEGRIA DE VIVIR__

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	CLAUDIA JUEZ MORALES	1054780636	CLAUDIA JUEZ MORALES	1054780636	3202904302	
2	CAROLINA BAYONA	1068930034	CAROLINA BAYONA	1068930034	3133340356	
3	YESICA LORENA ARIAS CASTILLO	1121988412	YESICA LORENA ARIAS CASTILLO	1121988412	3224114188	
4	SANDRA ROMERO SEGURA	1006856938	SANDRA ROMERO SEGURA	1006856938	3103710364	
5	ANGELES DANIELA LUCAS BARRIOS	1022922815	ANGELES DANIELA LUCAS BARRIOS	1022922815	3223622905	
6	YURY LICETH GALLEJO NAVARRO	1121916593	YURY LICETH GALLEJO NAVARRO	1121916593	3143097062	
7	FAIZURY LEON RUIZ	1006856607	FAIZURY LEON RUIZ	1006856607	3132447159	
8	FRANCY GINETH TORRES MOSQUERA	40340276	FRANCY GINETH TORRES MOSQUERA	40340276	3132447159	
9	JENNIFFER GORDILLO REYES	1121938491	JENNIFFER GORDILLO REYES	1121938491	3015981196	
10	MIREYA GUTIERREZ CASTRO	1121853178	MIREYA GUTIERREZ CASTRO	1121853178	3209304959	
11	NEIDY SANCHEZ	1121922425	NEIDY SANCHEZ	1121922425	3204773786	
12	ANYILA CATHERINE MORENO	1121927318	ANYILA CATHERINE MORENO	1121927318	3133302642	
13	NOAH CAMILO GARCIA REDONDO	1029971432	KATERIN REDONDO	1047392496	3042247518	
14	SARA VALENTINA SANCHEZ	1121987608	LEYDI SANCHEZ	1121931941	3202489099	
15	ELIUD DAVID MATIAS CUBIDES CRISTANCHO	1253258462	ANGELA CRISTANCHO	1072365212	3017976862	
16					0	
17						
18						
19						

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 5000100023855	**UDS:** LA ALEGRÍA
HORA: 3pm	**FECHA:** 20,21,22/ 05/2025
LUGAR: cra 9 este 12 sur 12 valles de Aragón	**TEMA:** *ESCUELA PARA FAMILIA EL PLATO SALUDABLE*

POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS

OBJETIVO:	IDENTIFICAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS MAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA ,RESALTANDO LA IMPORTANCIA DE UNA SANA ALIMENTACION

AGENDA:

1 SALUDO

2 LLAMADO A LISTA

3.SOCIALIZACIÓN

4. PREGUNTAS Y EVALUACIÓN

DESARROLLO:

Se realiza la socialización de escuela para familias brindando el tema acerca del plato saludable, y como esta conformado ya que este contiene granos enteros ,alimentos integrales,reconociendo que cada alimento es rico en protdinas ,minerales ,teniendo una comida equilibradadonde el 50% del plato saludable con verduras y hortalizas y el resto

entre proteinas y minerales,frutas,verduras y cereales,debemos consumir en nuestro plato saludable pescado y carnes y huevos de 3 a 4 veces en la semana,legumbres de 2 a 4 veces en la semana,frutos secos de 3 a 7 raciones en la semana,la pasta y el arroz se debe consumir de 2 a 3 veces en la semana,se realizo una cartelera donde especifica los alimentos aue compone un plato saludable, y se les indica que para que no tengan inconvdnientes con los niños y niñas y tengan mas agrado al consumirla se pueden variar los alimentos con diferentes presentaciones y formas de decorar un plato ya que a ellos les encanta encontrar figuras con sus papas ,el arroz ,la fruta. Tambien realizaremos un juego de loteria basado en frutas y hortalizas por ultimo participaremos en la ruleta de alimentos,basada en el plato saludable.se les pregunta como les parecio nuestra socializacion del plato saludable?cual es la importsncia?si lo colocaran como prioridad en sus alimentos?

Ya terminados los encuentros se anexan las firmas y se agradece por su asistencia en los encuentros grupales y se les invita a poner en practica los alimentos naturales.

Evidencias fotograficas:









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: la alegria
ACTIVIDAD: Habito Saludable
LUGAR DE REUNION: Sugeik 12 Sur 12 V-Aragon
FECHA: 20,21,22 - Mayo 2025
TEMA: Dia Escuela para Familia

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ANTONELLA MARTINEZ BONILLA	1,121,987,384	LINA JULIETH BONILLA VARGAS	1121939005	3132456798	
2	YOHENDRY CAROLINA ROMERO	SD	YOHENDRY CAROLINA ROMERO	1010556	3212226270	Carolina Herrera
3	LIONEL MATHIAS MARTINDEZ CHAVISTA	1,121,686,930	CAMILA CHAVISTA CUBIDES	1006656620	3196784022	Camila C. C.
4	LEONEL DAVID REINA RODRIGUEZ	1123454869	JENNY PAOLA RODRIGUEZ HERNANDEZ	1,121,899,973	3118184960	
5	MAICOL GIOVANI HUERTAS GUTIERREZ	1,244,828,731	PAULA ANDREA GUTIERREZ PALACIOS	1001202971	3202931952	
6	ANGEL DAMIAN RODRIGUEZ MARTINEZ	1,121,987,445	DANIELA ANDREA MARTINEZ	1233899646	3116717549	Daniela M. Martinez
7	LAURA CAMILA DAVILA SOTO	1,010,040,813	LAURA CAMILA DAVILA SOTO	1,010,040,813	313438557	Laura Camila Davila
8	LUZ ALEXANDRA SANTANA	1,121,896,912	DIANA SANTANA TELLEZ	1095485562	3163152744	Luz Santana
9	DIANA CAROLINA CONTENTO NIÑO	1,121,905,648	DIANA CAROLINA CONTENTO NIÑO	1,121,905,648	3233230960	
10	LYA EVANGELINE PULIDO GUTIERREZ	1,244,828,734	DIANA MILENA PULIDO	1001202971	3223138302	
11	THIAGO ANDRES GUEVERA CAMPERO	1,244,828,704	ROSBELYS GABRIELA CAMPERO	6812853	3108541336	
12	PEDRO JOSUE AVELLANEDA CAÑON	1,244,828,744	YENIFER CAÑON BELTRAN	1121846878	3223903935	
13	IAN MAXIMILIANO DIAZ FRANCO	1,123,454,940	JUANA VALENTINA FRANCO ROMERO	1121957697	3152114407	Juana Franco
14	AYLIN LUCIANA MEDINA GOMEZ	1,244,828,628	DORA LUCIA GUEVARA OLMOS	39.731.288	3209742223	Dora Guevara
15	CRHISTOPHER GAEL MARTINEZ NAVARRO	1,121,987,885	KELLY JOHANA NAVARRO RINCON	1,121,917,509	3045784823	Hoonnica Navarro
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula
Leidy Carpa 1087487233

buenas o malas	[illegible] LA ALEGRIA	20,21,22/05/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Lucia Moreno Cruz	Fami	Lucia Moreno Cruz

Se Anexan Firmas

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:**LA CASITA DE MICKEY MOUSE
HORA: 4:00PM	**FECHA:** 20,21,22/ 05/2025
LUGAR: CLL17 SUR #10-34 VILLA MELIDA	**TEMA:** Presentación del Plato Saludable Alimentar el cuerpo y el corazón

POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS

OBJETIVO:	Identificar los hábitos alimentarios más importantes de la familia reflexionando acerca de los beneficios de los alimentos naturales, propiciando la identificación de los riesgos frente al consumo de productos comestibles ultra-procesados.

AGENDA:

1 SALUDO

2 LLAMADO A LISTA

3.SOCIALIZACIÓN

4. PREGUNTAS Y EVALUACIÓN

DESARROLLO:

Esta semana nos reuniremos en la uds LA CASITA DE MICKEY MOUSE agradeciendo la asistencia de los participantes trabajaremos la presentacion del plato saludable, identificando los alimentos mas importantes. A si que primero le pediremos a los participantes que realicen el dibujo de la comida favorita de cada uno y nos explique por que le gusta y el benefio que tiene nutricionalmente para ellos. Luego les mostrare el dubujo de un plato saludable, que ingredientes tiene y sus nutrientes, seguidamente cada participante

armara un rompecabezas del plato saludable; para finalizar cada mamita trae una fruta de su preferencia para realizar una rica y nitritiva ensalda de frutas.



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Tratar en lo posible de seguir una Buena alimentacion paa una Buena salud	Uds la casita de mmickey mouse	20,21,22/04/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Lizeth Viviana sanchez	Madre comunitaria	Lizeth Viviana Sanchez

Se Anexan Firmas

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: LA CASITA DE MICKEY MOUSE. FECHA: 2021/22/05/2025

ACTIVIDAD: TALLER A PAPAS. TEMA PRESENTACION DEL PLAN SALUDABLE

LUGAR DE REUNION CALLE 35 #10-39 LA MALDA

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MARIA NATALIA BARRERA CASALLAS	1121956103	MARIA NATALIA BARRERA CASALLAS	1.121.956.103	3204466093	Maria Natalia Barrera
2	YULIANA GUAYABO DIAZ	1127722164	FREY SEBASTIAN CUBURCO	1.193.070.870	3026297133	Yuliana Guayabo
3	ANGIE PAOLA PEÑA SANCHEZ	1121953053	LUIS MIGUEL PEÑA	1.121.932.740	3222916164	Angie Paola Peña
4	AILANI LUCIANA QUINTANA GUTIERREZ	1123824940	YESSICA MARCELA LEON	1.121.837.096	3227310518	Yessica León
5	AMAIA CELESTE CEBALLOS VILLAMIL	1123455035	LEIDY CARINA VILLAMIL	1.121.898.238	3204466093	Yessica León
6	DAPNE SARAY DIAZ RAMIREZ	1244828748	MICHEL TATIANA RAMIREZ MELO	1.013.097.758	3228908597	Michel Melo
7	DARA CELESTE SARMIENTO	1121987816	DANIELA GALVIS	1006658762	3186629196	Jennifer Daniela GG
8	THIAGO EMILIANO VELIZ ALVAREZ	1121987500	ARIANNY ALVAREZ	26.133.817	3241252665	Arianny Alvarez
9	ASHLEE VICTORIA ANDRADE GUTIERREZ	1026971641	VALLOLETH DAYANA GUTIERREZ LUNA	1123330085	3103285515	Valloleth gutierrez
10	KAROL STEFANNY ARDILA ENCISO	1121987636	DORIS ADRIANA ENCISO	1.006.698.193	3028571776	Adriana Enciso
11	MIA SALOME GONZALEZ GRANADOS	1122543828	CHAIRA YULIED GRANADOS	1.120.559.185	3222323346	Chaira Granados
12	HELENA RAMOS GUZMAN	1244828680	ANA CAROLINA GUZMAN	1.121.883.377	3105559963	Carolina Guzman
13	MARTIN SANTIAGO RONCANCIO CALVO	1122945441	KATHERIN YESSENIA CALVO	1.121.924.249	3144183402	Katherin Yessenia Calvo
14	EMY LUCIANA USAQUEN VARGAS	1029971389	NARDA LICETH VARGAS	1.121.920.215	3103285515	Narda Liceth Vargas
15	HANNA MARIA OSORIO VELASQUEZ	1244828630	ANA CECILIA VELASQUEZ	1.120.582.986	3114974406	Ana Velasquez
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula

ACTA TALLER DE PADRES CONTRATO: 50006532024	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3	**UDS: LA SAGRADA FAMILIA**
HORA: 2:00 p.m. a 4:00 p.m.	**FECHA: MAYO /2025**
LUGAR: Carrera 37 N° 23 – 19 Barrio San Benito	**Tema: PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE**
Población Objeto:	
POBLACIÓN OBJETO: Madres gestantes Madres Lactantes Niños y niñas de 6 meses a 11 meses	
Objetivo:	Orientar sobre la importancia de consumir alimentos saludables y sus porciones adecuadas

Agenda:

1. Saludo.
2. Socialización de:
   - **Plato Saludable de la familia colombiana**
3. Tomar evidencias fotográficas para cada proceso
4. Compromisos.

Desarrollo:
Siendo las **2:00 p.m.**, se procede a realizar el taller de padres con el acompañamiento de las participantes de la UDS **LA SAGRADA FAMILIA.** Se brinda un amable saludo a los padres de cada UDS, se procede a socializar el tema, teniendo encuenta las diapositivas previamente realizadas.









GABA PARA MUJERES GESTANTES

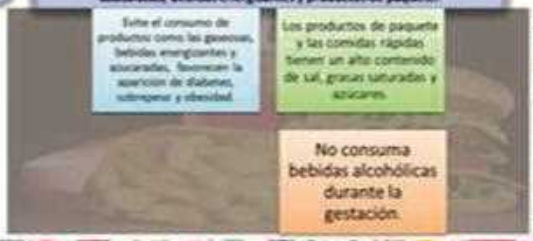
3

Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, gaseosas, bebidas azucaradas, bebidas energizantes y productos de paquete.

Evite el consumo de productos como las gaseosas, bebidas energizantes y azucaradas, favorecen la aparición de diabetes, sobrepeso y obesidad.

Los productos de paquete y las comidas rápidas tienen un alto contenido de sal, grasas saturadas y azucares.

No consuma bebidas alcohólicas durante la gestación



GABA PARA MUJERES GESTANTES

4

Para tener un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal y evite carnes frías, salsas, caldos en cubos y sopas de sobre.

Prefiera alimentos preparados en casa

Cocine con menos sal

Retire el salero de la mesa

Consuma alimentos al "natural", en vez de embutidos y conservas

Evite cubos de caldo, consomés, salsa de soya y otras salsas

Utilice alternativas para sazonar y dar sabor a los alimentos

Reemplace los productos de paquete por frutas, queso, fruta seca o semillas sin adición de azúcar o sal



GABA PARA MUJERES GESTANTES

5

Asista a los controles prenatales desde que se entere que está embarazada, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé

Seguimiento a la ganancia de peso en los controles prenatales para vigilar riesgos

Consulte con el médico el tipo de actividad que puede realizar la frecuencia e intensidad

Las necesidades de hierro, calcio y ácido fólico deben ser suplementadas, consulte a su médico para su formulación.



GABA PARA MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

1

Alimente a su bebé con leche materna, esto contribuye a recuperar su peso, prevenir el cáncer de mama, de ovario y fortalece el vínculo entre madre e hijo



El contacto piel a piel favorece el inicio temprano de la lactancia materna.



La prevención del cáncer de mama y de ovario se relaciona con la práctica de lactancia materna.



La lactancia materna contribuye a disminuir la mortalidad materna, al prevenir la hemorragia postparto.



Puede retomar sus actividades cotidianas, con el apoyo de su familia y entorno cercano

GABA PARA MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

2

Aumente el consumo de agua y prefiera alimentos como carnes, vísceras, pescado, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras

Aumente el consumo de agua, lo ideal es consumir 10 vasos de 200 ml agua al día

Recomendaciones de alimentos y porciones de acuerdo a su edad y etapa de lactancia

No consuma bebidas alcohólicas, ni energizantes

Consuma las leguminosas junto a cereales como arroz y maíz.

Aprovecha las frutas y verduras que están en cosecha

Para las verduras que requieran cocción prefiera prepararlas al vapor.



GABA PARA MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

3

Como mujer lactante tiene el derecho a que su pareja, familia y sociedad la apoyen para hacer de la lactancia materna una práctica exitosa.

Apoyo para tener éxito en la práctica de la lactancia materna y en su trabajo

La pareja, familia, vecinos, empleadores, grupos comunitarios e instituciones de salud contribuyen al logro de una gestación y lactancia feliz



GABA PARA MAYORES DE 2 AÑOS

1 Para que los niños y niñas crezcan sanos e inteligentes, brindeles solamente leche materna durante los primeros seis meses de vida.



GABA PARA MAYORES DE 2 AÑOS

1 Para que los niños y niñas crezcan sanos e inteligentes, brindeles solamente leche materna durante los primeros seis meses de vida.



GABA PARA MAYORES DE 2 AÑOS

2 Como trabajador de la salud promueva, proteja y apoye la lactancia materna, no regale, ni incentive el consumo de leches de tarro, en polvo o líquidas.

No regale a las madres, ni a sus familiares, muestras de leche de tarro u otros alimentos complementarios a la leche materna.

No se permite promocionar o publicitar leches de tarro en ningún espacio.

No acepte incentivos, ni materiales o muestras gratis de leches de tarros o alimentos complementarios.

Las instituciones de salud deben abstenerse de promocionar o publicitar leches de tarro y alimentos complementarios, incluidos biberones y chupos.



GABA PARA MAYORES DE 2 AÑOS

1. Consuma alimentos frescos y variados como lo indica el "Plato saludable de la familia Colombiana".

2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consuma diariamente leche o productos lácteos y huevo.

3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluya en cada una de las comidas frutas enteras y verduras frescas.

GABA PARA MAYORES DE 2 AÑOS

4. Para complementar su alimentación consuma al menos dos veces por semana leguminosas como frijol, lenteja, arveja y garbanzo.

5. Para prevenir la anemia, los niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.

6. Para mantener un peso saludable, reduzca el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.

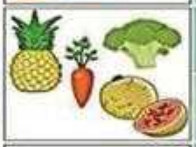
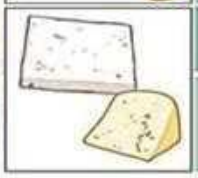
GABA PARA MAYORES DE 2 AÑOS

7. Para tener una presión arterial normal, reduzca el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio.

8. Cuide su corazón, consuma aguacate, maní y nueces, disminuya el consumo de aceite vegetal y margarina; evite grasas de origen animal como mantequilla y manteca.

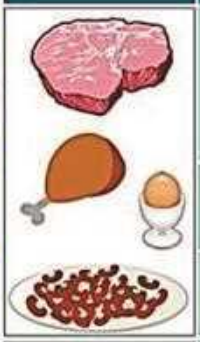
9. Por el placer de vivir saludablemente realice todos los días al menos 30 minutos de actividad física.

GUÍA PARA LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 24 MESES

Grupo de alimentos	Subgrupo	Alimentos	Grupo de edad		
			6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 24 meses
			Textura		
LECHE MATERNA			A LIBRE DEMANDA		DESPUÉS DE LAS COMIDAS
	Cereales	Arroz, maíz, trigo, cebada, avena, centeno, preparados en casa.	Machacados*	Machacados*	En la preparación de la familia.
	Derivados de cereales	Pastas, pan, arepas, envueltos, amasijos, coladas, tostadas, calados preferiblemente preparados en casa.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
	Raíces, tubérculos, plátanos	Papa, yuca, ñame, arracacha, plátano verde.	Entre los 6 y los 7 meses de edad en puré o machados.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
	Frutas	Frutas frescas como papaya, guayaba, manzana, mango, mandarina, naranja, granadilla, etc.*	En puré o en zumo para frutas como la granadilla.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
	Verduras	Ahuyama, espinaca, brócoli, coliflor, zanahoria, etc.	En puré o trozos de verduras cocidas al vapor, en caso que no se puedan consumir frescas.	En trozos pequeños frescas o al vapor.	En trozos pequeños frescas o al vapor.
	Leche	Leche de vaca u otros mamíferos.	No ofrecer.		Hervida o pasteurizada.
	Derivados Lácteos	Cuajada y quesos frescos sin adición de sal.	Queso rallado sin sal, cuajada machacados.	En trozos pequeños.	En trozos pequeños.
		Yogurt y kumis elaborados a base de leche entera.*	Sin adición de azúcar, en vaso y con cuchara, preparados en casa.		

* Escoja preferiblemente las frutas y verduras de cosecha, disponibles en su zona. *La receta para la preparación casera del kumis se encuentra en el Manual del facilitador.

GABA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

Grupo de alimentos	Subgrupo	Alimentos	Grupo de edad		
			6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 24 meses
			Textura		
	Carnes	Carnes rojas y blancas, vísceras, pollo, cerdo, pescado fresco y especies menores como conejo, cuy.	Carne o pollo bien picados, desmechados, molidos o triturados.	Desmechados o cortados en trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
			Pescados sin espinas, deshuesados.	Pescados sin espinas, deshuesados.	Pescados sin espinas, deshuesados.
	Huevo	Huevo	Inicie con la yema evaluando tolerancia hasta ofrecerlo completo (yema más clara).	Todas las preparaciones.	Todas las preparaciones.
	Leguminosas	Frijol, garbanzo, lentejas, alverja seca.	Machacados combinados con cereales como el arroz.	Granos machacados combinados con cereales como el arroz.	Granos machacados combinados con cereales como el arroz.
	Aceite vegetal	Se puede utilizar aceite vegetal y mantequilla de vaca.			
		No incluya en la alimentación grasas TRANS que se encuentran en productos de paquete, margarina y galletas.			
	Azúcar simple, dulces	**No** adicionar azúcar, panela o miel en los alimentos y preparaciones. No ofrecer dulces.			

Machacado: Golpear para hacer pedazos, aplastar o cambiar de forma un alimento.



ESTRATEGIA PEDAGOGICA

Algunas ideas para enseñar hábitos saludables a las participantes de la **UDS LA SAGRADA FAMILIA:**

- Establece horarios fijos de comidas con una alimentación variada y equilibrada. Cuando tengan edad suficiente, implica a tus hijos en la elaboración y preparación de los menús.
- Procura comprar alimentos sanos. Así, cuando quieran picotear, lo que encuentren serán productos que les ayudarán a acostumbrarse a disfrutar de alimentos que beneficien a su salud.
- Las experiencias gratificantes son más fáciles de incorporar como hábito.
- Establece metas realistas. No quieras cambiar vuestras costumbres de la noche a la mañana. Es mejor ir proponiendo pequeños cambios e ir incorporándolos paulatinamente en vuestras vidas.
- Aprovecha la necesidad de juego de los niños y de las niñas, para proponerles actividades lúdicas que les transmitan los conocimientos y herramientas necesarias para cuidarse y disfrutar de una buena salud. Para ello podemos valernos del juego simbólico, canciones, poesías, juegos de rol o métodos audiovisuales que traten sobre los hábitos que queremos trabajar en cada momento.
- Tener en cuenta el lavado de manos; antes, durante y después.

Evidencias fotográficas



COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
Participar en procesos de Formación y acompañamiento	Padres usuarios Madres Comunitarias	Permanente
Seguir las Recomendaciones brindadas.	Padres usuarios Madres Comunitarias	Permanente
RESPONSABLE	**CARGO**	**Firma**
Luz Dary Pabón Leal	**Madres Comunitarias Fami**	LUZ DARY PABON LEAL

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA EAS Y UDS: ASOCIACION PORFIA TRES / LA SAGRADA FAMILIA — FECHA: MAYO / 2025

ACTIVIDAD: ENCUENTRO EDUCATIVO — TEMA: TALLER DE PADRES PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE

LUGAR DE REUNION: CRA 37 N° 23 – 19 SAN BENITO — PESO Y TALLA MADRES GESTANTES Y LACTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO-A/ÑA	NUIP/CC/TI	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	BELLA ANTONELLA CRUZ MOLANO	1121987851	ANDREA YULIETH MOLANO PARRADO	1.121.921.858	3202999158	Andrea Molano
2	MARIA FERNANDA SALINAS HERNANDEZ	1121987827	YANETH ANDREA HERNANDEZ CAMPOS	40.213.771	3136905186	Yaneth Hdez
3	MIGUEL ANGEL VELEZ NIETO	1.259.258.631	PAOLA ANDREA VELEZ NIETO	1.121.907.225	3107344443	Paola Velez
4	LIAM ANDREY DONCEL SERRANO	1.123.454.956	GUISELLA ROCIO SERRANO BASTILLA	1.121.850.845	3148835443	Guisella Serrano
5	DANNA LUCIA AGUDELO DOMINGUEZ	1.122.945.470	YULI MARCELA DOMINGUEZ BASTOS	1.121.919.325	3101109439	Yuli
6	LIA ISABELLA LADINO SACHICA	1.122.543.816	LUZ YESENIA SACHICA GOMEZ	1.121.828.816	3142523013	Yesenia S.
7	DYLAN ISAAC GUTIERREZ URREGO	1.121.987.054	KETTY MILENA URREGO ORTEGA	37.577.481	3138421529	Ketty Urrego
8	KILYAN SANTIAGO FERNANDEZ CORRALES	1.123.824.634	ALISON DAYANA CORRALES MICAN	1.121.949.588	3142686685	Alison Corrales
9	LAURA DANIELA GARCIA ROMERO	1.193.100.373	LAURA DANIELA GARCIA ROMERO	1.193.100.373	3212508586	Daniela Garcia
10	LEYDY KATERINE LIEVANO HURTADO	1.121.962.693	LEYDY KATERINE LIEVANO HURTADO	1.121.962.693	3167553958	Leydy Cuter
11	CAROLAIN TATIANA VIZCAINO SOSA	1.006.828.346	CAROLAIN TATIANA VIZCAINO SOSA	1.006.828.346	3133389172	Tatiana V.
12	LUZ AMPARO SALAMANCA CAICEDO	1.007.794.351	LUZ AMPARO SALAMANCA CAICEDO	1.007.794.351	3015406048	Luz Salamanca
13	ALIX ANDREA ANGEL HERNANDEZ	1.121.948.976	ALIX ANDREA ANGEL HERNANDEZ	1.121.948.976	3114351537	Alix Angel
14	MONICA YUELI VILLALBA CHAVEZ	1.121.900.407	MONICA YUELI VILLALBA CHAVEZ	1.121.900.407	3228305010	Monica Villalba
15	ANGELICA JOHANNA ZULETA LOZADA	1.121.884.330	ANGELICA JOHANNA ZULETA LOZADA	1.121.884.330	3115976928	
16						
17						

Presentación de la unidad de servicio: LUZ DARY PABON LEAL CEDULA 40392205

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** LAS BELLAS
HORA: 9 am	**FECHA:** 20,21,22 de MAYO 2025
LUGAR: CALLE 15 SUR 8ª 10 este mz m casa 2 valles de araon	**TEMA:** **.** PLAN DE FORMACION Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS: Presentación del Plato Saludable
POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS	
OBJETIVO:	de los alimentos naturales, propiciando la identificación Identificar los hábitos alimentarios más importantes de la familia reflexionando acerca de los beneficios de los riesgos frente al consumo de productos comestibles ultra-procesados.

AGENDA:

1 SALUDO

2 LLAMADO A LISTA

3.SOCIALIZACIÓN

4. PREGUNTAS Y EVALUACIÓN

DESARROLLO:

Esta semana realizamos la actividad el

20,21,22 de mayo del 2025 los dias martes,miercoles y jueves con las participantes que son mujeres en esta de gestacion y mujeres lactantes cada dia con 5 participantes para un total de 15 participantes damos inicio alas 9:00 am se saludan amablemente luego tomamos asistencia se les hablo sobre la Presentación del Plato saludable y cómo

funciona? Que es el tema de del plan de formacion de familias con las participantes leimos sobre el tema .

El plato saludable nos da indicaciones de las proporciones en las que deberíamos ingerir los diferentes grupos de alimentos para generar un equilibrio de nutrientes. Ahora bien, no solo existe un plato saludable. ¿Cuál elegimos? ¿Cómo comemos en función el plato saludable? El plato saludable es una representación gráfica para comer sano, como la pirámide alimenticia. Pero la diferencia entre plato saludable y pirámide alimenticia es que la segunda nos da indicativos sobre las proporciones de alimentos en una alimentación sana global, mientras que el plato saludable nos da las proporciones de los alimentos para cada comida principal. se invita a las participantes que mencionen con franqueza la frecuencia con que se consumen los alimentos de los diferentes grupos. Se proporcionan stickers de caritas felices y una hoja con los grupos de alimenticios con las cuales las participantes van a marcar por cada grupo de alimento la frecuencia de su consumo, y luego comenta al grupo cada participante el beneficio que consideran que tienen algunos de los alimentos para la salud y la nutrición.

Después se conversamos con las participantes sóbrelos alimentos del que más les gustan y por qué. dibujaron su alimento favorito y lo describieron dijeron su color, su textura, sus aromas y las formas preferidas de preparación. Y lo explicara a los demás se les Pregunta con qué frecuencia lo consumen, las sensaciones que les hacen sentir cuando comen sus alimentos favoritos.

en las firmar hay una raya orisontal no firmo una mamita por que se retiro del porgrama por cambio de residencia y no se puede desplazar para los encuentro dice que va busca una fami bienvenir serca de su residencia entra una nueva participantereplazadola y se escribe y fimar la assitencia en la casilla 16







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
	UDS las bellas	20,21,22/05/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
YERSY MARCELA GOMEZ	MADRE FAMI	

Se Anexan Firmas

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 _____ LAS BELLAS
ACTIVIDAD: Plato saludable
LUGAR DE REUNION _____ CALLE 18 SUR 8A 10 ESTE MZ M CASA 2 VALLES DE ARAGON
FECHA: 20, 21, 22 De Mayo - 2025
TEMA Presentación de un Plato saludable.

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MARIA DEL PILAR AGUDELO REY	1006723474	MARIA DEL PILAR AGUDELO REY	1006723474	300 4881684	Pilar Agudelo Rey
2	MAIA ALEJANDRA SUESCUN SILVA	1121849670	MAIA ALEJANDRA SUESCUN SILVA	1121849670	324 4960044	Maia Suescun.
3	YESICA ALEJANDRA AGUDELO REY	1007013557	YESICA ALEJANDRA AGUDELO REY	1.007.293.825	313 8737342	Yesica A.A.L.
4	ROSA DEL PILAR CARO TIVOLI	1007013557	ROSA DEL PILAR CARO TIVOLI	1007013557	322 7201736	Rosa Caro
5	JEIMY GLICETH DIAZ GOMEZ	1121856483	WILLLINGTON EDUARDO LONDOÑO	79216574	312 8710703	
6	ANGUIE PAOLA TOBAR CUARTAS	1006873515	ANGUIE PAOLA TOBAR CUARTAS	1.006.873.515	320 3741559	Paola TOBAR.
7	JOCMARI SINAI MOSQUERA CASTRO	5327074	JOCMARI SINAI MOSQUERA CASTRO	1.123.454.940	321 2103031	Jocmary Castr
8	TATIANA ANDREA AGUILAR TORO	1234792615	TATIANA ANDREA AGUILAR TORO	1234792615		Tatiana Aguilar
9	BRAYAN JESUS CABARICO SANCHEZ	1244828739	PAULA XIMENA SANCHEZ QUINCHE	1.193.092.640	313 8871246	Paula Sanchez
10	EIMY LUCIANA RIVEROS RUEDA	1123455021	LINA STHEFANNY RUEDA INFANTE	1.001.052.033	323 2817538	Lina Rueda.
11	LIZETH THALIA VALENCIA MANCERA	1121987870	ANDREA YINETH MANCERA ALFONSO	1.006.825.039	302 5914833	Andrea Mancera
12	EMILY NAHOMI CORREA GONZALEZ	1121987034	FRANCISNEY GABRIELA GONZALEZ	5.671.878	313 3235197	Francisney Gonzalez
13	THIAGO DARIO VARGAS MOLINA	1244828643	ELY CRISMARI DANIELA MOLINA	1.069.776.114	322 7610359	Ely
14	CHRISTOPHER DANIEL MARIN TOCORA	1123824569	INGRID LIZETH TOCORA FERNANDEZ	1121868891	314 2257807	Lizeth Tocora
15	ADHARA SOFIA DE LA ROSA NARVAEZ	1244828626	SINDY PAOLA NARVAEZ PALENCIA	1103216015	320 8271930	SinDy
16	Karen Shirley Daza	10	Karen Shirley Daza	1006856087	3102868930	Shirley Daza
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula Yersy Gomez

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

ACTA DE REUNIÓN – ESCUELA PARA FAMILIAS PARTICIPANTES	
EAS: PORFIA TRES	**HCB FAMI LOS CHIQUITINES**
Hora: 2pm	FECHA: MAYO 6 Y 2025
Lugar: Calle 39#18b 58 urb. la Florencia	**TEMA:** ESCUELA PARA FAMILIAS NUTRICION Y ALIMENTACION **"Plato saludable"**
Población Objeto: beneficiarios y acudientes responsables del programa FAMI sector Jordán	
Numero de convocados _____15_____ Número de asistentes _____ 15	
Objetivo:	Concientizar a las familias que existe muchos tipos de violencias, que es posible evitarlo en las mujeres gestantes, mujeres lactantes, niñas y niños

Agenda:

- SALUDO
- OBJETIVO
- SOCIALIZACIÓN TEMA
- COMPROMISOS
- FIRMAS
-

DESARROLLO:

Se da inicio a las diferentes actividades programadas en esta semana de abril, Donde se explica el objetivo la formación a familias. Exponiendo por medio de carteleras, folletos, mensajes vía WhatsApp.



Trabajamos en conjunto la formación a familias con compañeras famis

El modelo de alimentación para Colombia se presenta a través del **plato saludable de la familia colombiana**, el cual ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir.

Con este Plato Saludable de la Familia Colombiana, se invita a reunirse en familia para preparar los alimentos, elegir y consumir alimentos frescos y variados, practicar actividad física y consumir agua fresca.

Las Guías Alimentarias son un conjunto de planteamientos que brindan orientación a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional. Son dinámicas, flexibles y temporales, toman en cuenta el patrón alimentario e indican los aspectos que deben ser modificados o reforzados.

De esta manera se brinda información a la comunidad del sector Jordán de cómo podemos brindar vínculos afectivos para trabajar en familias y estar atentos en las situaciones que se presenten en los hogares o comunidad.



CONCLUSIONES:

En conclusión, se brinda la información a nuestras participantes y tengan presente en su vida cotidiana, el buen trato si se llevar a presentar alguna situación de maltrato o abuso.

Compromisos/ tareas	Responsables	Fechas
Concientizar a las familias la importancia de las GABAS	Participantes gestantes y lactantes	Todo el año

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

Buscar estrategia para fortalecer la nutrición y alimentación en las gestantes, lactantes y niñ@s	FAMIS JORDAN usuarios del programa	Todo el año
FIRMAS DE ASISTENTES	**ENTIDAD**	**FIRMAS**
ADRIANA NIETO	PORFIA TRES	Adriana Nieto C






ESCUELA
DE
FAMILIAS
Plato
Saludable
MILK
Plato
Saludable
MILK
do cuánto comer de:
ALIMENTÉMONOS
SALUDABLEMENTE
17 centímetros
Mano de
referencia


OPPO A57 · ©natural

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: LOS CHIQUITINES
ACTIVIDAD: Escuela de padres
LUGAR DE REUNION: CALLE 39#18B58
FECHA: Mayo 6 y 8 / 2023.
TEMA: plato saludable - CASAS.

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ERIKA YULIETH MORA V	1028780547	ERIKA YULIETH MORA V	1028780547	3213451138	Erika Yulieth M.
2	LAURA GICELA CASALLAS	1122652882	LAURA GICELA CASALLAS	1122652882	3228483422	Laura Casallas
3	JHOANNY CAROLINA RONDON	6904602	JHOANNY CAROLINA RONDON	6904602	3126815469	Johanny Rondón G
4	CLAUDIA PATRICIA CURBELO	40341872	CLAUDIA PATRICIA CURBELO	40341872	3224301235	Claudia Curbelo Rossi
5	LEIDY TATIANA FUENTES	1121911367	LEIDY TATIANA FUENTES	1121911367	3104039105	Tatiana Fuentes
6	SURANGELY A LEGON	1243846	SURANGELY A LEGON	1243846	3124796257	Surangely A C.
7	ERICK SMITH BELTRAN	1121922396	LEIDY YESICA HOLGUIN	1121922396	3125394073	Leidy Holguin
8	GERLY YURLEY JIMENEZ	1121959163	GERLY YURLEY JIMENEZ	1121959163	3203027775	Gerly Jimenez
9	EYTHAN DAMIAN SANCHEZ	1123454922	MABEL DAMARIS CUBILLOS	1006904378	3112296730	M.C
10	KILIAN VALENTIN VARGAS	1121987192	KARINA TATIANA MORENO	1121877350	3124326554	Karina moreno
11	ERIC GAEL GIL ROZO	1035989802	LIZETH VANESSA ROZO	1121964140	3118416522	
12	ERIC GAEL GIL ROZO	1035989802	LIZETH VANESSA ROZO	1121964140	3118416522	Lizeth V - Rozo
13	GINETH GARCIA GONZALEZ	1121711301	GINETH GARCIA GONZALEZ	1121711301	3023120006	Gineth Garcia
14	LAURA MICHELLE ROA V.	1121891857	LAURA MICHELLE ROA V.	1121891857	3001486179	Laura Roa
15	BELLANIRA VERA MAHECHA	1072745748	BELLANIRA VERA MAHECHA	1072745748	3153601588	Bellanira
16	LINA MAYERLY VARGAS	1006774594	LINA MAYERLY VARGAS	1006774594		Lina Vargas
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio: Adriana N.C. CEDULA: 35761952 Chiquinquirá.

Escaneado con CamScanner

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

ACTA DE REUNIÓN N° 4	
EAS: : ASOCIACIÓN PORFÍA TRES	**UDS FAMI:** MAGICO MUNDO
Hora: 8:30 AM	**Fecha: 6,7 Y 8 MAYO DE 2025**
Lugar UDS: CRA 56 # 21 A SUR 22 PLAYA RICA	**Tema:** PLATO SALUDABLE
Población Objeto: Usuarios del programa fami BIENVENIR	
Numero de convocados 15 **Número de asistentes:** 15	
Objetivo:	Socializar Las GABAS de para las gestantes y lactantes, como para la población colombiana en General

Agenda:

- Orden del día
- Saludo y bienvenida
- Objetivo
- Actividad
- Compromisos
- Proposiciones y varios
- cierre, despedida
- Evidencia fotografía
- Firmas de los padres

Desarrollo:Saludo cordialmente a los asistes, llamando a lista y registrando las novedades del dia.

Presento la tematica y se define el conocimiento que tienen las asistentes donde muchas no reconocen el plato saludable de la familia colombiana, luego les presnto un video explicativo de cada uno de los com ponentes del plato, como se deben dar espscialmente a los niños para lograr un sano crecimiento y desar rollo.

CONCLUSIONES

La salud de las personas depende de la forma que se alimenta.

2 fotos por tema







compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Promover habitos de alimentacion saludable	Madre FAMI - Madres y padres usuarias	Permanente 2025
FIRMA ASISTENTES		
Cargo / Dependencia	**cargo**	**Firma**
Madre comunitaria	FAMI	**Karla pedroza**

Asistencia.

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: MAGICO MUNDO — FECHA: 1,2 y 3 DE ABRIL 2025

ACTIVIDAD: SOCIALIZACION — TEMA: TARDE A PADRES.

LUGAR DE REUNION: CRA 5C #21 A SUR 22 PLAYA RICA

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	AXEL EMMANUEL VAQUIAZA SOLANO	1123824853	SARA XIMENA SOLANO RODRIGUEZ	1121830656	322 3927453	Sara Solano
2	DEUVYD JOAO MORALES GALINDO	1.121.987.777	LAURA LUCERO GALINDO RODRIGUEZ	1122655654	3183491153	
3	JEMMA LUCIANA GONZALEZ RODRIGUEZ	1121987582	MARIA FERNANDA RODRIGUEZ CARDONA	1006863952	3202325447	Fernanda Rodriguez
4	LAHIAM BANOY INFANTE	1122945490	PAULA ALEJANDRA INFANTE OVIEDO	1006828178	3235217451	Paula Infante.
5	ANDRES YAEL MEDINA MARTINEZ	1122543867	ANA ROSALBA MARTINEZ MARTINEZ	40327108	3118265982	
6	ELIAS RAFAEL MENDEZ CARABALLO	1121987002	PRISCILA AMANDA CARABALLO POLANCO	1118873770	3212516821	
7	ANGEL SEBASTIAN RUIZ NEIRA	1234796028	LUZ MARELFI NEIRA FERNANDEZ	1121941017	3222077485	Luz neira.
8	LUCY MARIANA NOVOA CARVAJAL	1122543743	LISETH NATALIA NOVOA CARVAJAL	1121915858	3246860573	Liseth Novoa C
9	EMANUEL VANEGAS BOCANEGRA	1051241690	LINDA CESIA KARINA BOCANEGRA GARCIA	1002329635	3223322594	Linda Bocanegra G
10	EMILY SAMARA GARRIDO ZABALA	1123824528	DAYANA ALEXANDRA ZABALA CARRILLO	1007289008	3135912356	Dayana Zabala
11	GLORIA MABEL LADINO FAJARDO	1121946470	GLORIA MABEL LADINO FAJARDO	1121946470	3191681311	GLORIA LADINO
12	MARIA VALENTINA VARGAS RODRIGUEZ	1122512459	MARIA VALENTINA VARGAS RODRIGUEZ	1122512459	3047855772	Leidy carrillo
13	MARIANA LONDOÑO DUQUE	1121907086	MARIANA LONDOÑO DUQUE	1121907086	3135450237	Mariana Londoño
14	ASTRID CAROLINA VILLA RODRIGUEZ	1121941731	ASTRID CAROLINA VILLA RODRIGUEZ	1121941731	3112795536	ASTRID VILLA
15	TATIANA CAMILA RAMIREZ TORRES	1001332107	TATIANA CAMILA RAMIREZ TORRES	1001332107	3123493481	Tatiana Ramirez
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio: KARLA LISETH PEDROZA Cedula 1122554821

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO: 50006532024**	**UDS:** MANITOS ENCANTADAS
HORA: 8:00 AM A 10:00 AM	**FECHA:** 13,14,15 DE MAYO 2025
LUGAR: CALLE 43ª ESTE 13-58 BARRIO PORTALES DEL LLANO	**TEMA:** TALLER A PADRES(Presentación del Plato Saludable).

POBLACIÓN OBJETO: 15 BENEFICIARIOS

OBJETIVO:	Socializar Las GABAS de para las gestantes y lactantes, como para la población Colombiana en General

AGENDA:

- Saludo
- Objetivo
- socialización de las (GABAS) Guías alimentarias para la población colombiana
- Firmas

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. En la segunda semana del mes de mayo se socializo a los participantes en los encuentros grupales la importancia de aprender a conocer, Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana, mediante el video, nos indica que debemos consumir alimentos naturales y muy variados.

1. alimentos frescos y variados como lo indica el Plato saludable de la Familia Colombiana.

2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consuma diariamente leche u otros productos lácteos y huevo.

3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluya en cada una de las comidas frutas enteras y verduras frescas.

4. Para complementar su alimentación consuma al menos dos veces por semana leguminosas como frijol, lenteja, arveja y garbanzo.

5. Para prevenir la anemia, los niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.

6. Para mantener un peso saludable, reduzca el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.

7. Para tener una presión arterial normal, reduzca el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete, altos en sodio.

8. Cuide su corazón, consuma aguacate, maní y nueces; disminuya el consumo de aceite vegetal y margarina; evite grasas de origen animal como mantequilla y manteca.

9. Por el placer de vivir saludablemente realice actividad física de forma regular.

También que a los niños a los 6 meses se les debe empezar a brindar alimentación complementaria como las papillas de frutas y cremas de verduras en porciones mínimas y a los menores de 1 año no se les debe brindar azúcar ni sal.

Conclusiones: Las Guías Alimentarias para la población colombiana son una herramienta fundamental para promover una alimentación saludable, equilibrada y culturalmente adecuada. Estas guías no solo orientan sobre qué comer, sino también cómo combinar los alimentos, cómo prepararlos y en qué cantidades, teniendo en cuenta las costumbres, recursos disponibles y necesidades nutricionales de cada etapa de la vida.

Eviendecias Fotograficas:









Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
	padres y acudientes de los beneficiarios	MAYO 2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Licenciada en pedagogía Lucila Guerrero	MADRE COMUNITARIA	

Se Anexan Firmas

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: Mantos Encantados
ACTIVIDAD: Socialización El Plato saludable.
LUGAR DE REUNION: calle 43 A este # 13-58
FECHA: 13, 14, 15 de Mayo
TEMA: Escuela de familias

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MARIAN ULCUNCHE VEGA	1234796093	Sandra Vega	52[illegible]66	310[illegible]	Sandra Vega
2	JUAN PABLO RUIZ MENDOZA	1121987219	Andres Mendoza	1[illegible]	312[illegible]	Andres Mendoza
3	ELIAN SANTIAGO MORENO MELO	1122543891	Erica Paola Melo	1121900311	3118812910	Erica Melo
4	AARON JOEL RODRIGUEZ RUBIO	1222543942	Angie Maria Rubio	1006689193	3143749340	[illegible]
5	MIA LUCIANA ACEVEDO ROZO	1123454966	Isabel Rozo	1121941930	3[illegible]	Isabel Rozo
6	JULIETH YAJANA CORTES HERNANDEZ	1006719094	Alejandro Viviana Gonzalez	1007[illegible]	3[illegible]	Alejandro V
7	EPIFANIA GAMEÑA CABARTE	1121854018	Epifania Gameña	1121854018	3178866069	Epifania Gameña
8	ANGIE LORENA ALVAREZ PERALTA	1121941191	Yeisson A. Monterroza Sanz	1121917901	3155220??	[illegible]
9	HEYLEN SAMARA ARBOLEDA ALVAREZ	1123454986	Angelica Alvarez Polo	1006923950	3137338981	Angelica A.
10	AHSLY VANESA SALAZAR MORALES	1122945529	Lucero Rivera Morales	1123564914	3129808833	Lucero Rivera M.
11	DORA ISABEL CAÑAVERAL ORTIZ	40332022	Dora Cañaveral ortiz	40332022	3145660910	Dora C
12	CAMILA ANDREA VARGAS ACEVEDO	1121930074	Camila Andrea Vargas	1121930074	3133[illegible]	Camila Vargas
13	ANGIE DANIELA IBARGUEN SANCHEZ	1029982541	Angie Daniela Ibargüen S	1[illegible]A1	3[illegible]	Angie Daniela
14	LUCIA MARGARITA HERRERA MORENO	1121849108	Lucia Margarita Herrera M.	1121849108	3137[illegible]	Lucia Herrera
15	ANGY NATALY SOSA PINZON	1121940960	Angy Sosa	1121940960	3142351394	Angy Sosa
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No cedula

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

ACTA DE REUNION 4	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MI HUELLITA
HORA: 3:00 PM	**FECHA:** 6,7,8 mayo 2025
LUGAR: CR 34 N 23-67 SAN BENITO	**TEMA:** PRESENTACIÓN DEL PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: Usuarios del programa fami bienvenir	
OBJETIVO:	Enseñar a las familias a reconocer los grupos de alimentos del Plato Saludable, promoviendo una alimentación balanceada, variada y suficiente.

AGENDA:

Agenda: Orden del día

- Saludo y bienvenida
- Objetivo
- Actividad
- Compromisos
- Proposiciones y varios

Se le da la bienvenida a las mamitas gestantes y lactantes del programa, le brindamos la bienvenida a todas las participantes de cada grupo, , cuando lleguen todas las usuarias vamos a preguntar cual fue el almuerzo de cada una. Luego las invitamos a pasar a cada una a que visualice y lea cada grupo de alimentos que están expuestos en el cartel del plato saludable, Vamos a realizar un juego de la ruleta pan, la cual consiste en conocer los grupos de los alimentos mediante fichas de colores que traerán preguntas y las cuales las participantes tendrán que contestar y esto le sumara puntos a ellas, cada una girara la flecha de la ruleta para ver que color de la categoría debe responder y obtener una ganadora, para terminar con la explicación del cartel vamos a crear nuestro plato saludable teniendo en cuenta el grupo de alimentos.la cual se realizara en cartulina para que lo armen.

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

Powered by CamScanner

Conclusiones: Las participantes comprendieron la importancia de incluir todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, proteínas, cereales y agua) en las porciones adecuadas para mantener una dieta equilibrada.

Eviendecias Fotograficas:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
promover el desarrollo de hábitos alimenticios saludables, tanto para ellas como para sus familias, lo cual puede prevenir enfermedades relacionadas con la mala alimentación, como la obesidad, diabetes e hipertensión.	Usuarias y profesora de la UDS	6,7,8 mayo 2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO	MADRE FAMI	Sandra Viviana R

Se Anexan Firmas

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: Mi Huellita

ACTIVIDAD: Socialización y taller del Plato saludable.

LUGAR DE REUNION: Cl 34 #23-61 San Benito

FECHA: 6/7/18.

TEMA: Presentación del plato saludable

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ALANA GOMEZ PESCADOR	1.121.987.495	GERALDINE PESCADOR BUITRAGO	1.121.841.679	3172936748	Geraldine P. Buitrago
2	ILIAN GAEL VILLALOBOS ORTIZ	1.121.987.273	INGRID DANIELA ORTIZ	1.006.828.040	3144530688	
3	ANAHY DANIELA GUTIERREZ CASTAÑEDA	1.122.543.837	DAYANA DANIELA CASTAÑEDA	1.007.419.176	3126569405	Dayana Castañeda
4	THIAGO ALEXANDER PEREIRA PEDROZO	1.121.987.009	YARIMAR PEDROZO MARTINEZ	1.121.970.754	3188820713	Yarimar Pedrozo
5	JEISSON CONDE VARGAS	1.029.971.596	JENIFER VARGAS DORIA	1.121.925.526	3202302563	Jenifer Vargas
6	YURLEY EDITH ROZO CONDE	1.007.449.215	ANDERSON ROJAS PARRADO	1.121.894.955	3114315681	Yurley Rozo
7	PAOLA ANDREA REYES LOAIZA	1.010.103.389	JULIAN ANDRES VALENCIA	1.121.949.287	3138490213	Paola Reyes
8	MAYRA ALEJANDRA DIAZ	1.121.958.001	DIEGO JESUS VELASCO LOPEZ	1.121.860.367	3124391434	Mayra Diaz
9	JENNY PAOLA PEREZ MEJIA	1.006.821.540	JEINER DAVID GOMEZ MORALES	1.121.926.911	3202656499	Jenny Perez
10	SANDRA LORENA BELTRAN AVILA	1.121.881.497	YURY STEFANIA CALDERON SANCHEZ	1.121.961.971	3124875513	Sandra beltran
11	BRIGITTE XIOMARA VALLEJO BASTIDAS	1.121.867.057	JONATHAN SMITH MORENO MUÑOZ	1.121.879.338	3015208802	Xiomara Vallejo
12	JENNIFER PAOLA PARDO BAQUERO	1.122.653.787	ELVIA MARIA BAQUERO GARZON	40.445.820	3102726863	Paola Pardo
13	ANGELA YURANI VARGAS FUENTES	1.214.464.563	HAROLD STIVEN REINA	1.121.953.481	3215886903	ANGELA VARGAS
14	SANDRA PATRICIA PEREZ RAMIREZ	1.023.943.654	CARLOS EDUARDO ALMEIDA ROMERO	1.023.865.988	3204724692	sandra perez
15	EUKARIS RAMONES ZAMBRANO	1872505	HENDRY JOHANDER JIMENEZ	5670435	3228568236	Eukaris Zambrano
16						
17						
18						
19						
20						

Sandra Viviana Vergara Robledo

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula

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

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MI PEQUEÑA LULU
HORA: 9:AM	**FECHA:** 22 DE MAYO 2025
LUGAR: CRA 26B NO 6ª- 56 SERRANIA	**TEMA:** PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE.
POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS MI PEQUEÑA LULU	
OBJETIVO:	SOCIALIZAR LAS GABAS PARA LAS GESTANTES Y LACTANTES COMO PARA LA POBLACION COLOMBIANA EN GENERAL

Es importante comer una variedad de frutas, vegetales, granos, alimentos ricos en proteínas y productos lácteos o derivados de la soya fortificados. Elija opciones de comidas, bebidas y meriendas con bajo contenido de azúcares añadidos, grasa saturada y sodio (sal).



Obtenga un plan

Las necesidades calóricas y de nutrientes son diferentes durante el embarazo y durante el período de lactancia. Obtenga su plan de MiPlato para conocer sus necesidades calóricas estimadas y cómo alcanzar los objetivos de su grupo de alimentos.

Tome decisiones inteligentes con los mariscos Comer mariscos durante el embarazo puede beneficiar el crecimiento de su bebé y es una fuente de proteínas saludable para usted durante el embarazo y durante el período de lactancia. Elija opciones con menos metilmercurio, como el bacalao, el salmón o la tilapia.

Powered by CamScanner





Pregunte por suplementos

Además de una dieta saludable, su médico puede recomendarle un suplemento prenatal de vitaminas y minerales para ayudarla a cubrir sus necesidades. Después del embarazo, su médico puede recomendarle cambiar de un suplemento prenatal a uno multivitamínico durante el período de lactancia.

Conserve bien los alimentos

Usted y su bebé corren un riesgo mayor de contraer enfermedades transmitidas por los alimentos. Solo coma alimentos que se hayan cocido a la temperatura adecuada y evite la leche o el jugo sin pasteurizar (crudos), los brotes crudos, los productos sin lavar, los fiambres fríos o el queso suave elaborado con leche no pasteurizada.

Por su salud y la de su bebé, consuma alimentos frescos, variados y naturales. Para su buena salud y la de su bebe distribuye los alimentos del día en 6 tiempos de comida: Desayuno, almuerzo, comida y tres refrigerios: uno en la mañana, uno en la tarde y uno en la noche. Aumenta el consumo de agua y prefiera alimentos como carnes, visceras, pescado, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras. Durante la gestación es importante tanto la calidad de los alimentos como la cantidad. Prefiera preparaciones guisadas, salteadas, a la plancha, asadas y al vapor. Tenga en cuenta las recomendaciones de alimentos y proporciones de acuerdo a su edad y etapa de gestación

Para tener un embarazo saludable, recuerde reducir el consumo de sal y evite carnes frias, salsas, caldos en cubo y sopas de sobre.

Madres en periodo de lactancia. • Alimente a su bebé con leche materna, esto contribuye a recuperar su peso, prevenir el cáncer de mama y de ovario y fortalece el vinculo entre madre e hijo. • El contacto piel a

Powered by CamScanner

piel favorece el inicio temprano de la lactancia materna y el vínculo afectivo. • La lactancia materna contribuye a disminuir la mortalidad materna, al prevenir la hemorragia postparto



Aumente el consumo de agua prefiera alimentos como carnes, visceras rojas, pescado, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras

EVIDENCIAS:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
ALIMENTARSE MUY BIEN Y USAR LOS COMPLEMENTOS MILTIVITAMINICOS	LAS USUARIAS	CUANDO SE ENCUENTRAN EN EMBARAZO
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
MARGARITA GARCIA	FAMI	MARGARITA GARCIA

FIRMAS

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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS M. Pequeña lulu

ACTIVIDAD: Presentacion de plato saludable

LUGAR DE REUNION Cra 266 N. 6a 06 serrania

FECHA: 22 de Mayo. 2025

TEMA Escuela para familias

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	LEO NOAH PORRAS SOLORZANO	1121988144	YENIFER GRISMAR SOLORZANO CASTILLO	5774114	3123876748	Yenifer S
2	GAEL SANTIAGO GONZALEZ GUASCA	1122543829	GELEN CAMILA GUASCA GONZALEZ	1.122.506.241	3235212202	Gelen Guasca
3	ANA MARIA GUTIERREZ MONDRAGON	1121987672	SCHARON JOHANA MONDRAGON GARCIA	1.234.792.196	3234692413	Sharon Mondragon
4	ABBY ANTONELLA CASTAÑEDA CASTAÑEDA	1121987671	JULIETH DANIELA CASTAÑEDA LOZANO	1.121.934.872	3223165912	Julieth Castañeda
5	KHLOE ADHARA BLANCO ULABARRI	1121987996	HEMILI YAJAIRA ULABARRI ZAPATA	1.121.936.382	3208778066	Hemili Ulabarri
6	ANDRES KALETH BERNAL LINCE	1121987939	MARIA ALEJANDRA LINCE BLANDON	1.121.892.582	3232535577	Alejandra
7	VICTORIA MONDRAGON SERRANO	1253258696	JULIETH ALEJANDRA SERRANO VALENCIA	1.034.656.213	3107135735	Angelica Serrano
8	MAIRA ALEJANDRA HENAO ARIAS	1121822981	MAIRA ALEJANDRA HENAO ARIAS	1.121.822.981	3219859452	Alejandra Henao
9	ANA SOFIA ROJAS LONDOÑO	1029981360	ANA SOFIA ROJAS LONDOÑO	1.029.981.360	3142846585	
10	LINA MARCELA GUTIERREZ CORREA	1122506381	LINA MARCELA GUTIERREZ CORREA	1.122.506.381	3115067078	marcela G.
11	YEISI MARBELIS BAZAN ALFONZO	6360315	YEISI MARBELIS BAZAN ALFONZO	6.360.315	3143124329	Yeisi Bazan
12	NAYLA NORIETH USURIAGA MEJIA	1006775084	NAYLA NORIETH USURIAGA MEJIA	1006775084	3204796131	Nayla U
13	JAIDY FAISULLY HERRERA PRIETO	1123801221	JAIDY FAISULLY HERRERA PRIETO	1123801221	3114935932	Jaidy Herrera
14	MAIRA LISETH VARGAS JIMENEZ	1121897812	MAIRA LISETH VARGAS JIMENEZ	1121897812	3204883489	Maira Vargas
15	MARICELA ASCENCIO CRIOLLO	1121945398	MARICELA ASCENCIO CRIOLLO	1121945398	3143900298	Maricela A.
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MI PEQUEÑO MUNDO
HORA: 8:00 AM	**FECHA:** MAYO 20,21,22-2025
LUGAR: CALLE26SUR #37c-31 GUATAPE II	**TEMA:PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE**

POBLACIÓN OBJETO: MADRES GESTANTES Y LACTANTES Y AGENTE EDUCATIVO RESPONSABLE DE LA UDS, MI PEQUEÑO MUNDO

OBJETIVO:	PRESENTAR UN PLATO SALUDABLE PARA PROMOVER HABITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES Y NUTRITIVOS EN LA ETAPA DE LA GESTACION Y NIÑOS QUE ESTAN EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

AGENDA:

1. CORDIAL SALUDO Y BIENVENIDA
2. REGISTRO DE ASISTENCIA
3. INICIO DE LA ACTIVIDAD

DESARROLL0: EDUCAR SOBRE LA NUTRICON, INSPIRAR CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA,EVITAR ENFERMEDADES CRONICAS COMO LA OBESIDAD,LA DIABETES Y ENFERMEDADES CARDIACAS, MEJORAR LA SALUD PARA VIBIR PLENAMENTE CON ENERGIA Y PODER CUMPLIR CON NUESTRAS ACTIVIDADES. . ,

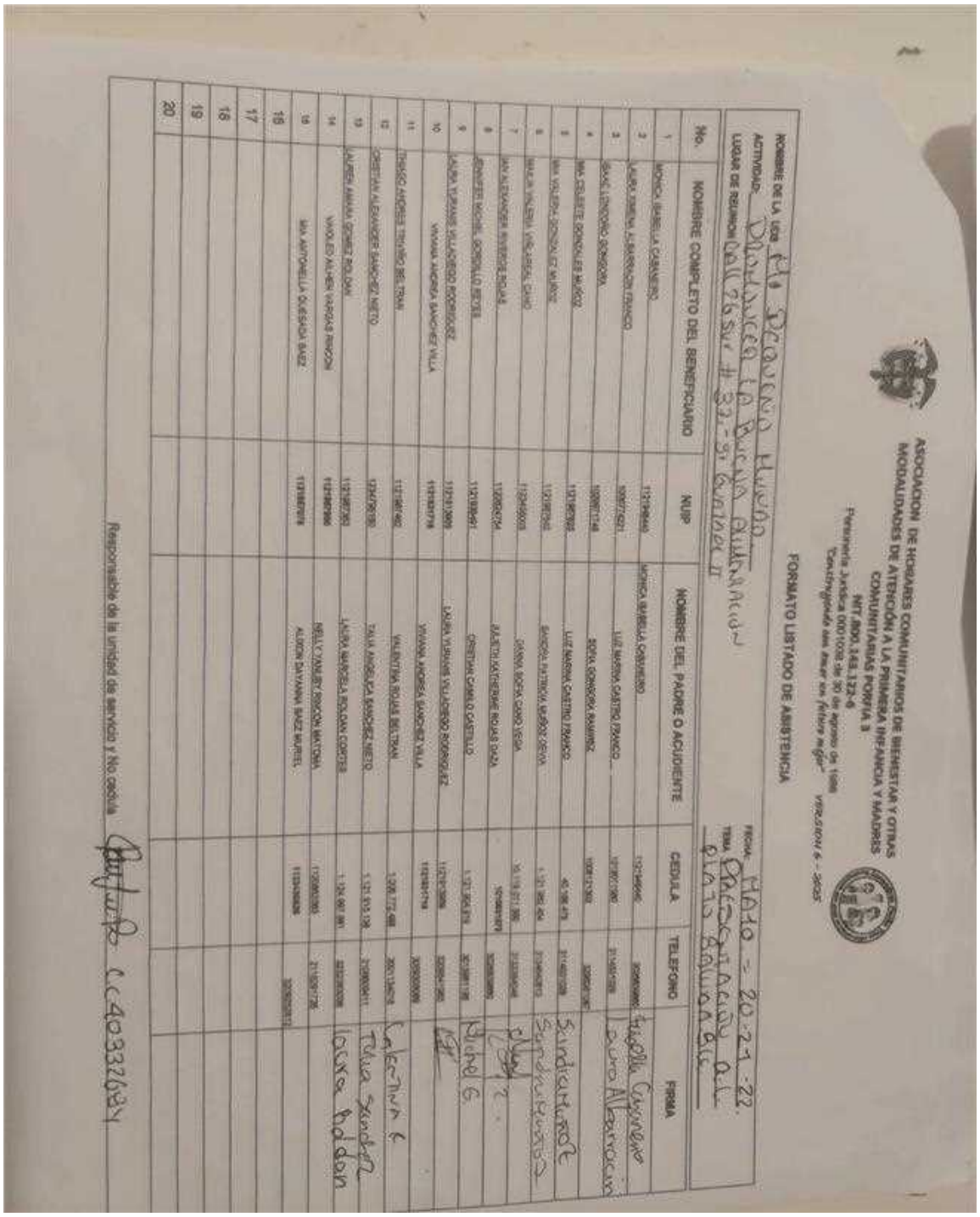
Eviendecias Fotograficas:





Compromisos / tareas	**Responsables**	**Fechas**
	MADRE COMUNITARIA	MAYO -2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
CARMEN JULIA RIVERA		

Se Anexan Firmas



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: Hogar Comunitario Familiar
ACTIVIDAD: Reunión de padres
LUGAR DE REUNION: Calle 26 Sur # 32-91 Barrio Quintanares
FECHA: Marzo – 20-21-22
TEMA: Proceso de pagos

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	MONICA ISABELLA CABANERO	1121918440	MONICA ISABELLA CABANERO	1121918440	3108966996	Mónica Cabanero
2	LAURA SOFIA CARRASCON FRANCO	1009731021	LUZ MARINA CASTRO FRANCO	1121907080	3134567890	Laura Albarracin
3	ISAAC LEONARDO BONILLA	1009871248	SONIA BONILLA RAMIREZ	1002612300	3206547890	
4	ANA CELESTE BONILLA MUÑOZ	1121953956	LUZ MARINA CASTRO FRANCO	40.184.475	3114567890	Sandra Muñoz
5	ANA VALERIA BONILLA MUÑOZ	1121953946	SANDRA PATRICIA MUÑOZ VERA	1.121.952.454	3134567890	Sandra Muñoz
6	MARIA JIMENA VASQUEZ DIAZ	1123455003	DIANA ROSA DIAZ VEGA	36.191.211.396	3123456789	Diana Vasquez
7	ANA ALEXANDRA RAMIREZ ROJAS	1123920754	MARTHA KATHERINE ROJAS DAZA	1090887979	3208765890	
8	JENNIFER MICHEL GORDILLO BOSEL	1121918491	CRISTIAN CAMILO CASTILLO	1.121.954.679	3012981178	Cristian G.
9	LAURA TATIANA VILLADIEGO RODRIGUEZ	1121913005	LAURA YURIANA VILLADIEGO RODRIGUEZ	1121923806	3209412580	
10	VIVIANA ANDREA SANCHEZ VILLA	1121931774	VIVIANA ANDREA SANCHEZ VILLA	1121931774	3005555555	
11	THIAGO ANDRES TAPIERO BELTRAN	1121951460	VALENTINA ROJAS BELTRAN	1.209.772.488	3001134578	Valentina R.
12	CRISTIAN ALEXANDER SANCHEZ NIETO	1121925135	TANIA ANGELICA SANCHEZ NIETO	1.121.913.139	3108990011	Tania Sanchez
13	LAUREN MARIA GOMEZ ROLDAN	1121951563	LAURA MARCELA ROLDAN CORTES	1.124.961.961	3112345678	Laura Roldan
14	VIVIANA ALHER VARGAS RIVERA	1121951866				
15	SIA ANTONELLA OLIVEROS BAEZ	1121951978	KELLY YANUBY RIVERA MATOMA ALISON DAYANA BAEZ MUÑOZ	1121951960 1121934829	3134567890 3209876543	
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No. cédula: C.C 40337693

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MI PRIMERA INFANCIA
HORA: 9.00 a.m	**FECHA:** SEMANA DEL 27-29 DE MAYO 2025
LUGAR: MANZNA 34 CASA 1	**TEMA: TALLER DE PADRES**

POBLACIÓN OBJETO: USUARIOS UDS MI PRIMERA INFANCIA

OBJETIVO:	PROMOVER UNA ALIMENTACION SALUDABLE Y BALANCEADA PARA LAS FAMILIAS DESDE LA UTILIZACION DEL PLATO SALUDABLE DE AL FAMILIA

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Desarrollo del tema
3. Preguntas y respuestas
4. Despedida

PARTICIPANTES

SARA CAROLINA VARGAS CAICEDO
IAN NICOLAS USMA DIAZ
ANGEL GAEL BERNAL GARCIA
MAE LUCIA HURTADO RIZO
SOLEY GABRIELA RIAÑO SIERRA
EVANGELINE MABELL CHAVES VERGARA
ENLLALY JULIANA PIÑEROS HERRERA
YANNI LICETH PIRAGUA VARELA
ZULI YARIZA ORDOÑEZ GUTIERREZ
YEIDY NARVAEZ VARON
JAZLY NICOLL USMA BOBADILLA
PAULA ANDREA SAAVEDRA OSMA
YULIAN PATRICIA LOPEZ RODRIGUEZ
LIAM JERONIMO DAZA GUZMAN
IZZAN ALEXANDER GARZON URBANO
FACILITADOR: LUCELLY CORTES CUENCA

DESARROLLO:

EN **VILLAVICENCIO,** SIENDO LAS **9:00 AM** DE LOS DÍA **27,28,29 DE MAYO DE 2025**, NOS REUNIMOS EN LA **UNIDAD DE SERVICIO "MI PRIMERA INFANCIA"**, LOS SUSCRITOS, CON EL OBJETIVO DE ESTABLECER Y REAFIRMAR LOS LINEAMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE **EL PLATO SALUDABLE DE LA FAMILIA COLOMBIANA** DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE NUESTRA UNIDAD. ESTA ACTA BUSCA ASEGURAR QUE LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS BAJO NUESTRO CUIDADO, ASÍ COMO LA EDUCACIÓN A SUS FAMILIAS, SE ALINEE CON LOS PRINCIPIOS DE UNA NUTRICIÓN EQUILIBRADA Y SALUDABLE.

1. COMPROMISO DE LA UNIDAD DE SERVICIO
LA UNIDAD DE SERVICIO "MI PRIMERA INFANCIA" ESTÁ COMPROMETIDA CON EL **DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA**, Y RECONOCEMOS QUE LA ALIMENTACIÓN ES UN PILAR FUNDAMENTAL PARA EL CRECIMIENTO FÍSICO, COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS. NOS COMPROMETEMOS A:
INTEGRAR LOS PRINCIPIOS DE **EL PLATO SALUDABLE DE LA FAMILIA COLOMBIANA** EN LA PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MENÚS DIARIOS DE LA FAMILIA.
EDUCAR A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, UTILIZANDO ESTE MODELO COMO GUÍA.
FOMENTAR HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES DESDE LA PRIMERA INFANCIA, PROMOVIENDO EL CONSUMO DE ALIMENTOS NATURALES Y VARIADOS.

2. IMPLEMENTACIÓN DE EL PLATO SALUDABLE EN LA UNIDAD
PARA LOGRAR UNA ALIMENTACIÓN QUE RESPONDA A LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y MUJERES EN ESTADO DE GESTACION, SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES ACCIONES Y PRINCIPIOS:
PLANIFICACIÓN DE MENÚS: LOS MENÚS DIARIOS DE LA FAMILIA SERÁN ELABORADOS SIGUIENDO LAS PROPORCIONES Y RECOMENDACIONES DE **EL PLATO SALUDABLE**. ESTO IMPLICA ASEGURAR LA PRESENCIA DE:
ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS: EN CADA COMIDA.
CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS
PROTEÍNAS: VARIANDO ENTRE LEGUMINOSAS, CARNES (POLLO, RES, PESCADO), HUEVOS Y LÁCTEOS, SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE EDAD.
GRASAS SALUDABLES: EN MODERACIÓN, PROVENIENTES DE AGUACATE O ACEITES VEGETALES.
PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:
SE PRIORIZARÁN MÉTODOS DE COCCIÓN SALUDABLES COMO COCCIÓN AL VAPOR, HERVIDO, HORNEADO Y GUISADOS CON POCA GRASA.
SE LIMITARÁ EL USO DE SAL, AZÚCARES AÑADIDOS, ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y BEBIDAS AZUCARADAS.

SE GARANTIZARÁ LA INOCUIDAD Y LA HIGIENE EN TODO EL PROCESO DE MANIPULACIÓN Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.
HIDRATACIÓN: SE PROMOVERÁ EL CONSUMO DE **AGUA POTABLE** DURANTE TODO EL DÍA, DISPONIBLE PARA TODOS LOS NIÑOS, NIÑAS Y MUJERES GESTANTES, EVITANDO JUGOS EMPACADOS O GASEOSAS.
LACTANCIA MATERNA: SE CONTINUARÁ FOMENTANDO Y APOYANDO LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS O MÁS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS Y EL MINISTERIO DE SALUD.

3. EDUCACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR
PARA ASEGURAR LA COHERENCIA ENTRE LA ALIMENTACIÓN EN LA UNIDAD Y EN EL HOGAR, SE IMPLEMENTARÁN ESTRATEGIAS PARA LAS FAMILIAS:
TALLERES EDUCATIVOS: SE REALIZARÁN TALLERES PERIÓDICOS PARA PADRES, MADRES Y CUIDADORES SOBRE **EL PLATO SALUDABLE**, ENSEÑANDO CÓMO APLICARLO EN CASA CON EJEMPLOS PRÁCTICOS Y RECETAS SALUDABLES.
MATERIALES DE APOYO: SE DISTRIBUIRÁN FOLLETOS, CARTELES Y OTRAS HERRAMIENTAS VISUALES QUE EXPLIQUEN DE MANERA SENCILLA LOS PRINCIPIOS DEL PLATO SALUDABLE.
COMUNICACIÓN CONSTANTE: SE MANTENDRÁ UNA COMUNICACIÓN FLUIDA CON LAS FAMILIAS SOBRE LOS MENÚS Y LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.

4. MONITOREO Y SEGUIMIENTO
LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTAS DIRECTRICES SERÁ MONITOREADA DE FORMA REGULAR PARA ASEGURAR SU CUMPLIMIENTO Y REALIZAR AJUSTES SI SON NECESARIOS. SE RECOGERÁ RETROALIMENTACIÓN DE LAS FAMILIAS Y EL PERSONAL PARA MEJORAR CONTINUAMENTE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LA UNIDAD.

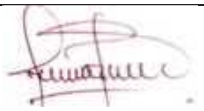
SE OBSERVA LA INASISTENCIA DE ANGEL GAEL GARCIA POR ENCONTREARSE ENFERMO, LA SEÑORA YANNI LICEHT PIRAGUA, SHARITH CRISTINA DAZA, YEIDY NARVAEZ Y PAULA A ANDREA SAAVEDRA POR ESTAR EN PERIODO POSPARTO Y LA NIÑA EVANGELINE MABELL CHAVES QUE LA MAM NO REPORTO NINGUNA NOVEDAD POR LA INASISTENCIA.

Eviendecias Fotograficas:







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
CUIDAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS EN LA FAMILIA PARA TENER UNA MEJOR NUTRICION	Beneficiarios Madre comunitaria	JUNIO
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
LUCELLY CORTES CUENCA	HCB FAMI	

Se Anexan Firmas

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 Juridica 0001038 de 30 de agosto de 1988

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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: MI PRIMERA INFANCIA

ACTIVIDAD: FIRMA DE PADRES USUARIOS

LUGAR DE REUNION: MANZANA 34 CASA 1 BARRIO LA RELIQUIA

FECHA: 27- 29DE MAYO 2025

TEMA: FORMACION A FAMILIAS

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	SARA CAROLINA VARGAS CAICEDO	1121987507	DIANA CAROLINA CICEDO GRUESO	1122132410	3003528847	
2	IAN NICOLAS USMA DIAZ	1123824745	LAURA NATALIA USMA DIAZ	1006774809	3046281161	Laura usma
3	ANGEL GAEL BERNAL GARCIA	1029971460	HEIDY TATIANA BERNAL GARCIA	1119946130	3222940334	— . —
4	MAE LUCIA HURTADO RIZO	1121987466	ANGERLY VANESSA RIZO VILLAMIZAR	1006799299	3508459568	Vanessa R.
5	ENLLALY JULIANA PIÑEROS HERRERA	1071888267	ENLLALY JULIANA PIÑEROS HERRERA	1071888267	3224676539	Juliana Piñeros
6	YANNI LICETH PIRAGUA VARELA	1123432293	YANNI LICETH PIRAGUA VARELA	1123432293	3171867384	— . —
7	ZULI YARIZA ORDOÑEZ GUTIERREZ	1094945052	ZULI YARIZA ORDOÑEZ GUTIERREZ	1094945052	3148295829	2019.0
8	YEIDY NARVAEZ VARON	1022380800	YEIDY NARVAEZ VARON	1022380800	3125952324	— . —
9	JAZLY NICOLL USMA BOBADILLA	1122926547	JAZLY NICOLL USMA BOBADILLA	1122926547	3046281161	Jazly Nicoll Usma
10	PAULA ANDREA SAAVEDRA OSMA	1006796780	PAULA ANDREA SAAVEDRA OSMA	1006796780	3203206897	— . —
11	SOLEY GABRIELA RIAÑO SIERRA	1016943608	MICHELL DAYAN SIERRA RESTREPO	1016943608	3142029724	
12	YULIANA PATRICIA LOPEZ RODRIGUEZ	1121953570	YULIANA PATRICIA LOPEZ RODRIGUEZ	1121953570	3102947075	Yuliana Lopez
13	EVANGELINE MABELL CHAVES VERGARA	1029971654	KENDRICKS MARIA VERGARA ROBLES	1120358803	3223510633	— . —
14	LIAM JERONIMO DAZA GUZMAN	1123824966	SHARITH CRISTINA DAZA GUZMAN	1122925335	3123908649	— . —
15	IZZAN ALEXANDER GARZON URBANO	1121987937	ERIKA NATALIA URBANO LEMUS	1006557707	3227879241	Erika Urbano
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la Unidad de servicio y No.cedula

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MIS ANGELITOS 1
HORA: 2pm	**FECHA:** 21,22,23,/05/2025
LUGAR: MANZANA I CASA 23 VALLES DE ARAGON	**TEMA:** PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: ***USUARIOS, MADRE COMUNITARIA***	
OBJETIVO:	identificar los hábitos alimentarios más importantes de la familia reflexionando acerca de los beneficios de los alimentos naturales, propiciando la identificación de los riesgos frente al consumo de productos comestibles ultra-procesados.

AGENDA:

1.SALUDO Y BIENVENIDA

2.PLATO SALUDABLE

3.EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

4.FIRMAS DE ASISTENCIA

DESARROLLO: esta semana trabajaremos el plato saludable las importancias de tener una alimentación balanceada Con este Plato Saludable de la Familia Colombiana, se invita a reunirse en familia para preparar los alimentos, elegir y consumir alimentos frescos y variados, practicar actividad física y consumir agua fresca. Se hace necesario aclarar que las relaciones de los grupos de alimentos que se presentarán a continuación corresponden por lo menos a una ración diaria en las comidas.

Puedes además entrar a este recetario para cocinar en familia, sin antes olvidar tener en cuenta estas recomendaciones esenciales para que tus

actividades en la cocina sean seguras. Tomarse el tiempo de comer en familia es clave en la alimentación de cada uno de los miembros del hogar

La comida familiar es el momento en el que se reúnen todos o casi todos los miembros de una misma familia para compartir una comida estructurada, esto constituye una actividad central y un particular punto de encuentro en la vida diaria de sus miembros, un momento vital para fortalecer la unidad y la cohesión familiar.

Los vínculos afectivos se fortalecen al comer reunidos con los familiares se les recomienda hacer una variación de los alimentos que estén en oferta ya que el sistema económico es muy variable y en el grupo que de participantes la mayoría son madres cabeza de hogar por eso la alimentación sana es muy complicado. **Aumenta la ingesta de frutas y verduras**

Comer en familia nos permite disfrutar de una comida más sana, según estudios, las madres cocinan utilizando ingredientes más naturales e incorporan más verduras a los platillos, de igual forma los niños prestan más atención a su comida, no es lo mismo llevarse bocados a la boca mientras se está mirando la televisión o el móvil que cuando se está consciente de lo que hay en el plato, además, nos ayuda a controlar las porciones, así como también a disfrutar el sabor de los alimentos.

Desde el punto de vista nutricional, comer en familia frecuentemente se asocia con el seguimiento de dietas más equilibradas y de mayor calidad. Las comidas en familia constituyen la base para elaborar los recuerdos de alimentación que se forman en la infancia y que perduran a lo largo de la vida, recogiendo las experiencias sensoriales que intervienen en la alimentación (tacto, gusto, olfato, oído y vista)

Eviendecias Fotograficas:





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
brindar a la familia alimentación variada para obtener buena salud	Doris Santiago castro	Año 2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Doris Santiago castro	Agente educativo	Doris Santiago castro

Se Anexan Firmas



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 ANGELITOS 1 — FECHA: 21-24-23 Mayo
ACTIVIDAD: Escuela para familias — TEMA: Plenio Saludable
LUGAR DE REUNION: MANZANA I CASA 23 VALLES DE ARAGON

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ANGIE TATIANA BARRERA	1.007.702.936	ANGIE TATIANA BARRERA	1.007.702.936	3208483583	Angie Barrera
2	ADRIANA LUCIA TOCORA	1.122.543.788	NINA LUZ BOBADILLA ROJAS	1.121.961.056	3222402783	Adriana Tocora
3	CAROLAY THALIA DIAZ FALLA	1.121.987.783	SELENA FALLA BOBADILLA	1.234.791.015	3214696517	Selena Falla
4	JULIETH VIVIANA AGUJA BARRETO	1.014.230.215	JULIETH VIVIANA AGUJA BARRETO	1.014.230.215	3219852457	JAG.
5	VALERI ALEJANDRA RODRIGUEZ	1.123.433.483	VALERI ALEJANDRA RODRIGUEZ	1.123.433.483	3145708823	Valeri Rodriguez
6	LAURA STEPHANNY BENITO	1.121.949.100	LAURA STEPHANNY BENITO	1.121.949.100	3219139811	Laura Benito
7	JULIANA MALDONADO	1.006.799.520	JULIANA MALDONADO	1.006.799.520	3133558985	Juliana Maldonado
8	JUAN DIEGO VERGARA SAENZ	1.244.828.743	LAURA MAYERLY SAENZ	1.121.416.825	3107219172	Laura Saenz
9	KAREN YULIANA SANCHEZ	1.193.355.857	KAREN YURANY SANCHEZ	1.193.355.857	31346339971	Karen Sanchez
10	ARIADNA CAMILA VARGAS	1.029.971.496	YENIFER SOLAY SANCHEZ VERGARA	1.008.860.268	3243814020	Yenny Sanchez
11	IAN FELIPE ESPINOSA	1.121.987.562	ERIKA BRIGITH ESPINOSA DIAZ	1.117.323.953	3202933342	Erika Diaz
12	JOEL MATHEO ARIAS CRUZ	1.123.455.025	YENY PATRICIA CRUZ	1.121.819.639	3208575751	Yeny Cruz
13	ERICK DAVID BALMACEDA	1.122.543.820	MONICA FAISULLY VELASQUEZ GONZALEZ	1.121.847.143	3134764107	Monica V.
14	ALANA GABRIELA BELTRAN	1.121.987.328	LAURA DANIELA RAMIREZ RAMOS	1.122.516.726	3123045689	Laura R.
15	ELIZABETH YATE BEDOYA	1.121.948.882	ELIZABETH YATE BEDOYA	1.121.948.882	3123352648	Elizabeth Yate
16						
17						
18						
19						
20						Jenis Yam Rico Castro

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula



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 ANGELITOS 1 — FECHA: 6/5/6 de Marzo
ACTIVIDAD: Taller a padres — TEMA: Manejo de las emociones
LUGAR DE REUNION: MANZANA I CASA 23 VALLES DE ARAGON

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ANGIE TATIANA BARRERA	1.007.702.936	ANGIE TATIANA BARRERA	1.007.702.936	3208483583	Angie Barrera
2	ADRIANA LUCIA TOCORA	1.122.643.788	NINA LUZ BOBADILLA ROJAS	1.121.961.056	3222402783	Nina Luz
3	CAROLAY THALIA DIAZ FALLA	1.121.987.783	SELENA FALLA BOBADILLA	1.234.791.015	3214896517	Selena Falla
4	TANIA LIZETH MENJURA	1.193.385.981	TANIA LIZETH MENJURA	1.193.385.981	3219852457	
5	VALERI ALEJANDRA RODRIGUEZ	1.123.433.483	VALERI ALEJANDRA RODRIGUEZ	1.123.433.483	3145708823	Valeri Rodriguez
6	LAURA STEPHANNY BENITO	1.121.949.100	LAURA STEPHANNY BENITO	1.121.949.100	3219139811	Laura Benitol
7	JULIANA MALDONADO	1.006.799.520	JULIANA MALDONADO	1.006.799.520	3133558985	Juliana Maldonado
8	LAURA MAYERLY SAENZ	1.121.418.625	LAURA MAYERLY SAENZ	1.121.418.625	31072191972	Laura Saenz
9	KAREN YURANY SANCHEZ	1.193.355.857	KAREN YURANY SANCHEZ	1.193.355.857	31346339971	Karen sanchez
10	ARIADNA CAMILA VARGAS	1.029.971.496	YENIFER SOLAY SANCHEZ VERGARA	1.006.880.268	3243814020	
11	IAN FELIPE ESPINOSA	1.121.987.562	ERIKA BRIGITH ESPINOSA DIAZ	1.117.323.953	3202933342	Erika Diaz
12	YENY PATRICIA CRUZ	1.121.819.639	YENY PATRICIA CRUZ	1.121.819.639	3208575751	
13	ERICK DAVID BALMACEDA	1.122.643.820	MONICA FAISULLY VELAQUEZ GONZALEZ	1.121.847.143	31347641107	Monica V.
14	ALANA GABRIELA BELTRAN	1.121.987.326	LAURA DANIELA RAMIREZ RAMOS	1.122.516.726	3123045889	Laura Ramos
15	JOAO SANTIAGO MORENO	1.123.824.581	ANGELICA JARAMILLO RODRIGUEZ	1.121.936.263	3137324016	Angelica Jaramillo
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula: Dora Santiago Cinho

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES **CONTRATO:** 50002532024	**UDS:** MIS ANGELITOS
HORA: 8:30 AM	**FECHA:** 07 /05 / 2025
LUGAR: CALLE 39B#20A 02 JORDAN	**TEMA:** PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: 15 PARTICIPANTES DE LA UDS	
OBJETIVO:	BRINDAR Y PROPORCIONAR NUTRIENTES ESENCIALES Y MANTENER UN PESO SALUDABLE Y ADEMAS PREVENIR ENFERMEDADES

AGENDA:

1. FOLLETOS
2. CARTELERA

DESARROLLO:

CON LOS PARTICIPANTES ESTAREMOS REALIZANDO ACTIVIDAD Y DINAMICA SOBBRE EL PLATO SALUDABLES ADEMAS SELESDA ACONOCER POR MEDIO DE UNA CHARLA LO IMPORTANTES QUE ES COMER SALUDABLE Y ADEMAS BEBER AGUA CONSTANTEMENTE

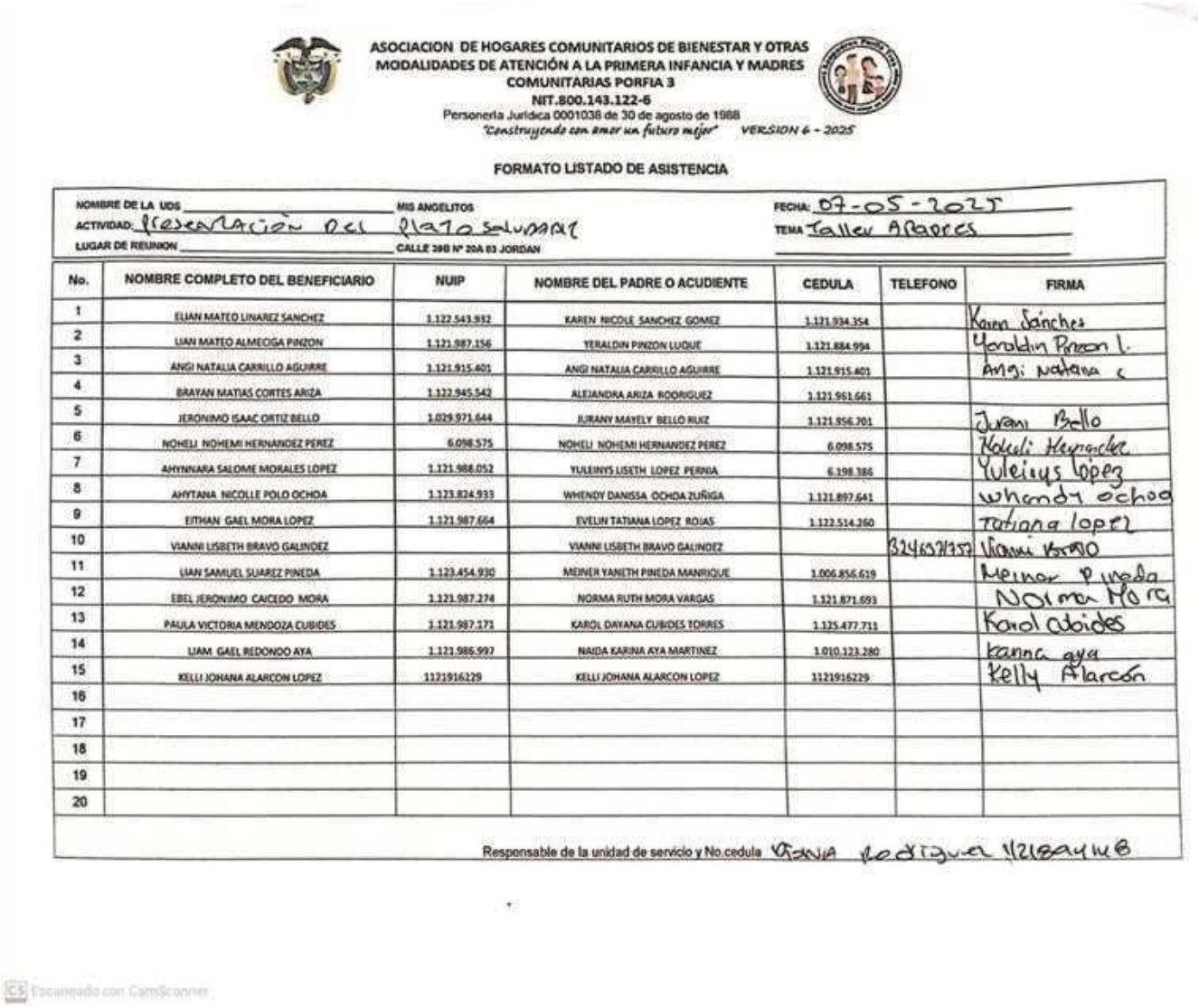
Eviendecias Fotograficas:





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
TERMINAR LAS ACTIVIDADES INICIADAS EN LA UDS	**DIANA RODRIGUEZ**	07 /05/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
DIANA MARITZA RODRIGUEZ BARRERA	**MADRE FAMI**	

´2 **Se Anexan Firmas**



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 ANGELITOS
ACTIVIDAD: Presentación del Plato saludable
LUGAR DE REUNION _____ CALLE 39B Nº 20A 83 JORDAN
FECHA: 07-05-2025
TEMA Taller Padres

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	ELIAN MATEO LINAREZ SANCHEZ	1.122.543.932	KAREN NICOLE SANCHEZ GOMEZ	1.121.934.354		Karen Sánchez
2	LIAN MATEO ALMEIGA PINZON	1.121.987.156	YERALDIN PINZON LUQUE	1.121.884.994		Yeraldin Pinzon L.
3	ANGI NATALIA CARRILLO AGUIRRE	1.121.915.401	ANGI NATALIA CARRILLO AGUIRRE	1.121.915.401		Angi Natalia C
4	BRAYAN MATIAS CORTES ARIZA	1.122.945.542	ALEJANDRA ARIZA RODRIGUEZ	1.121.961.661		
5	JERONIMO ISAAC ORTIZ BELLO	1.029.971.644	JURANY MAYELY BELLO RUIZ	1.121.956.701		Jurany Bello
6	NOHELI NOHEMI HERNANDEZ PEREZ	6.098.575	NOHELI NOHEMI HERNANDEZ PEREZ	6.098.575		Noheli Hernandez
7	AHYNNARA SALOME MORALES LOPEZ	1.121.988.052	YULEINYS LISETH LOPEZ PERNIA	6.198.386		Yuleinys Lopez
8	AHYTANA NICOLLE POLO OCHOA	1.123.824.933	WHENDY DANISSA OCHOA ZUÑIGA	1.121.897.641		whendy ochoa
9	EITHAN GAEL MORA LOPEZ	1.121.987.664	EVELIN TATIANA LOPEZ ROJAS	1.122.514.260		Tatiana lopez
10	VIANNI LISBETH BRAVO GALINDEZ		VIANNI LISBETH BRAVO GALINDEZ		3246327757	Vianni Bravo
11	LIAN SAMUEL SUAREZ PINEDA	1.123.454.930	MEINER YANETH PINEDA MANRIQUE	1.006.856.619		Meiner Pineda
12	EBEL JERONIMO CAICEDO MORA	1.121.987.274	NORMA RUTH MORA VARGAS	1.121.871.693		Norma Mora
13	PAULA VICTORIA MENDOZA CUBIDES	1.121.987.171	KAROL DAYANA CUBIDES TORRES	1.125.477.711		Karol Cubides
14	LIAM GAEL REDONDO AYA	1.121.986.997	NAIDA KARINA AYA MARTINEZ	1.010.123.280		karina aya
15	KELLI JOHANA ALARCON LOPEZ	1121916229	KELLI JOHANA ALARCON LOPEZ	1121916229		Kelly Alarcón
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula YANIA RODRIGUEZ 1121844468

Escaneado con CamScanner

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MIS CORDERITOS
HORA: 9:00 AM	**FECHA:** 6 ,7 y 8/ /05 / 2025
LUGAR: POLIDEPORTIVO LA FLORENCIA	**TEMA:** TALLER DE PADRE PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS DE LA UDS	
OBJETIVO:	CONCIENTIZAR A LOS PARTICIPANTES A LA IMPORTANCIA DE CUIDAR Y PROTEGER LA ALIMENTACIÓN SALDABLE DE NUESTROS NIÑOS Y NIÑAS Y ASÍ CUIDAR SU ECONOMÍA .

AGENDA:

1. PAPEL CRAT
2. TEMPERAS
3. COLBOM
4. PINCELES
5. SILICONA

DESARROLLO:

CON LOS PARTICIPANTES REALIZAREMOS UNA CARTELERA SOBRE LOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONSUMIMOS Y QUE TAN SALUDABLES SON PARA NUESTROS NIÑO Y NIÑAS.

Eviendecias Fotograficas:

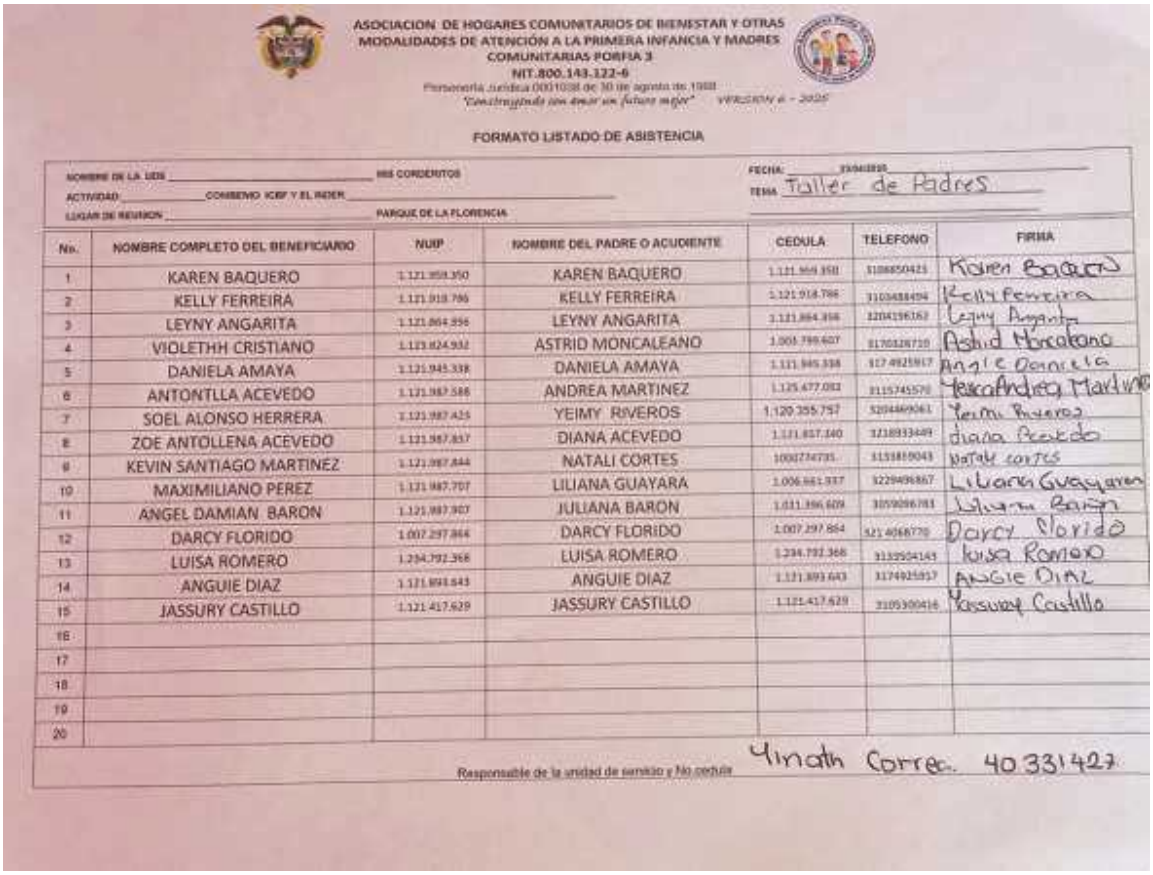






Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
TERMINAR LAS ACTIVIDADES INICIADAS EN LA UDS	**DARCY FLORIDO**	6 , 7 Y 8 /05 /2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
YINATH MARIETH CORREA ARCE	**MADRE FAMI**	

´2 **Se Anexan Firmas**



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 4 - 2020

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS _____ HIS CONDERITOS
ACTIVIDAD _____ CONSEJO ICBF Y EL RADER _____
LUGAR DE REUNION _____ PARQUE DE LA FLORENCIA
FECHA: _____
TEMA Taller de Padres

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	KAREN BAQUERO	1.121.959.350	KAREN BAQUERO	1.121.959.350	3108650425	Karen Baquero
2	KELLY FERREIRA	1.121.918.786	KELLY FERREIRA	1.121.918.786	3103488494	Kelly Ferreira
3	LEYNY ANGARITA	1.121.864.356	LEYNY ANGARITA	1.121.864.356	3204196162	Leyny Angarita
4	VIOLETHH CRISTIANO	1.123.824.932	ASTRID MONCALEANO	1.003.799.607	3170128710	Astrid Moncaleano
5	DANIELA AMAYA	1.121.945.338	DANIELA AMAYA	1.121.945.338	317 4825917	Angie Daniela
6	ANTONTLLA ACEVEDO	1.121.987.588	ANDREA MARTINEZ	1.125.677.093	3115745570	Yesica Andrea Martinez
7	SOEL ALONSO HERRERA	1.121.987.425	YEIMY RIVEROS	1.120.355.757	3204469061	Yeimi Riveros
8	ZOE ANTOLLENA ACEVEDO	1.121.987.857	DIANA ACEVEDO	1.121.857.140	3218933449	diana Acevedo
9	KEVIN SANTIAGO MARTINEZ	1.121.987.844	NATALI CORTES	1000274735	3153819043	Natali cortes
10	MAXIMILIANO PEREZ	1.121.987.707	LILIANA GUAYARA	1.006.661.937	3229496867	Liliana Guayara
11	ANGEL DAMIAN BARON	1.121.987.907	JULIANA BARON	1.031.396.609	3059096783	Liliana Baron
12	DARCY FLORIDO	1.007.297.864	DARCY FLORIDO	1.007.297.864	321 4066770	Darcy Florido
13	LUISA ROMERO	1.234.792.368	LUISA ROMERO	1.234.792.368	3133504143	luisa Romero
14	ANGUIE DIAZ	1.121.893.643	ANGUIE DIAZ	1.121.893.643	3174925857	Anguie Diaz
15	JASSURY CASTILLO	1.121.417.629	JASSURY CASTILLO	1.121.417.629	3105300416	Yassury Castillo
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No cedula Yinath Correa. 40331427

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:50006532024**	**UDS: MIS PRIMERAS HUELLITAS**
HORA: 9:00 AM	**FECHA: 20,21,22/05/2025**
LUGAR: CL 21 A SUR 13 E 41 LA SABANA	**TEMA: PLAN DE FORMACION A FAMILIAS**

POBLACIÓN OBJETO: USUARIAS DE LA UNIDAD DE SERVICIO MIS PRIEMRAS HUELLITAS

OBJETIVO:	Identificar los hábitos alimentarios más importantes de la familia reflexionando acerca de los beneficios de los alimentos naturales, propiciando la identificación de los riesgos frente al consumo de productos comestibles ultra-procesados.

AGENDA:

1.BIENVENIDA
2.ORACION
3.DESARROLLO
4.CIERRE

DESARROLLO: Se dio la bienvenida a los cuidadores y niños, generando un ambiente de confianza y participación. Se inició con una breve conversación sobre la importancia de la alimentación saludable para el crecimiento y desarrollo de los niños, y se presentó el tema del día: *"El plato saludable"*. Se mostró una imagen del plato saludable, explicando las categorías de alimentos: frutas, verduras, proteínas, cereales y agua.

Desarrollo:

Se presentó una *ruleta didáctica* dividida en secciones que representaban los grupos de alimentos del plato saludable. Cada participante tuvo la oportunidad de girar la ruleta. Al caer en un grupo de alimentos, se les pidió nombrar al menos un alimento que conocieran de esa categoría y se explicó brevemente su beneficio para el cuerpo.

Para fomentar el aprendizaje activo y el vínculo familiar, se hizo lo siguiente:

- A los adultos se les pidió construir con materiales reciclables o cartulina un "plato saludable" colocando imágenes recortadas o dibujadas de alimentos reales de cada grupo.
- Los niños (según su edad) participaron coloreando alimentos, pegando imágenes o nombrando los colores de los alimentos seleccionados.
- Se fomentó la conversación entre cuidadores y niños sobre qué alimentos comen en casa y cuáles podrían incorporar para tener una alimentación más equilibrada.

Cierre:

Se hizo una reflexión grupal sobre lo aprendido y la importancia de ofrecer alimentos variados y nutritivos a los niños desde pequeños. Se animó a los cuidadores a compartir un alimento saludable que deseen incluir más en casa. Finalizamos con el momento "¿Qué me llevo y con qué me quedo?", donde cada participante expresó qué aprendió y cómo lo aplicará en su hogar.





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Me comprometo a incluir diariamente al menos una fruta o verdura en la alimentación de mi hijo(a) y a fomentar hábitos alimenticios saludables en el hogar.	USUARIOS Y MADRE COMUNITARIA	20,21,22/05/2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
DAYANA GUZMAN MORENO	MADRE COMUNITARIA FAMI	Dayana Guzmán M.

Se Anexan Firmas

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 PRIMERAS HUELLITAS
ACTIVIDAD: SESION EDUCATIVA
LUGAR DE REUNION: CL 21 A SUR 13 E 61 LA SABANA
FECHA: 22 y 22 OCT 2024
TEMA: plan de formacion en familias

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	WANEZA CARVAJAL SOLANO	1121944402			3206991372	Vaneza Carvajal S.
2	ALBA LUCIA ORTIZ ORTIZ	1073160092			3007285017	Alba Lucia Ortiz O.
3	YENDRY NORELLY HERRERA PARRADO	1121949551			3113537694	YENDRY HERRERA
4	ERIKA LORENA MORA NARVAEZ	1121851065			3122229944	
5	DAYHANA CATHERINE HEANO GOMEZ	1.006.810.218			3126604239	Katherine Heano
6	ZIARA RUIZ CASTAÑEDA	1244828721	DIANA CASTAÑEDA VILLAREAL	1.006.499.722	3138985998	Diana C.
7	VICKY ANTONELLA CASAS RODRIGUEZ	1121987799	LAURA VALENTINA CASAS RODRIGUEZ	1.122.521.798	3014666520	Vicky Rodriguez
8	ORIANA SAENZ DIAZ	1123824782	NATALIA DÍAZ PERDOMO	1.007.492.276	3144620137	NATALIA DIAZ
9	SAMUEL ESTABAN MONROY VANEGAS	1244828689	ANGIE VANESSA VANEGAS	1.122.511.941	3224074328	VANESSA
10	MIGUEL ANGEL LOAIZA AGRAZ	1121986741	ADRIANA AGRAZ MOLINA	PPT 1001576	3107411548	
11	AARON SANTIAGO ANGEL ANDRADE	1123454830	ANGELY ANDRADE LEIVA	1.007.729.841	3102869058	Angely Andrade
12	EDWAR ALEXIS DOMINGUEZ PRIETO	1121986716	MARTHA LILIANA PRIETO	1.121.839.222	3102500892	
13	ABIEL JOEL CASTRO VARGAS	1244828667	GIOVANNA VARGAS PLAZAS	1.006.828.385	3162726939	
14	MAILYN AHDARA CAÑAS MARE	122945406	YENCI MARE LETRADO	1.123.435.646	3103252828	
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Dayana Guzman M 1121960912.
Responsable de la unidad de servicio y No cedula

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO: 50006532024**	**UDS: MIS PRIMERAS HUELLITAS**
HORA: 9:00 AM	**FECHA: 06-07-08 DE MAYO DEL 2025**
LUGAR: CALL 3 # 06-69 LA NOHORA	**TEMA: TALLER A PADRES (PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE)**
POBLACIÓN OBJETO: MADRES GESTANTES Y LACTANTES	
OBJETIVO:	QUE LOS PADRES Y CUIDADORES COMPRENDAN LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA PARA SUS HIJOS, APRENDAN A IDENTIFICAR Y PREPARAR COMIDAS SALUDABLES SIGUIENDO EL MODELO DEL PLATO SALUDABLE, Y DESARROLLEN HABILIDADES PRÁCTICAS PARA PROMOVER HÁBITOS ALIMENTICIOS NUTRITIVOS EN EL HOGAR.

AGENDA:

1. BIENVENIDA
2. DESARROLLO E LA ACTIVIDAD
3. CIERRE DE LA ACTIVIDAD

Saludo y bienvenida

La actividad comenzó con un cordial saludo y bienvenida a cargo de la madre comunitaria quien agradeció la presencia de todos los participantes y destacó la importancia de fortalecer hábitos alimenticios saludables desde el hogar para el bienestar integral de los niños, niñas y madres gestantes.

Desarrollo de la actividad

Durante el taller se abordaron los siguientes temas:

- Explicación del concepto y la importancia del Plato Saludable como guía para una alimentación equilibrada.
- Desglose de los grupos de alimentos que conforman el plato: frutas, verduras, cereales, proteínas y lácteos.
- Recomendaciones prácticas para la selección y preparación de alimentos saludables, incluyendo ejemplos sencillos y económicos.

- Dinámica participativa donde los asistentes realizaron un montaje simbólico del Plato Saludable con materiales didácticos.
- Espacio para preguntas, dudas y reflexión sobre los hábitos alimenticios familiares.

Los participantes mostraron interés y participaron activamente, compartiendo experiencias y comprometiéndose a aplicar lo aprendido en sus hogares.

3. Cierre de la actividad

Para finalizar, se agradeció la participación de todos, se entregaron materiales educativos para reforzar el aprendizaje y se invitó a los padres a continuar promoviendo una alimentación sana en sus familias.

Eviendecias Fotograficas:





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



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
• Reconocer y normalizar las emociones • Centrarse en las cosas buenas.	MADRES USUARIAS	PERMANENTE
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
YULY GODOY	MADRE FAMI	

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

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR 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 PRIMERAS HUELLITAS

M ACTIVIDAD: Presentacion del Plato Saludable

LUGAR DE REUNION: CALLE 3 # 06-69 LA NOHORA

FECHA: mayo-2025.

TEMA Taller A Padres.

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	NICOL DAYANA GALVIS	1.070.389.867	NICOL DAYANA GALVIS	1.070.389.867	3227479875	Nicol Galvis
2	SOLANGELA MEZA RUBIO	1.100.953.906	SOLANGELA MEZA RUBIO	1.100.953.906	3167480206	Solangela Meza R
3	LUISA FERNANDA NORATO SAGANOME	1.118.199.000	LUISA FERNANDA NORATO SAGANOME	1.118.199.000	3007256410	
4	ERIKA KATHERINE RAYE PEZ	1.120.579.955	ERIKA KATHERINE RAYE PEZ	1.120.579.955	3023255724	Erika Raye
5	DANIELA ZEA ARENAS	1.121.963.520	DANIELA ZEA ARENAS	1121963520	3028416445	Daniela Zea
6	KATHERYN YULIANA HERRERA BOBADILLA	1.121.417.442	KATHERYN YULIANA HERRERA BOBADILLA	1121417442	3245380188	Yuliana H.
7	SHARID KATELEYA RIOS SOTO	SD	LINA MARIA SOTO MAHECHA	1.121.941.536	3016438655	
8	EITHAN MATTEO MORENO RODRIGUEZ	1.234.796.155	LAUDY LORANGY RODRIGUEZ GOMEZ	1.002.407.183	3243064638	Laudy
9	DAIA MAKEYLA IDARRAGA GUERRA	1.234.796.152	FRANYI VALENTINA GUERRA GODOY	1.006.774.651	3217774915	Valentina
10	ERICK ANDRES HERRERA PEREZ	1.121.987.555	YEIMY TATIANA PEREZ	1.121.836.171	3244923078	Yeimi Perez.
11	ZAIRA VALENTINA HERNANDEZ MORALES	1.234.791.109	LINDA LUCIA MORALES	1.234.791.109	3023502563	Linda Morales S.
12	AILANY DALAY PERALTA HUERTAS	1.123.824.821	NICOL DANIELA HUERTAS VARGAS	1.121.844.012	3042235759	Nicol H.
13	LIZETH VALERIA CANTOR HIDALGO	1.121.987.600	YUDI ESMERASLDA HIDALGO	1.069.901.398	3204064108	Judy Hidalgo
14	DYLAN FELIPE HERRERA BELTRAN	1.234.796.068	DIANA FERNANDA BELTRAN	1.234.788.422	3212348999	
15	MAXIMILIANO HERNANDEZ RAMOS	1,029.971.486	CAMILA HERNANDEZ RAMOS	1.007.741.711	3004509184	
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula YULY GODOY 1121865211

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 50006532024	**UDS:** MIS PRIMEROS PASOS UNO
HORA: 2 A 4 PM	**FECHA:** 07/08/09 de mayo /2025
LUGAR: SECTOR 1CASA6	**TEMA:** TALLER A PADRES
POBLACIÓN OBJETO: GESTANTES Y LACTANTES	
OBJETIVO:	**PRESENTACION DE EL PLATO SALUDABLE** **Su objetivo es mostrar la proporción adecuada de diferentes grupos de alimentos en cada plato, priorizando frutas, verduras y granos integrales, mientras se incluye una porción adecuada de proteínas y aceites saludables.**

AGENDA:

1. SALUDO INICIAL
2. ACTIVIDAD DE ROMPE HIELO
3. EXPLICACION DE BENEFICIOS Y DEVENTAJAS DE LACTAR
4. REALIZACION DE CARTELERA

DESARROLLO:

SE REALIZA LA ACTIVIDAD CON LAS MAMITAS EN EL ENCUENTRO GRUPAL INICIO COMPARTIENDO CON ELLAS EL TEMA EL CUAL, ES LA PRESENTACION DE EL PLATO SALUDABLE ELLAS ME COMPARTEN SU CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA INTERCAMBIAMOS EXPERIENCIAS, EL PLATO SALUDABLE ES UNA HERRAMIENTA VALIOSA PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EQUILIBRADA, SEGUIDO DE ESTO LES COMPARTO IMÁGENES DE LOS DIFERETES ALIMENTOS ANTERIORMENTE MOSTRADOS

Eviendecias Fotograficas:





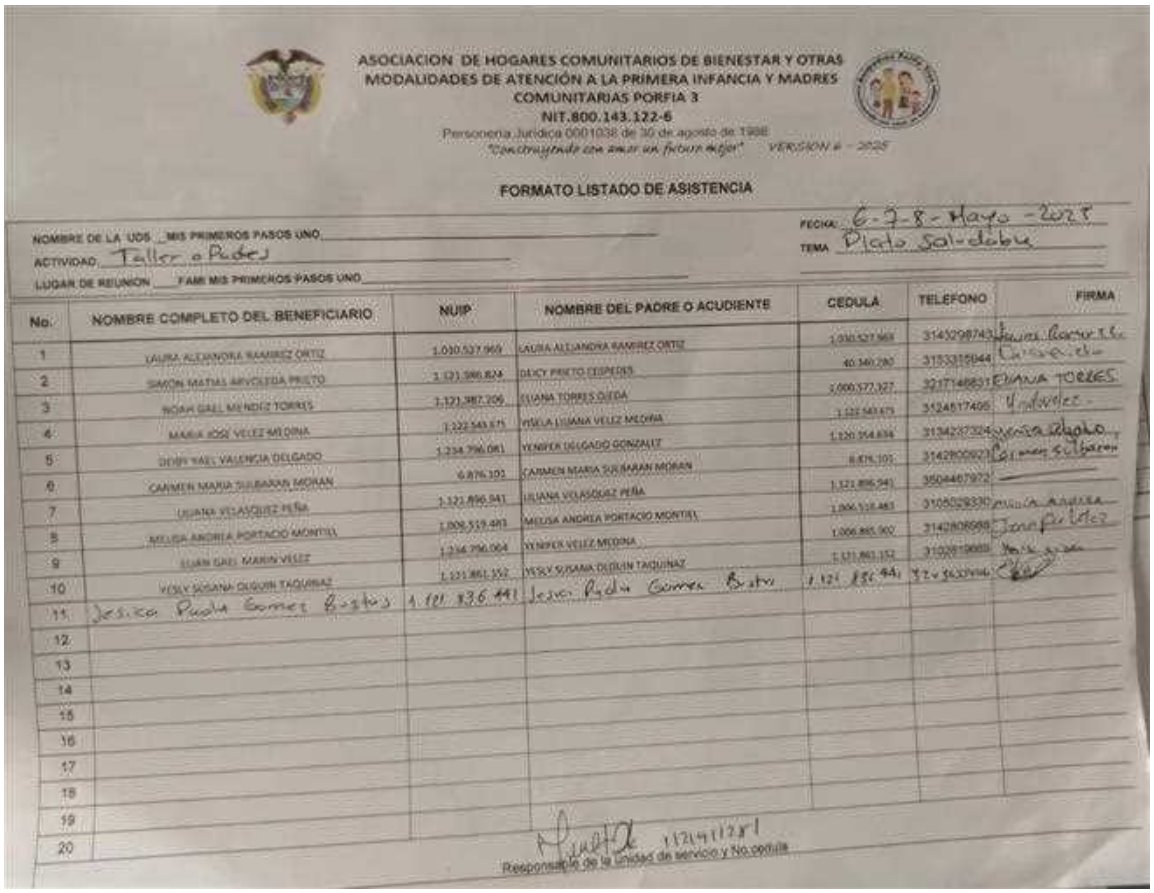




Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

REPLICAR EN CASA LO APRENDIDO	MARCELA HUARTOS	JUNIO
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
EDITH MARCELA HUARTOS DUARTE	MADRE FAMI	MARCELA HUARTOS

Se Anexan Firmas



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 UNO
ACTIVIDAD Taller a Padres
LUGAR DE REUNION FAMI MIS PRIMEROS PASOS UNO
FECHA 6-7-8-Mayo-2025
TEMA Plato Saludable

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	LAURA ALEJANDRA RAMIREZ ORTIZ	1.030.527.969	LAURA ALEJANDRA RAMIREZ ORTIZ	1.030.527.969	3145298743	
2	SIMON MATIAS ARVOLEDA PRIETO	1.121.980.824	DEICY PRIETO CESPEDES	40.340.280	3153315944	
3	NOAH GAEL MENDEZ TORRES	1.121.987.206	LILIANA TORRES OJEDA	1.006.577.327	3217148831	LILIANA TORRES
4	MARIA JOSE VELEZ MEDINA	1.122.543.675	YISELA LILIANA VELEZ MEDINA	1.122.543.675	3124617405	
5	DEIBY RAEL VALENCIA DELGADO	1.234.796.081	YENIFER DELGADO GONZALEZ	1.120.354.634	3134237324	
6	CARMEN MARIA SUBIRAN MORAN	6.876.103	CARMEN MARIA SUBIRAN MORAN	6.876.103	3142900921	
7	LILIANA VELASQUEZ PEÑA	1.121.896.941	LILIANA VELASQUEZ PEÑA	1.121.896.941	3504467972	
8	MELISA ANDREA PORTACIO MONTIEL	1.006.519.483	MELISA ANDREA PORTACIO MONTIEL	1.006.519.483	3105029330	
9	JUAN GAEL MARIN VELEZ	1.234.796.064	YENIFER VELEZ MEDINA	1.006.865.902	3142808988	
10	YESLY SUSANA OLIVERIN TAQUINAZ	1.121.861.352	YESLY SUSANA OLIVERIN TAQUINAZ	1.121.861.352	3102919889	
11	Jessica Paola Gomez Bustos	1.121.836.441	Jessica Paola Gomez Bustos	1.121.836.441	324 5433944	
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

1121911281
Responsable de la Unidad de servicio y No cedula

ACTA DE REUNIÓN	
EAS: ASOCIACION PORFIA TRES	**FAMI MIS TRES ESTACIONES**
Hora: 9:00 AM	Fecha: MAYO 2025
Lugar: KRA 16 N 44B19 BARRIO VILLA SUAREZ	TEMA: **PLATO SALUDABLE**
Población Objeto: Usuarios del programa FAMI	
Numero de convocados 15	Número de asistentes_15
Objetivo:	Aprender que un plato saludable en nuestro país y para los niños de 6 meses de edad en adelante, madres gestantes, madres lactantes y demás población debe contener 6 grupos de alimentos saludables

Agenda:

1. Saludo
2. Verificación de asistencia.
3. Objetivo y metodología
4. Socialización de la temática
5. Despedida

DESARROLLO:

Se da la bienvenida se explica el objetivo y metodología a seguir, por medio de carteleras, folletos, talento humano, se realiza la socialización del tema que es plato saludable, cuales son los grupos de alimentos que debe contener para tener una alimentación adecuada.

El modelo de alimentación para Colombia se presenta a través del plato saludable de la familia colombiana, el cual ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir. Además, permite reflexionar acerca de la alimentación, entendiendo que ésta inicia desde la selección de los alimentos y el tiempo que dedicamos tanto en su preparación como en su consumo.

Con este Plato Saludable de la Familia Colombiana, se invita a reunirse en familia para preparar los alimentos, elegir y consumir alimentos frescos y variados, practicar actividad física y consumir agua fresca. Se hace necesario aclarar que las relaciones de los grupos de alimentos que se presentarán a continuación corresponden por lo menos a una ración diaria en las comidas.

Puedes además entrar a este recetario para cocinar en familia, sin antes olvidar tener en cuenta estas recomendaciones esenciales para que tus actividades en la cocina sean

Puedes además entrar a este recetario para cocinar en familia, sin antes olvidar tener en cuenta estas recomendaciones esenciales para que tus actividades en la cocina sean seguras.

Powered by CamScanner

Seis grupos de alimentos esenciales en todas las preparaciones

En las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) para la población Colombiana, se indica la clasificación de alimentos saludables en seis grupos, en el presente recetario encontrarás recetas con cada uno de estos grupos, encontrando desde su combinación y complemento, la mejor forma de alimentarse en familia. A continuación te presentamos la clasificación de los seis grupos de alimentos el plato saludable de la familia Colombiana:





Reflexiones.

El plato saludable de la familia colombiana contiene 6 grupos de alimentos: frutas, verduras, carnes, lácteos, aceites azucares, cereales.

Entender que los alimentos deben siempre complementarse con hidratación de agua de manera constante y ejercicio.

Conclusiones:

Las usuarias participaron todas de manera adecuada.

La actividad fue muy satisfactoria y completa, debido a que todas participaríamos y aportamos conocimientos

Es importante resaltar constantemente la importancia de tener una alimentación adecuada según la edad que se tenga siempre complementado con lactancia materna hasta los 6 meses, hidratación y ejercicios.

Despedida: Se agradece la participación a los beneficiarios presentes en el desarrollo de las actividades programadas.

Compromisos/ tareas	Responsables	Fechas

Powered by CamScanner

brindar la información adecuada de los grupos de alimentos del plato saludable	fami Usuarias programa	Mensualmente
Promover la oportuna divulgación acerca del no consumo en lo posible de alimentos inorgánicos o de paquete	fami Usuarias programa.	Mensualmente
Ser duplicadores de la información no solo ante las familias participantes sino ante la comunidad	fami Usuarias programa	Mensualmente
FIRMAS DE ASISTENTES	**ENTIDAD**	**FIRMAS**
NELCON MORENO LONDOÑO	ASOCIACION PORFIA TRES	

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS







Powered by CamScanner

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.122-6
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS MUTRES famcol
ACTIVIDAD: Plato. Saludable
LUGAR DE REUNION K 16 # 11B19 y 11B21.

Mayo - 2025.

No.	NOMBRE DEL NIÑO(A) MUJER GESTANTE	NUIP/C.C/T.I/PEP	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	PAULA VALENTINA CORTES SAMACA	1122920523	PAULA VALENTINA CORTES SAMACA	1122920523	3108988623	Valentina Cortes
2	GLADIS HELENA DIAZ NIÑO	1121832282	GLADIS HELENA DIAZ NIÑO	1121832282	3108500705	Gladys Diaz
3	EMY VICTORIA MORENO ARIAS	1123824869	DANNA YERALDIN ARIAS GARZON	1006866080	3147504047	Danna Arias
4	EITHAM ALEJANDRO OJEDA BUITRAGO	1121988045	DAYANA ISANELLA BUITRAGO VELOZA	1003558427	3165441785	
5	SARA ISABELA PARDO HERNANDEZ	1029971708	MARIA PAULINA HERANDEZ RINCON	1121848865	3106878493	Maria Paulina
6	MIGUEL ANGEL GARCIA ESCOBAR	1234796175	RAIMAR ANDREINA GARCIA ESCOBAR	2159268	3212442286	RAIMAR
7	KAROL KATERINE ARIAS GALINDO	1123437002	KAROL KATERINE ARIAS GALINDO	1123437002	3134381817	
8	MARIA ANGEL HERNANDEZ PINZON	1121919601	DIANA LIZETH HERNANDEZ P.	1122654763	322255052	
9	LIZETH DANIELA DIAZ PERILLA	1121919601	LIZETH DANIELA DIAZ PERILLA	1121919601	3147504047	
10	EDILIANNET DEL CARMEN ANGULO DELGADO	31122088	EDILIANNET DEL CARMEN ANGULO DELGADO	31122088	3223219338	Edilianet Angulo
11	ROSA MILENA HERNANDEZ MOLINA	1121937723	ROSA MILENA HERNANDEZ MOLINA	1121937723	3208532857	Rosa Molina
12	NEYRA ALEJANDRA PEREZ CABRERA	1121416920	NEYRA ALEJANDRA PEREZ CABRERA	1121416920	3224124251	Neyra Perez
13	LUISA FERNANDA RAMIREZ ROJAS	1121952860	LUISA FERNANDA RAMIREZ ROJAS	1121952860	3214225372	Gloria G.
14	ZOE ALAHIA BONILLA REYES	1121987357	YONAILETH ANAIS REYES	8033856	3124632496	Anais Reyes
15	NASLY FAISURI BELTRAN OSPITIA	1123430909	NASLY FAISURI BELTRAN OSPITIA	1123430909	3114654223	NASLY Beltran

responsable de la unidad de servicio _____ cedula 1064143352

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES ***CONTRATO:*** 500016532024	***UDS:*** UDS SEMILLITAS
HORA: 8:30 AM	***FECHA:*** 13, 14, 15 DE MAYO DE 2025
LUGAR: MZ K07 CS 5 BRR BETTY C.	***TEMA:*** PRESENTACION DEL PLATO SALUDABLE
POBLACIÓN OBJETO: 15 PARTICIPANTES	
OBJETIVO:	Socializar las GABAS de para las gestantes y lactantes, como para la población colombiana en general.

AGENDA:

1. Saludo.
2. explicación del tema.
3. actividad a realizar.
4. marcha final.

DESARROLLO:

1. Saludo

Muy buenos días/tardes a todas, es un gusto encontrarnos hoy en este espacio diseñado especialmente para ustedes, mujeres gestantes y madres lactantes que atraviesan una etapa maravillosa y de grandes transformaciones.

Hoy queremos invitarlas a vivir una experiencia que nos conecte con los saberes de nuestras familias y comunidades a través de los sabores que cuidan el cuerpo y el corazón.

Vamos a conversar y explorar cómo la alimentación fresca, local y de temporada no solo nutre a nuestro bebé y a nosotras mismas, sino que también refuerza el vínculo afectivo y la memoria de nuestros hogares.

Este encuentro tiene como propósito reconocer alimentos que nos fortalecen durante el embarazo y la lactancia, inspirarnos en las tradiciones que nos han acompañado desde siempre, y construir juntas ideas para un plato saludable, sencillo y lleno de vida.

Les invito a iniciar con una pequeña reflexión:

¿Qué alimento o receta especial les recuerda un momento de cuidado y cariño en su vida?

Tengan ese recuerdo presente, porque será la base de nuestro recorrido de hoy, donde a través de los sentidos y de nuestras memorias, redescubriremos el poder amoroso de los alimentos que nos ofrece nuestra tierra.

2. Explicación del tema

Vamos a fortalecer nuestros conocimientos y prácticas sobre alimentación saludable, reconociendo la importancia de los alimentos frescos, locales y de temporada, especialmente durante el embarazo y la lactancia.

Hablaremos de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS) y construiremos juntas una idea de lo que sería un "plato saludable", inspirado en lo que nos da nuestra tierra y nuestras tradiciones.

También conversaremos sobre cinco aspectos esenciales:

- Alimentos locales y de temporada que nutren el cuerpo y fortalecen la producción de leche materna.
- Formas tradicionales de cuidado a través de la alimentación (como sopas, bebidas tibias y aromáticas).
- Características nutricionales de los alimentos (vitaminas, minerales, proteínas).
- Importancia del afecto y la memoria en el acto de alimentar.
- Sostenibilidad y accesibilidad de los alimentos naturales, frescos y económicos.

3. Actividad a realizar

- Exploración sensorial inicial
- Se presenta una variedad de frutas, verduras, semillas, hierbas aromáticas y productos frescos de la región.
- Cada participante los explora con los sentidos: aroma, textura, color, sabor. Se les pregunta qué recuerdos evocan esos alimentos, qué emociones les generan y cómo los consumen en casa.
- Dinámica grupal: plato saludable
- Se organiza a las participantes en pequeños grupos. Cada grupo:
- Recibe materiales como cartulina, marcadores, tijeras, pegante, recortes e ilustraciones.

- Elabora una composición de un "plato saludable" para una gestante o madre lactante, integrando alimentos locales y de temporada, recetas familiares, saberes compartidos y lo aprendido sobre las GABAS.

- Construcción colectiva: tabla de consumo
- Se presenta una tabla grupal basada en el "Plato Saludable Colombiano".

- Cada participante marca con stickers (o colores) la frecuencia con la que consume alimentos de distintos grupos (frutas, cereales, proteínas, lácteos, etc.), y expresa su percepción sobre el costo y beneficios de esos alimentos.

- Se socializan los resultados y se reflexiona colectivamente: ¿qué consumen más?, ¿qué alimentos podrían incluir más?, ¿qué recetas tradicionales recuerdan y por qué son valiosas?

- Socialización y diálogo
- Cada grupo presenta su "plato saludable", explicando qué alimentos eligieron, qué representan y qué gestos de cuidado quisieron reflejar. Se promueve el diálogo de saberes, el intercambio de recetas y el rescate de tradiciones alimentarias familiares.

Cierre

Querida familia, antes de concluir este encuentro tan especial, les agradecemos profundamente por su participación, por compartir sus saberes, y por el tiempo que dedicaron a reflexionar sobre la importancia de la alimentación en la salud de ustedes y sus bebés. Este espacio fue creado con mucho cariño, y el verdadero valor está en lo que llevamos con nosotros para aplicar en nuestra vida diaria. Los invitamos a reunirse en casa para seguir reflexionando sobre lo que aprendieron hoy. Para que puedan llevar un pedacito de este encuentro a casa, les hemos entregado un refrigerio con algunos alimentos frescos y locales, como recordatorio de la importancia de alimentarnos con lo mejor de nuestra tierra.

Eviendecias Fotograficas:



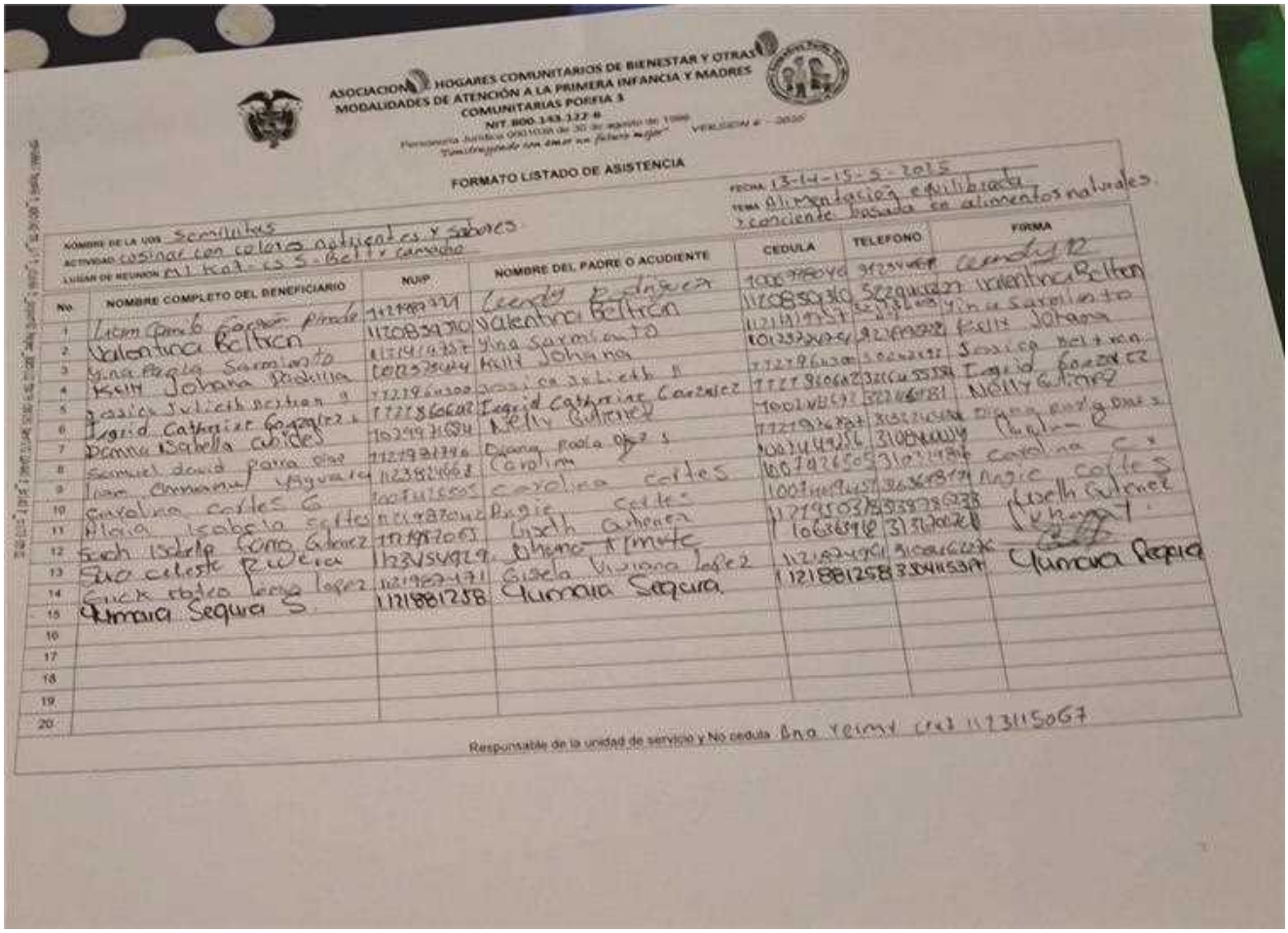






Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
alimentar mi cuerpo y el de mi bebé con alimentos frescos, locales y llenos de amor, cuidando nuestra salud y nuestras tradiciones cada día	Madre Comunitaria	13, 14, 15 DE MAYO 2025
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
ANA YEIMY CRUZ	MADRE COMUNITARIA	ANA YEIMY CRUZ

Se Anexan Firmas



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

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FECHA 13-14-15-5-2025
TEMA Alimentacion equilibrada y consiente basada en alimentos naturales.
NOMBRE DE LA UDS Semillitas
ACTIVIDAD cosinar con colores, texturas y sabores
LUGAR DE REUNION Mz 42 c 11 S - Betty Camacho

No	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	Liam Camacho Garcia Pinedo	1122	Leandro Camacho	1122	3122	
2	Valentina Beltran	1120	Valentina Beltran	1120	3123	Valentina Beltran
3	Yina Sofia Sarmiento	1121	Yina Sarmiento	1121	3123	Yina Sarmiento
4	Kelly Johana Medina	1007	Kelly Johana	1007	3123	Kelly Johana
5	Jessica Juliet beltran g	1122	Jessica beltran	1122	3123	Jessica beltran
6	Ingrid Catherine Gonzalez	1122	Ingrid Catherine Gonzalez	1122	3123	Ingrid Gonzalez
7	Danna Isabella cuidel	1029	Kelly Gutierrez	1029	3123	Kelly Gutierrez
8	Samuel david parra diaz	1122	Diana paola diaz s	1122	3123	
9	Liam Camacho Aguirre	1123	Carolina	1123	3123	
10	Carolina cortes G	1007	carolina cortes	1007	3123	carolina cortes
11	Alicia Isabela cortes	1122	Angie	1122	3123	Angie cortes
12	Sofia Isabela Soto Gomez	1007	Luth Gutierrez	1007	3123	Luth Gutierrez
13	Eva celeste Rueda	1123	Diana Ramirez	1123	3123	
14	Erick Fabian Lenis lopez	1121	Gisela Viviana lopez	1121	3123	
15	Yurany Segura S	1121881258	Yurany Segura	1121881258	3123	Yurany Segura

Responsable de la unidad de servicio y No cedula Ana Yeimy Cruz 1123115067

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:	3 | 06 | 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): FAMI BIEP VEPIL	**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:** ____ **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 Amaya Roldán **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 314 248 3316
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:	comite social Alejando
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 los alimentos esten en buenas condiciones
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar la entrega de los paquetes nutricionales

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?		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?		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?	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?				NO
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?			N/A
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?		No	

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: 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: CASANOVA ISABEL RODRIGUEZ
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: casandrarendon@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3178618090

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 4		
Fecha:	6 / 05	2025
Regional/Departamento: meta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: Uno Villavicencio	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion 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:** 50006532024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Famí	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** María 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):** 3105697725	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Kr 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 de Amor y esperanza
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 la calidad de atencion y que se cumplan con las funciones del Programa
Propósito o finalidad de la visita:	Que la atencion brindada sea de calidad y la minuta acorde con lo estipulado.

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?	✓			

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: _____
- Número Celular y/o fijo: 320-444-1506

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: 20 Mayo 2025	20	Mayo	2025
Regional/Departamento:	**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): 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): HCB Familiar medio tiempo	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nidia Vásquez Ruiz		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Arco Iris	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3015508524		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra 20#41-70 Paraíso			
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:	Arco Iris
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Ayudar organizar el RPP en el momento de la entrega
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que el nombre de las usarios esten en la planillas del RPP, las marcas y Vencimiento de los productos.

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 esta 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, segun 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)	✓		
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 caracteristicas 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 veeduria 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?		NO
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?		NO

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 veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se Verifica que el RPP se entrega el mismo día a todas las usuarias. Verificar que el RPP se encuentre en un sitio organizado y limpio

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

Verifico
Un buen manejo al 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: Bertha Arbelaez
- 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: 3126756086

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 N°: ____			
Fecha: 7/05/2025	DÍA 7/05/25	MES	AÑO
Regional/Departamento:	Municipio: Ullaucuco		
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 Bienestar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000 GSB2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Cedula Ciudadana	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Luz stella salun		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Asentual en Porfia 01	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3125168		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Krlo HB 43			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita: _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana:	Lisbeth cadena Dana Diaz.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Cumplir el complemento y refrig no usan bien el todo
Propósito o finalidad de la visita:	Organizar todo este adecuado Para la entrega

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduria 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

dirección(es) del servicio o lugar de la(s)vista de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculada al servicio

4. TALENTO HUMANO: al momento de visita verifica si durante los días que lleva la atención indique "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 se brinda de manera oportuna para ello? SI

5. DOTACIÓN: al momento de visita verifica la disponibilidad y suficiencia frente con lo que debe tener la unidad, indique "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica según corresponda, verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realice control social:

A ¿La UDS cuenta con espacios con áreas de almacenamiento seguras? SI

B ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? SI

C ¿La unidad de servicio cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños juegan y aprendan? 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 áreas y/o condiciones de aseo para cada comida? SI

6. ACTIVIDADES EXPERIENCIALES PEDAGÓGICAS: al momento de visita se observa si realiza las actividades con las niñas y las mujeres gestantes indique "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica según corresponda.

"Experiencias pedagógicas: son oportunidades o situaciones diseñadas y planeadas que tienen una intencionalidad definida orientada a la generación de desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños en la primera infancia, que se caracterizan por ser gestadas a partir de las particularidades, potencialidades, gustos, intereses y posturas. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realice control social:

A ¿Se observa que las niñas y las niñas participan para que se cumpla el servicio? SI

B ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas que describa las intenciones para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? "Tenga en cuenta que la planeación pedagógica de la unidad puede organizarse de diversas maneras, dependiendo de la modalidad que ofrezca las experiencias pedagógicas y de cuidados que tiene como escenario el encuentro diario de las niñas y las niñas desde su gestación." SI

A Si se realizan actividades a niñas y niñas con discapacidad en la unidad, ¿Están dentro del plan pedagógico de las experiencias pedagógicas con las niñas y niños de la unidad? SI

B Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Están dentro del plan pedagógico las actividades de las experiencias pedagógicas? SI

C ¿Se cuenta con [illegible] SI

D ¿Las experiencias [illegible] SI

E ¿Las experiencias [illegible] SI

F Si se hace cambio [illegible] 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?	✓		
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 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?	✓		

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:

Algunos huecos pegados sacando se Porta.

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 Diaz, Arbet. Cardenas.

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comite de control social o de la veeduria ciudadana: _____
- Numero Celular y/o fijo: 3168668609 .

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:	06	05	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Villavicencio uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion 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:** 5000 653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB Fami BienVenir **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Carita feliz **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cll 17 Sur #10-27 Villomelida	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Betty Velazquez Morales **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 311 4636978		
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 vigilancia y control del hogar con modalidad familiar 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:	Realiza la inspeccion y Verificación. 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 Mayo
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.				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 genulnas, 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 llevo a cabo la revisión a los RPP, donde puede observar que los complementos se encuentran completos y en buen estado de acuerdo a la minuta patrón y con fecha de vencimento vigente, la unidad del servicio se encontro muy bien organiza

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:
Continua realizando el control social dentro de la uos Carita feliz

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Maria Esther Rodriguez Vergel
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Camilo hoy 26 @gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3227718549

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 6-2025

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

VERIFICACIÓN Nº: 4			
Fecha:	6	05	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): Fami	**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:** Dayana Pedraza		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Casita 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: Klz 29 CS 2 Topacio			
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 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.

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).			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

	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 con discapacidad
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.**				

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

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

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

Organizar y ordenar. de la mejor manera Posible. 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: dv869353@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 314.787.9602.

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







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

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: Mayo 2025	06	Mayo	2025
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Vlecneo		
Centro zonal: #1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Hogares Comunitarios Porfia3		
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): Famblenvcair	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Luz Hanna Mateus 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: Clle 89A 6C-53 Manantial			
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 veeduria ciudadana:	Creciendo Feliz
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Estar al pendiente de todo el funcionamiento del programa Fami, los Recursos o los Alimentos que se brindan en el Hogar.
Propósito o finalidad de la visita:	Observar y Verificar que todo lo que se les brinda a los Niños este en optimas condiciones y Excelente Calidad.

Procedimiento sugerido para la visita:

1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduria 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 PAIN 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: Fud Esperanza Rodriguez Valdes.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: Yudyra@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 310 607 5370.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS CONTROL SOCIAL MAYO 2025







VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	06	MAYO	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACIÓN 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:** 500065320 24		
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 37C # 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 MALAMBO **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:	JINETH TATIANA FONSECA PEREZ. 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.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN 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).	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) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación			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

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.**				
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena	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

	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 veeduria.

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 PUNTUALMENTE EN LOS ENCUENTROS, PARA OBSERVAR EL COMITE 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: JANETH TATIANA FONSECA PERET.
- 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: 3103496390.

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

ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 **CONTRATO:** 5000 6532024.	**UDS:** Descubriendo Talentos.
HORA: 2:00 pm.	**FECHA:** 06-05-2025.
LUGAR: mza 42A casa 10 madrid.	**TEMA:** Control Social.
POBLACIÓN OBJETO: Usuarias	
OBJETIVO:	Garantizar que los Productos a entregar esten en optimas condiciones para el consumo.

AGENDA:

1. Saludo de Bienvenida.
2. Socialización de la Actividad.
3. Verificación y conteo.
4. Despedida.

DESARROLLO:

Nos encontramos en la UDS. haciendo la Verificación del complemento a entregar a las usuarias Gestantes y niños de 0-6 meses de Edad, Se Verifica que los productos estacan las condiciones, adecuadas, aislados del piso. Ningún producto en mal estado.

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

Eviendecias Fotograficas:





Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
dar buen uso, preparando los alimentos para una buena alimentación	Jeidy Roman.	06-05-2025.
MADRE COMUNITARIA	**CARGO**	**FIRMA**
Sandra liliana Ayala Tovar.	madre comunitaria fami	

Se Anexan Firmas

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	6	Mayo	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** villavicencio		
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Patra 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 3000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Dulces Sueños **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cll 68 N: 44-26 Patia	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Liliana Cuesta **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3132138955		
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 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:	Verificar que la unidad de servicio preste la atencion adecuada.
Propósito o finalidad de la visita:	Supervisar 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.

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?			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

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.	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		

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).			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 realizan obsevaciones

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: Lucero Aviles

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: 3135317268

PÚBLICA

	PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F-X.Q23.PP	DAFM-Q023
SECRETARÍA DE FAMILIAS	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº ___

Fecha:	06 Mayo 2025
Región/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: CZO	**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:** 5000632024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	**Nombre y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(a) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria 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 educativo/madre o padre comunitario(a):** 3208905436
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cl 34A-09 Este 3ra Balcones	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos progresivos): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad al 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 cartelera + entrega del complemento verificación del cumplimiento y meta
Propósito o finalidad de la visita:	Cumplimiento de los objetivos acordados

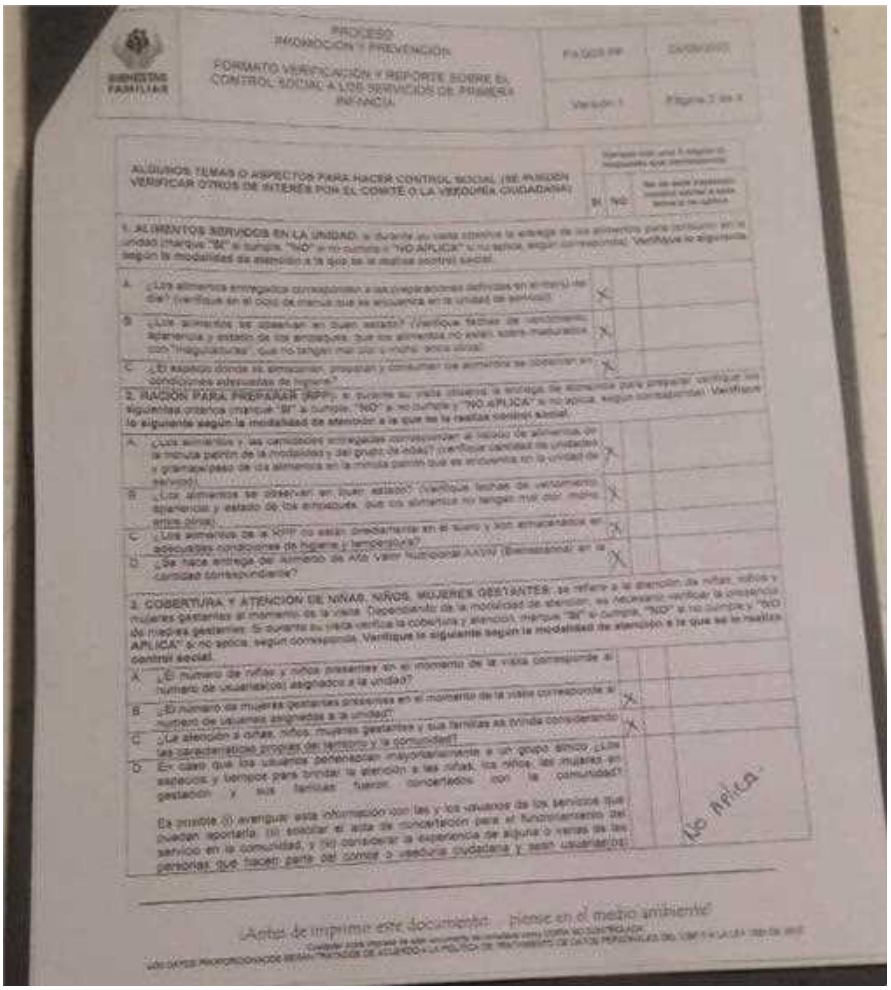
Procedimiento sugerido para la visita:

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. Presenta: 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 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

F-GCS-XX | DATE/XXXX

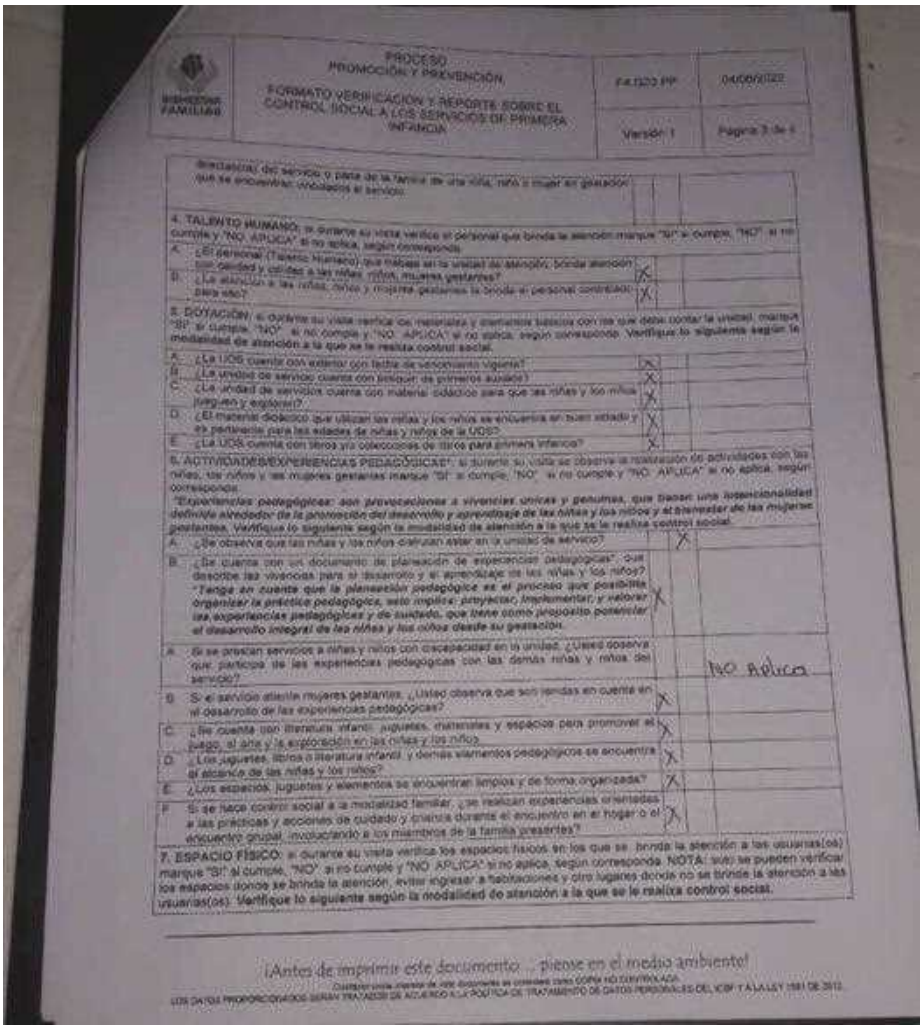
Version 1 | Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	SI	NO	Marque con una X según lo indagado con corresponda. Nas de este instrumento marque con una X según lo no aplica.
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumo en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple 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 día de marcha 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 sobremaduros 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 son iguales correspondan 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 (AVN) (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 niños 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 usuarios(as) 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 es brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenecían 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) asistir al 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 son usuarios(as)			No aplica

¿Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente

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

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



	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Fvt.023.PP	04/09/2022
		Versión: 1	Página: 3 de 4

	diversidad) del servicio o para de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentran 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 servicio 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 o vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?		X	
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas" que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***"Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			No Aplica
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños	X		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a los usuarios(as) 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 brinda la atención a los usuarios(as). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F-6-023-???	04/08/2023
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 4 de 4

A	¿La unidad donde se atienden a los infantes y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
B	¿La unidad donde se atienden a los usuarios y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C	¿La unidad donde se atienden a los usuarios 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 vivanet)		X	
D	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿La unidad de servicio cuenta con materiales adecuados para su atención?			No aplica.
E	¿La unidad de servicio cuenta con vigilancia, elementos y protocolos 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 la(s) 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 fuente cuenta con una escalera que dirige al segundo piso la cual cuenta con una barda 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 materiales adecuados para nuestros encuentros como el balon grande y mas 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: Claudia Perez Pacheco
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta del comité de control social o de la veeduría ciudadana: claus.cps.perez@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3165609615

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS ESTÁN 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	1 Página de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____				
Fecha: 6/05/2025	DIA	6	MES 5	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio			
Centro zonal: 01	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porta 3.			
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): 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 Baron L			
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El Cariño	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 311 457 2360			
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 39 # 46-01 Libertadores				
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:	Sandra Pardo RUBY PASCUAS
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 RPP en calidad y marcas) Para la entrega
Propósito o finalidad de la visita:	observar y Verificar la finalidad del Producto

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).	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?			
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:

Hay 9 Señoras gestante y lactantes
3 niños mayores de 6 meses

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

Ninguna en general.

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: Sandra Pardo Beltrán
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: SandraPardo823@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3203542530

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: 3/06/2025	DIA	3	MES 06	AÑO 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): FAMI BIENVENIR	**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	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Jaic Moreno Cm			
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El Principito	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3118396769			
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 22 csur 16c 45 este La Carolina				
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:	Vos 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:	Realizar Verificacion del control social verificando el RPP.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que cada RPP este de acuerdo con los Grupos Etarios

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		

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?	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:

ORGANIZACION y CUMPLIMIENTO EN EL HORARIO DE ENTREGA Y VERIFICACION DE QUE CADA RPP ESTE EN BUEN ESTADO Y SELLADO CORRECTAMENTE

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

SEGUIR IMPLEMENTANDO EL ORDEN Y LA LIMPIEZA EN 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: Tatiana Valencia.

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: tahona2002arroyave@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 3219271244

PUBLICA

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

VERIFICACION N°: ____

Fecha:	6 MAYO 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	Numero de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 50006532024
Tipo de servicio (segun 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
Numero usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita: 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana	EL RINCON DE LA ALEGRIA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria 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 veeduria 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 dia" (verifique en el ciclo de menus 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 patron de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de alimentos 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?			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 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 atención 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 etnico ¿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



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

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, segun 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 botiquin 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		

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 4 de 4

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

A	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	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:

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

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

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

Numero Celular y/o fijo ___3223450927_____

REGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACION RPP



VERIFICACIÓN RPP

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

•

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F-I-623.PP	04/02/2022
		Versión 1	Página 1 de 1

VERIFICACIÓN N°: ____	
Fecha: MAYO/06/2025	
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):	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 Despues Huellas	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3115390568
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Clle 20 # 11-47 este	
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:	Controlar y vigilar.
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar que todos los Aleto esten en buen estado y con Fechas vigentes.
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

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 menus 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 patron 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 atencion, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"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 numero de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al numero de usuarias(os) asignados a la unidad?	SI		
B. ¿El numero de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al numero de usuarias asignadas a la unidad?	SI		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las caracteristicas 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

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

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 segun 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, segun 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 demas 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 fisicos 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		

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?	SI		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, segun 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 riesgos

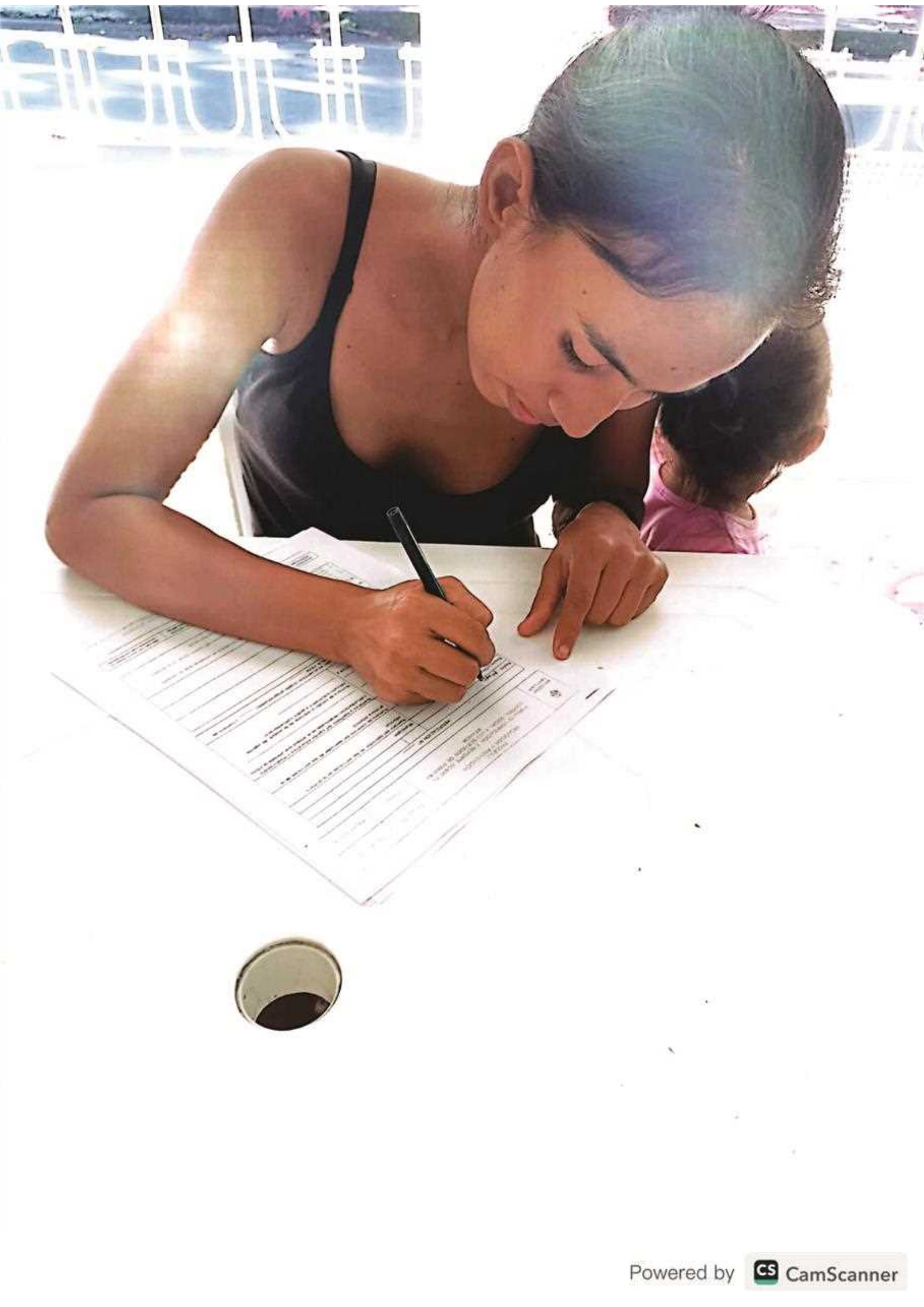
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

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: Jhon Quiroga Y
- 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: 311 851 2632.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 06 Mayo 2025.	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: (1) 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:** 5000 6582024.
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:** Derly Alexandra Herrera
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):** 321 4991749.
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll e 6 # 28/25/27 comuneros.	

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 "fresitas"
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Vigilar para que el servicio prestado en el hogar sea mejor día a día y sus funciones se cumplen.
Propósito o finalidad de la visita:	Llegar a familias usuarias de estratos bajos, con carencias y así poder complementar su nivel de vida.

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 cido 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 maduradas, 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		Solo se almuerza
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?			Este mes 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 apoyarla, (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?		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.			N/A.
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Si		N/A.
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 veeduría.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se observa que hay una mamita desplazada y por tanto. a ella no se le cobre la tasa correspondiente. Adicional a esto la mamá Familias hace un comparfir de día de Madre.

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

No se da recomendación alguna

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: Estefanny Sanchez Chavez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: EstefannySanchezchavez@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3148525837.

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: 04	
Fecha:	07 | Mayo | 2025
Regional/Departamento:	Municipio: Villavicencio
Centro zonal: 1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Porfa?
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): HCB FAMI	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Alix Andrea Sánchez Gire
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): 3158144398
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 30 #126-09 B. Por	
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:	Verificar la calidad de los Productos incluido dentro del complemento, de igual manera talento Humano, dotación, Mobiliario y Alimentos
Propósito o finalidad de la visita:	Dar cumplimiento a la diferencia para garantizar el Bienestar de las familia

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?	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?			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 identificó que se encuentra en buen estado, con fechas de vencimiento al día, todo debidamente rotulado y cumpliendo con lo relacionado en la ficha técnica
De igual manera Humano, detección y mobiliario, Alimentación

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: Kimberly Mesa
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: miguel.mejia.arbeláez@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3224006764

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:	**06**	**MAYO**	**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): 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:	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.

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).	5.		
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).	5.		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	5.		
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?	5.		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	5.		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	5.		
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			No aplica

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?	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?	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			

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: dianaximenamartinezmorales39@gmail.com.

Número Celular y/o fijo: 3204667924

REGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACIÓN RPP



VERIFICACIÓN RPP

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

¡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

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:	**06**	**MAYO**	**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): 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:	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.

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).	5.		
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).	5.		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	5.		
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?	5.		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	5.		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	5.		
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			No aplica

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?	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?	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			

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: dianaximenamartinezmorales39@gmail.com.

Número Celular y/o fijo: 3204667924

REGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACIÓN RPP



VERIFICACIÓN RPP

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

¡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

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: 4	
Fecha:	07 MAYO 2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio.
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación HBC perfil 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 500653 2025
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:** Sully Gutierrez
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: La alegria de vivir.	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3203832497
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Sector 2 Mz II 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:** 5	

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:	Cumplir con las fechas y que los complementos esten bien.
Propósito o finalidad de la visita:	Que todo este al dia.

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 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 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 bayona
- 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: ____			
Fecha: 6-5-2025	DIA	MES	AÑO
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Vista		
Centro zonal: VNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Purfa 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000100023955		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fam!	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leidy Cepeda		
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 9 este 12 sur 12 V. Aragón			
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:	UDS 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 que todo esk bien en la minuta en el mes de mayo
Propósito o finalidad de la visita:	Realcar la visita de inspeccion

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?		NO	
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?	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		

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?		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:

Se encontro el RPP. completo en orden, todo alzado, la UDS en total limpieza.

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

Seguir Realizando las visitas de inspección

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: Jenny Paola Rodriguez Hernandez
  C.C 1'121.899.973.

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	06 (DÍA)	MAYO (MES)	2025 (AÑO)
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): FAMI	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 3000652302 4		
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:** 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):** 3041159891		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CL.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 MAYO

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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.

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:

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 las visitas:

- 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: _____
- Numero de celular y/o fijo: 3144183403





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: 4.			
Fecha:	06.	Mayo.	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:**		
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:** 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:** Liz Dany 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 N= 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 dia de la visita:** 7			

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 participacion 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 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 veeduria ciudadana y sean usuarias(os)	X		

Powered by CamScanner

	directivo(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio	Y		

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

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

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

A	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	Y		
B	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	Y		
C	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Y		
D	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	Y		
E	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Y		

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

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

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

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se entregó a los participantes de la UDS; madres gestantes y lactantes y menor de 11 meses la respectiva RPP según minuta de ICBF. Este mes no se entregó bienestarina

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 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: Kelly Johanna Condial Guerrero
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Kellyjohana_93@outlook.com
- Número Celular y/o fijo: 3176818493

Powered by CamScanner

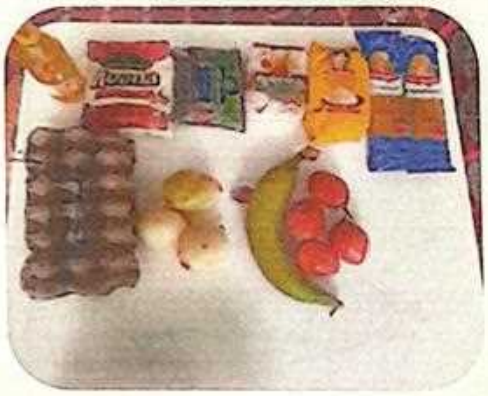
REGISTRO FOTOGRAFICO CONTROL SOCIAL:









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

Powered by CamScanner

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:	6	MAYO	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): Fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yersy Marcela Gomez		
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):** 3144126249		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: calle 158A 10 Este MZM Casa 2 Valles 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 contro social
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificacion, observar que la atención se este prestanto
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.

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.**				

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 infancia dentro de la unidad las bellas manos

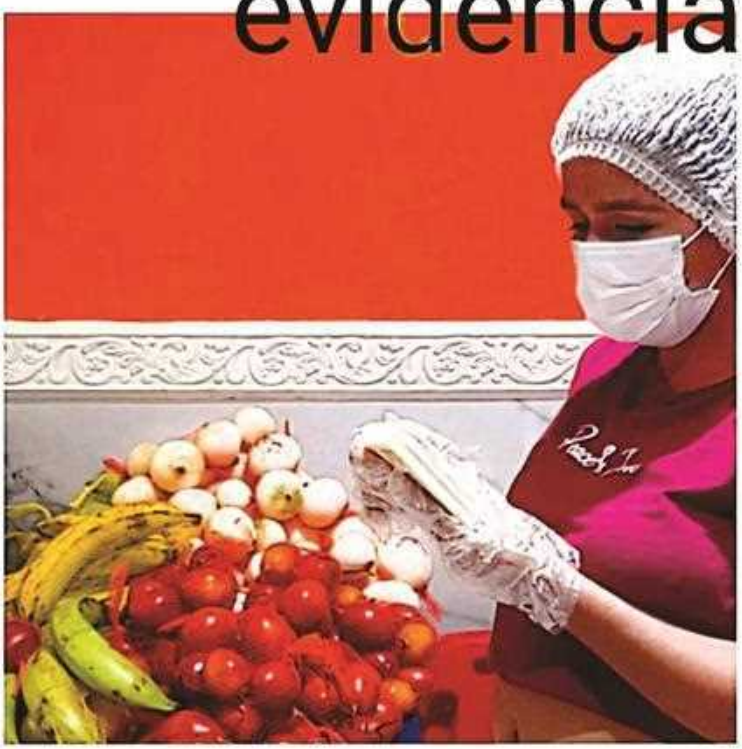
Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

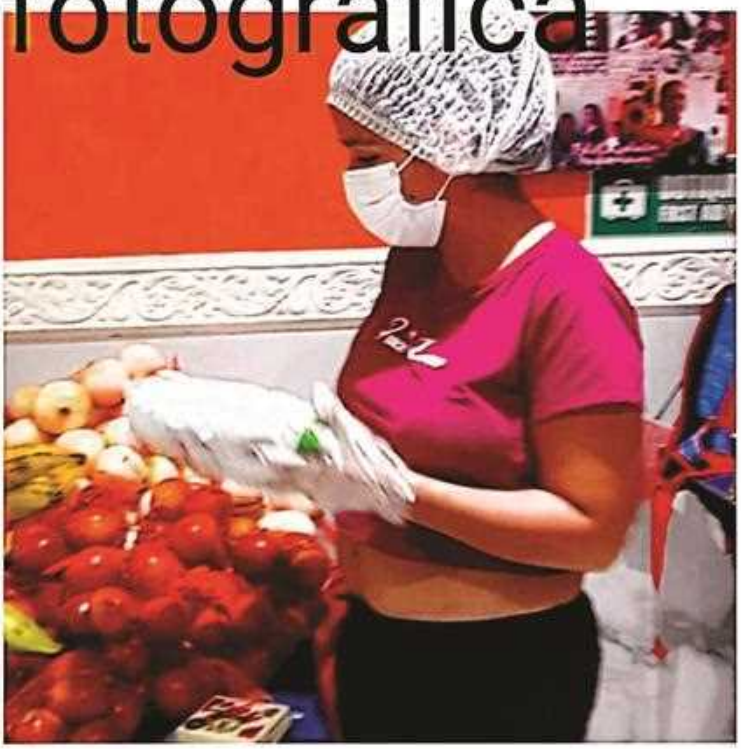
- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Francsney Gonzalez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 3118357698.
- Número Celular y/o fijo: 3118357698

Powered by CamScanner

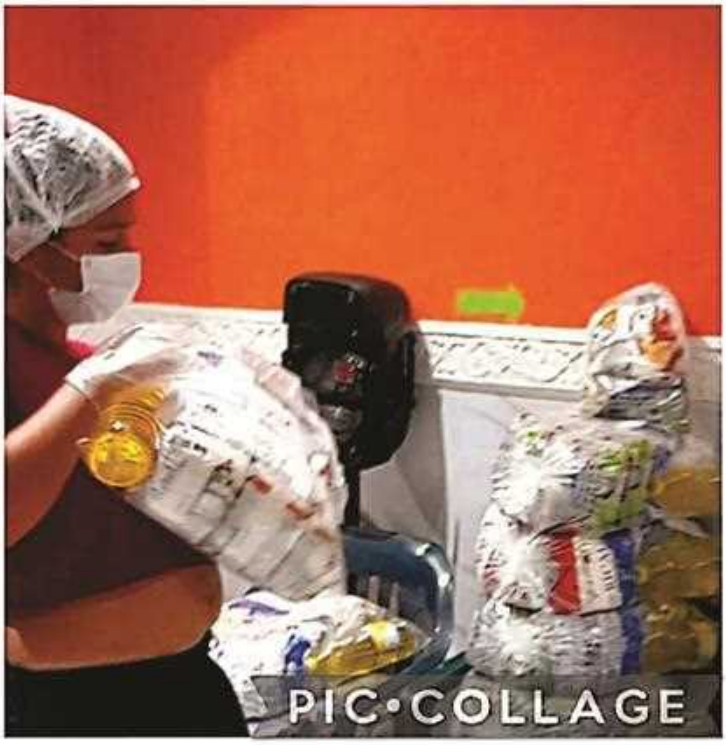
Powered by CamScanner

evidencia fotografica









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: 04		
Fecha:	06 Mayo	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:**	
Centro zonal: #1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Portra tres	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Foni	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653703 4	
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:** Adriana Nieto Cabrales	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: los chiquitines	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3135920309	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 39 #18b58 Urb. La Florencia		
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:	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:	Por a conocer como esta el Programa Revisado todo.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar, Reportar y apoyar los programas del Icbf. Foni

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?			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)			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?			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.**				

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:

Pues todo en perfectas condiciones se ve que cumple con todo

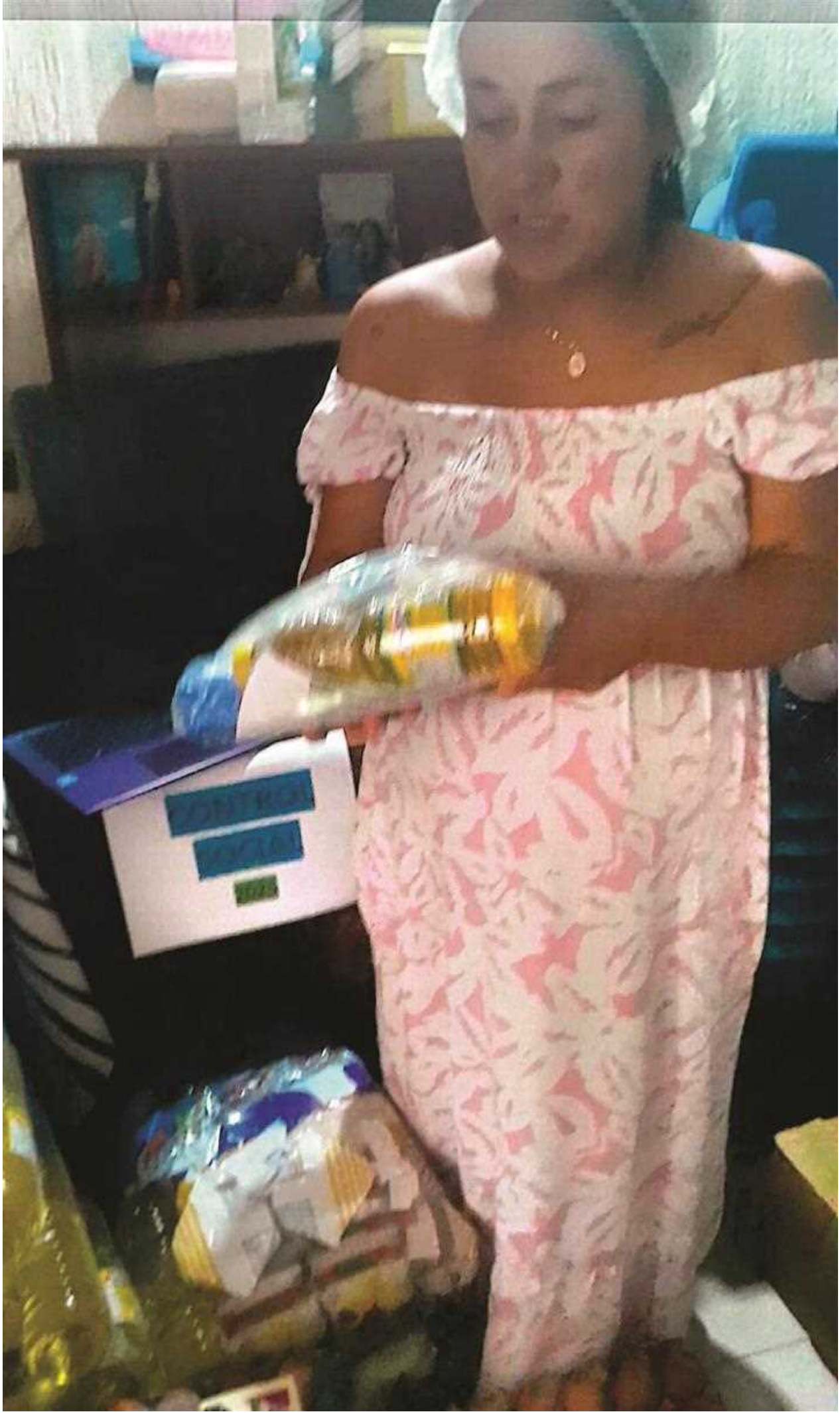
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:

Sin Novedad
Seguir así muy bien
Se le felicita

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: TatianaFuentes@Gmail.Com
- Número Celular y/o fijo: 3104039105

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:	06	05	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Paita 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): 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 AMAYA		
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: CII 39A # 7 C 21 BRR 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:** 1			

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:	nos reunimos para la entrega de la RPP del mes de mayo vigilar que todo este en orden
Propósito o finalidad de la visita:	verificar que los complementos se encuentren aptos para la 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).	✓		
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)			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?	✓		(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.***	✓		
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, mateñales 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?			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:

El espacio se encuentra adecuado para la entrega y la RPP acorde a lo que indica la minuta patron correspondiente al mes de mayo

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

Seguir manejando la entrega de la RPP con los protocolos de bioseguridad con los espacios aseados y buena Presentacion por parte de la docente

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 tatiana valencia giraldo
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Jimmyrubiano04@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3107987950

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









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: 4			
Fecha: 06-05-2025		MAYO	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** Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MAGICO MUNDO Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CARRERA 56 21 22 PLAYA RICA	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita KARLA LISETH PEDROZA VALENCIA Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 313376030		
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:	MAGICO MUNDO
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, 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

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)			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 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 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

Todos los derechos reservados.

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

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 matenales 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:

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, MUEBLES Y ENSERES. DEL HOGAR 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:
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Mrodriguez.cardonas@gmail.com.

Número Celular y/o fijo: 3202325741

María Fernanda Rodriguez

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: 1.	
Fecha:	06 | Mayo | 2025.
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Vlcu
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:** 5000659204.
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): NCB Fami Bienvenir **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Manitos Encantadas. **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Calle 43A este #13-50	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Lucila Guerrero Fuentes. **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3208469768
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 control social.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que el servicio de enseñanza y aprendizaje y la entrega de RPP se brinde correctamente.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que se cumpla con el servicio en la unidad de servicio.

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) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación	Si		

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 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			

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 brinde 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, segun 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 verifico el registro de asistencia y se encuentran los 15 Participantes

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

Continuar brindando el servicio en el fami

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: Luza Margarita Herrera Moreno.

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: lumahcmos7@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo 3132828979

PUBLICA

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: 4			
Fecha:	06	mayo	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	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI HUELLITA	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133779941		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CR 34 N 23-67 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:** 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:	Garantizar que los complementos nutricionales esten en buen estado y con fechas largas de vencimiento.
Propósito o finalidad de la visita:	Que se cumple con la entrega de RPP y el encuentro grupal

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?			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?	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 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:

la veedora del programa mi huellita, les dice a las participantes el cumplimiento del horario y entrega a tiempo de los documentos actualizados.

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 Loaiza CC 1010103389
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Mariajosereyes395@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3138490213

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:	07	05	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal:	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PAICIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** SOW 6532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): TAMI BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** CARMEN JULIA RUEDA etl.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI PEQUEÑO MUNDO	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3143770997		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 36a # 37C-31 CATAPE 2			
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:	Laura 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 cada Paquete alimentario sea recibido por el beneficiario
Propósito o finalidad de la visita:	Tener una calidad de servicio para todos los participantes de la UDS.

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

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:	07	05	2025
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal:	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PISTIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** SOVO 6532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): TAMI BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** CARMEN JULIA RUEDA CH.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI PEQUEÑO MUNDO	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3143720997		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 26a# #37c-31 CATAPE 2			
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:	Cauro Roldan Cordas
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 cada Paquete alimentario sea recibido por el beneficiario
Propósito o finalidad de la visita:	Tener una calidad de servicio Para todos los Participantes de la UDS.

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		

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.			N/A
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			N/A
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			N/A
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	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.**			

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

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.***	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?	✓			
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.				N/A
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?				N/A
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?				N/A
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	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?			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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se observo todo con normalidad y Calidad en el Servicio Prestado a los Participantes en la UDS El Pequeño Mundo.

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 C.
- 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: 4			
Fecha:	DIA	6 MES 05	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.

PUBLICA

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



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: _4____			
Fecha: MAYO - 2025	06	MAYO	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** Calle 39B #20A02 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:	COMITE DE 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:	REALIZAR Y BENFICIAR QUE TODO ESTE EN BUEN ESTADO
Propósito o finalidad de la visita:	INFORMARNOS DE LA KPB.

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).	✓		
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	✓		

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

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

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	✓		
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 observa en la UNS todo en orden y muy organizado

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

Tener mas juguetes para bebes de 6 meses y poder estimular

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: MAINCY PINEDA

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 5 de 4

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

PÚBLICA

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	DIA 06	MES05	AÑO 2025
Regional/Departamento: META	**Municipio: VILLAVICENCIO**		
Centro zonal:1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: PORFÍA 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 BIENVENIR **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

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.**

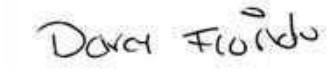
A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad 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:
ALGUNAS MADRES GESTANTES LES HACE FALTA EL ULTIMO CONTROL PRENATAL Y VACUNAS

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
- 

¡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: ____			
Fecha:	7	Mayo	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:** 5000		
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:** Nidia Catalina Puentes Pena		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis Huellas	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3182492219		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 39N-45-17			
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:** ____			

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 que se encuentre en buen estado el RPP y entregar a las usuarias
Propósito o finalidad de la visita:	Se haga entrega a cada usuario

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:

Recordar a las mamás de sus responsabilidades para con el programa.

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

Verificar tambien si la madre comunitaria hace el uso correcto de los uniformes.

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 Fernanda Caicedo Carrillo
- 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:	06	05 MES	2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Vicio		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion de HCB famis porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** SCO065320 24		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar **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 SUR 13 E 51 La Sabana	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Damaris Guzman Moreno **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3203227038		
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:** 2			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social y Veeduria.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificación del servicio, talento humano cumplimiento cobertura y entrega RPP
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y entrega de la Ración para preparar.

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 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:

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:

Continuar con las visitas mes a mes y ver las mejorias.

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 Orln Ortiz
  Lucia2008@gmail.com 3002285017

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 N.º: ____			
Fecha:	**07**	**MAYO**	**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 del 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

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 del complemento que estuvo todo muy limpio en mesas sillas con buena iluminación ventilación organizado en orden para la entrega no tiene malos olores permanece bien aseado oliendo rico y organizado las sillas para que las mamitas estén comodas.

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 huele muy rico para que cada uno de los beneficiarios se sientan 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: Daniela Zea Arenas
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: danielazeaarenas2@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3028416445

Daniela Zea

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: ____			
Fecha: 07 Mayo	07	Mayo	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:** 5000 653 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:** Edith Marcela Huertas Duarte		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis primeros pasos uno	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3006670272		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Sector 1 Casa 6			
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:** 4.			

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:	Verificar que el complemento este completo
Propósito o finalidad de la visita:	Hacer Revision.

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?	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	
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:

Se realizo la verificación de todos los Productos, sus pesos y sus marcas. de sus cantidades

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

Para el Proximo mes realizar la misma verificacion

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: Melisa. andrea Portacio
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: melisa.@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3105029330

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:	06	mayo	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	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** SOC0653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Bienvenir **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 villa Helida	**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 PPP • Verificacion de complimiento de documentacion Faltante.
Propósito o finalidad de la visita:	Entrega de complemento • Verificacion de Productos 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.	

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:

- las cosas estan en condiciones adecuadas
- los RPP esten con buenas fichas y Actas por el cobro
- Aun faltan carpetas por documentacion.

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

Volver a revisar carpetas y recortes la importancia de la documentacion completa

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 Media 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

VERIFICACIÓN Nº: 5.			
Fecha: Mayo 5.	DIA 6	MES 05.	AÑO 2025
Regional/Departamento: META.	**Municipio:** Cumaral.		
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 CB. Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 3000653.2024.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): H CB. Familiar medio tiempo.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nelcin Moreno Londoño		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MISTA FUNDACIONES	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3219964457.		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra 16 # 4A-19 y more			
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:	MISTA Fundación.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Ayudar a Organizar el RPP. en el
Propósito o finalidad de la visita:	Momento de la entrega, verificar que el nombre de la usuaria sea quien lo reciba.

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se Verifica que el RPL. se entrega el mismo día a todos los usuarios. Gracias

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

un Buen Hongo. del RPL.

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: Dayana B
- Número Celular y/o fijo: 311.887A-68 [illegible]





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: ____

Fecha: 6- Mayo - 2025	6 | Mayo | 2025
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio.
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:**
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami Vivenir	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 3000653 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:** Maria Nohora Rivera Gómez
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Renacer	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3138923661
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Mz 26 Cs 22 B. Reliquia	

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:	Aura Angie Gutierrez yuly paola lopez Ramos.
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 la unidad
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar si los productos esten en buen estado y si corresponden a la minuta 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.

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)	✓		

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?			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?		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?		NO	
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.**			

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).		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?	/		

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 observo los alimentos en buen estado y almacenados adecuadamente en canastas

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: Angie gutierrez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: angiegutierrez310808@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3249867776

Powered by CamScanner


SOY
Grande
SOY
Fuerte
SOY
Muy


LECHE
Uso institucional


Orquidea
Orquidea

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:	06	mayo MES	2025 AÑO
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): Hcb- bienveniv = 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. bienvenir = familiar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Anayeimy 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):** 3053066315		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: M7 ko7 casa 5 barri Betty			
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:	x Verificar la minuta x Productos en buen estado x los aviso de emergencia
Propósito o finalidad de la visita:	que todo los beneficiarios cumplan con todo los requisitos para que hagan la entrega de 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.

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 la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se evalúa este tema de control social o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumo en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple 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, 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 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 veeduria 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 20

	directivo(s) 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?			
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		

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	
		Versión 1	

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se debe verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinda 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 todo este buen estado en el complemento de la minuta, como verdura y el sitio adecuado hacer la entrega

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

nos hagan entregan nos hace falta el despensador del aseo para unidad semillitas

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 2

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: johanapadilla18@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3124992728

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.