Para el desarrollo de este plan es importante que se tenga en cuenta las indicaciones del nivel nacional y del territorio local para el autocuidado y el cuidado del otro, en el marco de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, en caso de que el comité de control social o la veeduría ciudadana decida llevar a cabo actividades de forma presencial debe tomar las precauciones necesarias para el desarrollo de estas, implementando las medidas de bioseguridad que se requieran, resaltando que las personas con comorbilidades, deben evitar reuniones y actividades de manera presencial optando por participar de forma virtual.

Para llevar a cabo acciones o actividades de forma virtual es posible el uso de estrategias de comunicación como aplicaciones para realizar reuniones, grupos de WhatsApp, llamadas telefónicas, entre otras opciones que eviten aglomeraciones y contribuyan con la reducción de riesgos frente a la transmisión del coronavirus.

Este plan de acción debe ser acordado y construido entre todos los integrantes del comité de control social, con el fin de que todos puedan conocer claramente los objetivos y el alcance de la alianza o comité. **NOTA:** revisar la "Guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia", publicada en internet.

Las diferentes actividades del plan de acción deben realizarse de forma propositiva y responsable, siempre procurando el mejoramiento de la calidad de los servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.

Departamento: META **Municipio** VILLAVICENCIO

Plan de acción desde: Mes MARZO **Año:** 2025 **hasta: Mes** _____ **Año** _____

Nombre de la EAS/operador: ASOCIACION PORFIA TRES

Número del contrato de la EAS/operador: 5000652 2024

A continuación, se brindan algunas orientaciones para la formulación del plan de acción:

1. Generación de acuerdos internos del comité conformado: los integrantes del comité deben acordar de forma libre y democrática todos los aspectos relacionados con el comité y las actividades que van a desarrollar.

Nombre del comité: LOS CHIQUITINES

Valores que orientarán el funcionamiento del comité:

* RESPETO
* JUSTICIA
* HONESTIDAD

2. Propósito del comité de control social: contribuir de manera propositiva con la calidad de la atención de los servicios. El comité puede centrar sus esfuerzos en la verificación y control de los siguientes aspectos: **cumplimiento de la cobertura, talento humano completo y cualificado, alimentación** (calidad de los alimentos suministrados, compras locales, preparaciones acordes a los hábitos y costumbres alimentarias de la región), **dotación y mobiliario, proyecto pedagógico o planeación pedagógica, seguridad en la unidad, espacios físicos, las dos socializaciones de los servicios contratados, evento de control social (entre otros)**[1] *(ver componentes de calidad de atención en la guía de participación ciudadana o en los manuales operativos)*. Los integrantes del comité deciden conjuntamente a cuál o cuáles aspectos, de los mencionados anteriormente, le realizarán el control social, considerando la participación de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios de los servicios (se puede solicitar apoyo a la EAS/operador, centro zonal, regional, talento humano de la unidad, y demás entidades/autoridades locales). Indique en el siguiente cuadro cuál o cuales serán los aspectos seleccionados:

SE LE SOLICITO A LA MADRE COMUNITARIA LAS CARPETAS DE LOS BENEFICIARIOS Y OBSERVAMOS QUE LA COBERTURA SE ENCUENTRA AL 100%

3. ¿Quiénes van a realizar el control social?
Para esto se debe tener claro cuál es el equipo de trabajo, cómo se distribuirán las tareas; además, identificar las fortalezas de los integrantes del equipo. Es clave tener una persona que lidere y ayude a coordinar las acciones del comité. Indique en el siguiente cuadro los datos de las personas que conforman el comité:

Nº	Nombre y apellidos	Documento de identificación	Correo electrónico	Celular o fijo	Firma
1	KAREN DANIELA BELTRAN	1.122.570.843	beltrankaren205@gmail.com	3203907852	KarenBeltran
2	JINETH TATIANA ALM.	1234790928		312 566 3462	
3					

[1] De acuerdo con los seis componentes de calidad de la atención establecidos en los manuales operativos de las cuatro modalidades de atención de primera infancia: (i) Familia comunidad y redes sociales; (ii) Salud y nutrición; (iii) Proceso pedagógico; (iv) Talento humano; (v) Ambientes educativos y protectores, y (vi) Administrativo y de gestión.

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

4. ¿Qué actividades se van a realizar?
Indicar cada una de las actividades que se llevarán a cabo para cumplir con el propósito que se acordó en el comité.

5. ¿Quiénes son los responsables de realizar cada actividad?
Indicar quién estaría a cargo de cada actividad o tarea planeada según los acuerdos conjuntos. Para la distribución de tareas se puede tener en cuenta las posibilidades reales de que cada uno de los integrantes del comité puedan cumplir con las actividades a realizar, considerando los conocimientos sobre lo que se debe hacer, la actitud positiva y el tiempo para el desarrollo de las actividades.

6. ¿En qué tiempo se van a realizar las actividades?
Establecer plazos realistas para desarrollar las actividades, de acuerdo con el tiempo que los integrantes del comité pueden dedicar a las acciones de control social. Puede ser útil realizar un inventario de las tareas o actividades planeadas, indicando el tiempo que se necesita para completar cada una de ellas, indicando las personas que se pueden comprometer con el cumplimiento de estas. Es importante tener en cuenta los plazos que necesitarían las entidades para dar respuesta a las sugerencias y recomendaciones que se realicen, de acuerdo las actividades desarrolladas.

7. ¿Qué recursos se necesitan para desarrollar las actividades planteadas?
Una vez planteadas las actividades o tareas a realizar, el comité deberá definir los recursos necesarios para el cumplimiento de cada una de ellas; por ejemplo:

- Formatos de control social: acta de reunión, acta visita, verificación de: cobertura y alimentos, de dotación, actividades pedagógicas, entre otros.
- Materiales: papel, bolígrafos, lápices, marcadores, cartulina, entre otros.
- Humanos: personas que pueden apoyar el proceso mediante la realización de capacitaciones, talleres, cursos cortos, etc.
- Estrategias de comunicación: perifoneo, voz a voz, avisos o carteleras en espacios comunitarios, llamadas, WhatsApp, plataformas virtuales, entre otros.
- Medios tecnológicos disponibles o que se puedan gestionar.
- Lugares donde se pueden realizar las actividades: centros educativos, unidades donde se presta el servicio, salones comunitarios, centros zonales del ICBF, EAS, y otros espacios comunitarios similares.

Después de que todos tengan claro lo que se necesita para el desarrollo de las actividades se evaluará qué cosas se deben conseguir o gestionar, y con cuáles cuentan los integrantes del comité. Cada una de las personas puede hacer propuestas sobre cómo se pueden conseguir los recursos necesarios.

En la siguiente tabla se podrá diligenciar los recursos requeridos y los responsables, según las actividades o tareas:

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

Planeación de actividades

Nro	Actividad/tarea	Fecha en la que se realizará	Responsable/s	Recursos (humanos, materiales)
1	COBERTURA DE BENEFICIARIOS	7 MARZO	COMITE CONTROL SOCIAL	DANIELA Y TATIANA.
2	REVISION DEL RPP	13 MARZO	COMITE CONTROL SOCIAL	DANIELA Y TATIANA.

Nota: si necesitan más casillas para registrar las actividades y los recursos pueden agregar una hoja.

8. ¿Cómo se realizará el seguimiento a las reportes y sugerencias que se presenten ante el ICBF y la Entidad Administradora de los Servicios-EAS?

Los integrantes del comité deben tener claridad sobre el control social que van a desarrollar, el rol del ICBF como entidad que promueve la prevención y protección integral de la primera infancia y de la EAS como entidad contratada para prestar los servicios a las niñas, los niños y mujeres gestantes usuarias(os).

Para el seguimiento a los reportes y sugerencias que se entreguen en la EAS y el ICBF el comité puede implementar distintas estrategias, entre las cuales se encuentra la posibilidad de verificar que se hayan resuelto las situaciones identificadas en el/los servicio(s) por medio de: una nueva visita al/los servicio(s), llamadas telefónicas o de WhatsApp, solicitudes de información en las oficinas del ICBF o de la EAS, correo electrónico, y a través de otros canales de comunicación.

Registre en el siguiente cuadro cómo realizarán el seguimiento a los reportes y sugerencias sobre los servicios que realice el comité:

* AL REALIZAR LA REVISION DE LOS BENEFIARIOS SE ENCUENTRA LA COBERTURA DE LOS 15 BENEFICIARIOS LO QUE INDICA QUE ESTA AL 100%
* CUANDO SE HIZO LA SUPERVISION DEL RPP SE OBSERVO QUE ESTABAN LOS 15 PAQUETES EN BUEN ESTADO.

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

9. ¿Quiénes realizarán el seguimiento a las sugerencias y recomendaciones que se presenten ante las Entidad Administradora de los Servicios-EAS y el ICBF?
Es importante que las personas responsables de realizar el seguimiento pidan aclaración sobre las respuestas que brinde la EAS si estas son confusas o incompletas. Incluya los nombres de las personas que estarían a cargo del seguimiento:

DE ACUERDO A LO REVISADO Y LO OBSERVADO EN EL HOGAR LOS CHIQUITINES VEMOS QUE TODO ESTA ACORDE CON LO ESTIPULADO EN LO CONOCIDO

10. ¿Quiénes socializarán los resultados del control social a la comunidad?
Se debe tener en cuenta socializar los resultados del control social con los demás acudientes de las usuarias(os) del servicio(s) y la comunidad, vinculándoles y motivándoles para que apoyen el desarrollo de actividades.
Los integrantes del comité acordarán en conjunto quiénes estarán encargados de presentar los resultados del control social a las(os) acudientes y la comunidad, de qué forma lo harán, y los demás integrantes del equipo deben indicar el tipo de apoyo que brindarán para la socialización de estos resultados. Es importante que los integrantes del comité planeen cómo van a llevar a cabo esta socialización. Incluya esta información en el recuadro:

De acuerdo con la situación por COVID-19 que se viva en el territorio se pueden socializar a la comunidad los resultados del control social de manera presencial, virtual o a través de medios alternativos como radio comunitaria, entre otros que se tenga posibilidad. Indique los nombres de las personas que estarán a cargo de la socialización:

EL COMITE HIZO EL EJERCICIO DE MANERA PRESENCIAL. LA PROFE NOS ATENDIO CON RESPETO Y COLABORANDONOS.

11. ¿Cómo se evaluarán los resultados del comité de control social?
El comité de control social debe definir cómo realizará la evaluación de las funciones y responsabilidades al interior del equipo. Esto ayudará con la identificación de aspectos que se deben mejorar durante la realización de las actividades que han acordado. Para esto se puede tener en cuenta la verificación, en el tiempo establecido, del cumplimiento de las actividades, cómo se considerará la actividad en estado terminado y de qué forma se informará su cumplimiento a todos los integrantes del comité. En el siguiente cuadro indique cómo se evaluará el cumplimiento de las funciones del comité:

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

VERIFICACIÓN Nº: 2

Fecha:	14 MARZO 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:** 5000652024
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:** MONICA LONDOÑO VILLEGAS
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI MUNDO MAGICO	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3154381303
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: SMS M3 CASA 62 ETAPA 5 LA MACARENA	

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

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Garantizar que los servicios sean de calidad y se enfoquen en el bienestar y desarrollo de los niños
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que todo lo que se ofrece en el programa y complemento cumplan con buenas garantías

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

SE VERIFICA Y SE EVIDENCIA QUE TODOS LOS PRODUCTOS ESTAN EN BUEN ESTADO

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: YESENIA STHEFANIA HURTADO
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: yesenia sthefania h@gmail.com.co.
- Número Celular y/o fijo: 3227232543

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:	14 | MARZO	2025
Regional/Departamento:	**Municipio:** Meta	
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** UNO ASOCIACION PORFIO 3	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000652024	
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:** María Elena Hernández Furqu	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mi Pequeño Angelito	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3115324719	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Sm 4 m28 casa 16 etapa 5 la Madrid		
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:	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 la verificación de los 15 complementos de RPP para entregar.
Propósito o finalidad de la visita:	Que todos los 15 RPP esten completos y 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.

¡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).	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		X	

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita se puede verificar que todos los complementos(15) de RPD se encuentran en buen estado en un lugar aseados y listos para entregar.

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

Se le dice a la madre comunitaria Fami, que sigan realizando su labor con amor y respeto como lo bien realizando hasta el momento Felicitaciones!!!

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: [illegible] Hernandez Fuqua) Dian bren Solnor
- 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: 3058170 62

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:	DIA 04	MES 03	AÑO 2025.	**Municipio:** villavicencio	
Regional/Departamento: meta.				**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia tres	
Centro zonal: uno				**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** S000602024	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Comunitaria				**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** margarita Parra	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): tradicional				**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3134988352	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: los super amigos					
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: k92 25 copy 7. barrio villa juliana					

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 13 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social.
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 alimentos esten en buen estado y con fechas debidas
Propósito o finalidad de la visita:	Se verifico los alimentos para el consumo de los niños

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!

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).	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).	N/A		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	N/A		
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?	N/A		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	N/A		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	N/A		

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

ninguna

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

Se debe realizar la proxima verificación de acuerdo al plan de acción

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: Jareth Barrios
- 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: 3167507766


RUTA DE
EVACUACION

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:	14 DÍA | marzo MES	2025
Regional/Departamento: Meta.	**Municipio:** Vlão.	
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Viviendo mi futuro.	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Comunitaria.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000652224.	
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:** María Doris Castañeda p.	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Viviendo mi futuro.	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3102932848.	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 62 # 44-21		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15.		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Gina Parrado Yury ortiz. Angie atilano.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisión de Complementos y fechas de vencimiento y Cantidades.
Propósito o finalidad de la visita:	Que todo el RPP. este Completo y en buen estado.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algun 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	1
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	\		NO APLICA
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? Todo esto acorde.	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:

- Cambio en el RPP.
- se verifico Cantidad y fecha de vencimientos

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

No hay Recomendaciones

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: Lina parrado. Yury yoleysi ortiz angie Atlanto

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Gnol maría parrafo herrera @gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3209633769.

PÚBLICA


PACION PARA PREPARAR
MADRE GESTANTE Y LACTANTE
Huevos






BOTIQUIN
PRIMEROS
AUXILIOS