| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

607

**VERIFICACIÓN Nº:** 4

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** - 22-07-2025 | DIA | 22 | MES 07 | AÑO 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazifico Nivel | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial Propia e Intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leandro Xampi [illegible] | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bendición 1 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** - 313 439 0133 | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Bendición UNO - Vía Quibdo - Yuto | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Bendición 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | - Garantizar los derechos de niños, niñas y gestantes mediante los servicios de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | - Hacer control Social a los Servicios que presta la modalidad |

**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 | X | | |

608

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |

609

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando en el comite de control Social con compromiso y responsabilidad.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

610

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: | DÍA 21 | MES Julio | AÑO 2023 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdo | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: fundación Pazifico VIVE | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Heidy Palacios Murillo | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Vive en familia 2 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3226639329 | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ obrero | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana: | Vive en familia 2 |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Garantizar que los niños niñas y personas tengan un espacio fisico adecuado. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Realizar control social a los espacios fisicos de la modalidad |

**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 |


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

611

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportaria; (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 |
| **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 |



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

El espacio comunitario donde funciona la UCA tiene buena iluminación y ventilación.



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

G13

| 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: Naid Lenis Paj
- 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: 3206820004




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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** DIA 21 MES Julio 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazufico Vive |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Mayra Aragon Abuhata |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la magia 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3124766946 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ las milquinientas | |

**Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la magia 2 |
| **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 niños niñas y personas tengan un espacio físico adecuado |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar control social a los espacios físicos de la modalidad. |

**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** |

GIS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportaria; (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 |
| **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? | | | |
| 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.<br>***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?<br>***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 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:**

El espacio comunitario donde funciona la uca tiene buena iluminación y ventilación



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.

617

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

Los miembros del comite de control social recomiendo al equipo de la modalidad que siempre realicen la minuta con las familias y cuidar los espacios fisicos

**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: Karen Muna Parra
- 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: 3203926595



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 Nª: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: | | 21 Julio | 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Pazafico vive | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial propia | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: And Gloria Palacios | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Vive en familia 3 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3215740087 | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ Alfonso Lopez | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Vive en familia 3 |
| 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 niños niñas y personas tengan un espacio físico adecuado. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Realizar control social a los espacios físicos de la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportaria; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | 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 |



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

620

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | | | 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 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:**

El espacio comunitario donde funciona la UCA tiene buena iluminación y ventilación

G21

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

Los miembros del comite de control social recomiendan al equipo de la modalidad que siempre realicen la minuta con las familias y cuidar los espacios fisicos

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



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

622

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | |
|---|---|---|
| Fecha: | DIA 21 MES Julio | 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Pazuifico Vive | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 738 | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Yalisa Salas | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Vive la magia 1 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3232019072 | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ Medrano | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana: | Vive la magia 1 |
| 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 niños niñas y personas tengan un espacio fisico adecuado. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Realizar control social a los espacios fisicos de la modalidad. |

**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 |


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

G23

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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? | | | |
| **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?<br><br>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 |
| **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 |



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

C24

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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.<br>***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?<br>***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 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:**

El espacio comunitario donde funciona la uca tiene buena iluminación y ventilación




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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

G25

| VERIFICACIÓN Nª: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: | | 21 Julio 2025 | |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundacion Pazifico VIVE | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 438 | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial/ propia | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Joan Manuel Arbolwla D. | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Vive la magia 3 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3147581272 | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ el Jardin | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Vive la magia 3 |
| 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 niños niñas y personas tengan un espacio fisico adecuado. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Realizar control social a los espacios fisicos de la modalidad. |

**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 |

626

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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?<br><br>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 |
| **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 |

G27

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | | | 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 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? | ✓ | | |

**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:**

El espacio comunitario donde funciona la UCA tiene buena iluminación y ventilación.

628

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

Los miembros del comite de control social recomiendan al equipo de la modalidad que siempre realicen la minuta con las familias y cuidar los espacios fisicos.

**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: Isabel Cristina Pineros Diaz
- 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: 3116197686



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.

629

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: | DIA 21 | MES Julio | AÑO 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Pazifico vive | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 438 | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Lucelly Cancedo Gutierrez | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Vive la paz 3 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3226623988 | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: 13/ playita | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Vive la paz 3 |
| 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 niños niñas y personas tengan un espacio fisico adecuado. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Realizar control social a los espacios fisicos de la modalidad. |

**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 |



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

630

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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? | | | |
| **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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportaria; (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 |
| **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 |

681

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | | | 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 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:**

El espacio comunitario donde funciona la UCA tiene buena iluminación y ventilación.

632

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

Los miembros del comite de control social recomienda al equipo de la modalidad que siempre realicen la minuta con las familias y cuidar los espacios fisicos

**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: Ludys Obregon Garcia
- 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: 3206820014

(23

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: | DIA 21 | MES Julio | 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Pazcifico vive | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial propia | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Ketty Yohana Moreno Garcia | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: vive esperanza 2 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3112020502 | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: B/ la esmeralda | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | vive esperanza 2 |
| 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 niños y niñas personas tengan un espacio fisico adecuado |
| Propósito o finalidad de la visita: | Realizar control social a los espacios fisicos de la modalidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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



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. | ¿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.<br>***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?<br>***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 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:**

El espacio comunitario donde funciona la uca tiene buena iluminación y ventilación.

636

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

Los miembros del comite de control social/ recomiendan al equipo de la modalidad que siempre realicen la minuta con las familias y cuidar los espacios fisicos

**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 Moreno Perea
- 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: 3115150778

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

**VERIFICACIÓN Nº: ____**

| | |
|---|---|
| **Fecha:** 22-07-2025 | DIA 22 MES 07 AÑO 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazifico vive |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial Propia e intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cruz Lenia Rojas Isabare |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Kiphara. | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3140425219 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Villa Avelina - Kiphara | |

**Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Kiphara. |
| **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 bunsturma entregada este en optimas condiciones |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Revisar que se entregue la bunsturma a todos los usuarios de la UCA |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

¡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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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? | | | |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Crear con compromiso y responsabilidad Su rol tambon Valor por la Garantia de derechos de todos los usuarios de la UCA.

640

**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: Deysi Conde dumas9
- 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: 3215480573

PBIA



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

**VERIFICACIÓN Nº:** ____

| | |
|---|---|
| **Fecha:** 22-07-2025 | DIA 22 MES 07 AÑO 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifio Vivo |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion Inicial Propia e intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Carlos Arthuro Tunay. |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Eyasake. | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320607 1495 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad Indigena Eyasake | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Eyasake |
| **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 bonestarina entregada este en optimas condiciones. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Revisar que la bonestarina sea entregada a todos 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.

| **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 | | |

¡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.

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Ejercer con compromiso y responsabilidad su rol también velar por la garantía de derechos de los participantes.



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

644

**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: Lili Jhana
- 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: 320 607 1495

PBIA



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.

645

**VERIFICACIÓN Nº:** ____

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** 28-07-2025 | DIA | 28 | MES 07 | AÑO 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifico Vivo | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial Propia e Intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Alejandro Botacay Mamarita | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** El 15 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3214785121 | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad indigena el 15 | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana:** | El 15 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar que la bienestarina este en buenas condiciones para el consumo humano |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | - Revisar que se haya entrega de la bienestarina a todos los usuarios |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>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.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>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.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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


¡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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |

647

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Tgrar con compromiso y responsabilidad, y Velar por la garantia de derechos de todos los usuarios de la UCA.



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

648

**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: Aura Liania Birry
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

PBIA



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

| **VERIFICACIÓN Nº: ____** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** 22-07-2025 | DIA | 22 | MES 07 | AÑO 2025 | | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifico vive | | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial Propia intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Jota Cabrera Dumera. | | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bendicion dos | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 322626 7083 | | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad Indigena Bendicion dos | | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Bendición dos |
| **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 bienestarina se encuentre en optimas condiciones para el consumo humano |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Verificar que la bienestarina sea entregada a todos los usuarios |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>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.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>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.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

PRUEBA

650

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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? | | | |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 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? | | | ✓ |

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Ejercer con compromiso y responsabilidad su rol y Velar por la garantia de derechos de las Usuarias de la UCC.



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

652

**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: Yuleth Lana Lara
- 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: _____

PBIA



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 22-07-2025 | DIA 27 | MES 07 | AÑO 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pacifico VIVE | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion Inicial Propia enfoque intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Lizandro Nampia C | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bendicion 1 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3134390133 | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Lomanidad Indigna Bendicion Uno | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Bendicion Uno. |
| **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 bienestarina se encuentre en buenas condiciones para el consumo humano |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Revisar que la bienestarina sea entregada a todos los Usuarios |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>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.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>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.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>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 dia? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |

¡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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Ejercer con compromiso y responsabilidad su rol y velar por la garantía y derecho de los usuarios de la UDS.


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

656

**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: Jorgita mEJia Nampid
- 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: 3116921113

PBIA

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 28-07-2025 | DIA | 28 | MES 07 | AÑO 2025 | | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifico Vive | | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion Inicial Propia Intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Evelio Gonzalez Amaya | | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bajo Paurita | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133340599 | | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad Indigena Bajo P. | | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 120 **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:** | Bajo Paurita |
| **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 bienestarina entregada a los Usuarios este en optimas condiciones. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Revisar que la bienestaria se entregue a todos los usuarios. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

| **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 | | |

¡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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Ejercer el compromiso con responsabilidad, y Valor por la garantía de los derechos de los usuarios de la UVA.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

**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: Luz Erika Velasquez Cruepta
- 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: _____

PBIA

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 27-07-2025 | DIA 22 MES 07 AÑO 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifico Vive |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion Inicial Propia e intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria Elsa Conde Ochoto. |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Kilometro 7-2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3217082086 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Kilometro 7 2 Via- Quibdo - Yuto. | |

**Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Kilometro 7 dos. |
| **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 bienestarina se encuentre en optimas condiciones |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | - Revisar que la bienestarina sea entregada a todos los Usuarios. |

**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). | X | | |

PRUEBA

662

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 Nª: ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 19 MES Julio | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazafico Vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ketty Yohana MorenoGarcia | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** La esperanza 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3112020502 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/La Esmeralda | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana:** | La esperanza 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | verificar que la uca cuente con la dotación establecida |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Asegurar que la dotación establecida para la prestación del servicio sea de calidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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


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

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

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


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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Tatiana Moreno Perea
- 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: 3115150778

666

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha: 21/07/2025 | DIA | 21 | MES 07 | AÑO | 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | | | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Pazcífico Vive | | | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Educación Inicial Propia e intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: | | | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial. Propia e intercultural<br>Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:: Vive familia 1<br>Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Desplazados, Buenos aires | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Lili Yohana Quejada<br>Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3137004107 | | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Vive familia 1 |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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


¡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.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | |



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad



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

C69

**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: Yelitza Renteria Cordoba
- 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: _____

PBIA



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

**VERIFICACIÓN Nº:** ____

| | |
|---|---|
| **Fecha:** 23/07/2025 — DIA 23 MES 07 AÑO 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pacífico Vive |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Primera infancia. Propia e intercultural<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive el amor 2<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Obapo | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yaneth Lozano<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320 995 2078 |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive el amor 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |

**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 dia? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |

¡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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 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 guia de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad



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.

G23

**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: Olivia Cabrera Bechecha
- 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: _____

PBIA



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

| **VERIFICACIÓN Nº:** ____ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** 23/07/2025 | DIA | 23 | MES 07 | 2025 AÑO | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial. Propia e intercultural<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive el amor 3<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Taina | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Salvadora Roa de Diego<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3146698188 | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive el amor 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>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.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>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.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

PRUEBA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad

697

**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: MAURICIO RUIZ GUARACATA
- 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: _____

PBIA



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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: 17/07/2025 | DIA | 17 | MES | 07 | AÑO 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó | | | | |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación pazcifico Vive | | | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial propia e intercultural | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Erick Yesid Tello | | | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Vive la esperanza 1 | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3135873961 | | | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: roblado | | | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Vive la esperanza 1 |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Garantizar los derechos de los niños, niñas |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |

**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 dia? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |

PRUEBA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportaría; (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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad

681

**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 Hormolejo Blandon
- 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: _____

PBIA



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 15/07/2025 | **DIA** 15 | **MES** 07 | **AÑO** 2025 | | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial, Propia e intercultural<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive el amor 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Batallón - Zona minera | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leidy Palacios Blandón<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3205325024 | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive el amor 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

PRUEBA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad

685

**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: Daly Yohana Renteria cordoba
- 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: _____

PBIA



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 25/07/2025 — DIA 25 MES 07 AÑO 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial propia e intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Margarita |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la paz 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320 535 1032 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Piñal de Medrano | |

**Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita:** 20

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la paz 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social, a los servicios que presta la modalidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

PRUEBA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad



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

689

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

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

PBIA



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.

690

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

**VERIFICACIÓN Nº:** ____

| | |
|---|---|
| **Fecha:** 22/07/2025 | DIA 22 MES 07 2025 AÑO |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial. Propia e intercultural<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la paz 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Jazmin | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Marileidy Sinisterra Cordoba<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 310 489 7602 |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana:** | Vive la paz 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que Presta la modalidad |

**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). | X | | |

PRUEBA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |


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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad



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.

693



**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: Karen Danida Cordoba Palacios
- 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: _____


PBIA

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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:** 24/07/2025 | DIA | 24 | MES 07 | 2025 | AÑO |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** fundación Pacífico Vive | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial · Propia e intercultural<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la esperanza 3<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Bahia Solano | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Diana Isabel Murillo Mosquera<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3103822099 | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la esperanza 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>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.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>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.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

¡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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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?<br><br>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 |
| **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.<br>***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.** | | | | |



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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 |

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

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

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:**

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad

697

**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: Yury Ruiz OK
- 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: _____

PBIA

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>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 Nª: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DÍA | MES: Julio | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazufico Vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Disney Chamorro Isaramo | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ____ | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3225381603 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad de Solero | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive en hogar |
| **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 niños niñas y personas tengan un espacio físico adecuado. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Realizar control social a los espacios físicos de la modalidad. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>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.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>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.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>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 |


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

699

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | 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 |

700

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | | | 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 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:**

El espacio comunitario donde funciona la UCA tiene buena iluminación y ventilación.



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

701

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

Los miembros del comite de control social recomiendan al equipo de la modalidad que siempre realicen la minuta con las familias y widar los espacios fisicos.

**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: Genobia Isarama Isarama
- 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: 3137120417



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