ACTA DE REUNION N. 3

FECHA: DIA 12 **MES:** AGOSTO **AÑO: 2025** **HORARIO: 8:30am**

TEMA (S) DE LA REUNIÓN:

Se les da la bienvenida a los participantes de **DEJANDO HUELLA 4** creando un ambiente cálido y respetuoso. Agradeciendo su compromiso y puntualidad, para reforzar el valor de su participación y fomentar una dinámica positiva desde el inicio.

Los puntos a socializar son los siguientes:

1. Confirmar que el lugar de almacenamiento de las raciones se encuentre en condiciones óptimas: limpio, seco, con buena ventilación y libre de factores que puedan propiciar plagas, humedad o contaminación
2. Verificar que los empaques del RPP se mantengan en buen estado, sin rupturas, abolladuras ni señales de deterioro que comprometan su calidad o inocuidad.
3. Asegurar que el personal encargado del manejo de las raciones cumpla con las normas de higiene establecidas, tales como el uso adecuado de guantes, gorros, tapabocas y vestimenta limpia.
4. Confirmar que la UDS disponga de un extintor vigente en cuanto a su fecha de vencimiento y que cuente con un botiquín de primeros auxilios debidamente dotado.

Se evidenció que la unidad se encuentra en buenas condiciones, cumpliendo con los estándares de limpieza, orden y adecuada ventilación requeridos. Asimismo, se verificó que el RPP está siendo almacenado de manera correcta, evitando que los productos entren en contacto directo con el suelo, lo cual garantiza la preservación de su calidad y la inocuidad de los alimentos.

Como estrategia pedagógica, se realizó una actividad lúdica denominada “La papa se quema”, que consistió en rotar un objeto entre los participantes; la persona en la que se detuvo debía responder una pregunta relacionada con la importancia de contar con un extintor vigente y un botiquín de primeros auxilios en la unidad. Esta dinámica permitió reforzar el aprendizaje de manera participativa, fomentando la reflexión sobre la prevención y la seguridad en el espacio de servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FEXHA DE CUMPLIMIENTO
Repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo Interdisciplinario	Durante la vigencia del contrato
Verificar la calidad de los productos que se entregan a los usuarios	Todos	Durante la vigencia del contrato
Asistir cumplidamente a las reuniones programadas del comité control social	Todos	Durante la vigencia del contrato
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Equipo Interdisciplinario	Durante la vigencia del contrato
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (si hay otro rol inclúyalo)**	
Joana Yuliath Salinas	**PRESIDENTE**	
Yuli Fernanda Cordoba	**SECRETARIA**	
Lina Murcia	**APOYO PSICOSOCIAL EIH**	

Evidencia fotográfica





VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	**DIA** **12**	**MES** **AGOSTO**	**AÑO** **2025**
Regional/Departamento: HUILA	**Municipio: NEIVA**		
Centro zonal: NEIVA	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **41-00240-2025**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR** **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** **DEJANDO HUELLA 4** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** **PARQUE BIBLIOTECA GALINDO**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre, comunitaria (o) responsable de la unidad que atendió la visita:** **ANA MARIA LUISA GONZALEZ DUSSAN** **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** **300 266 8739**		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 51 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 51			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	**Control Social: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH** **GA: DEJANDO HUELLA 4**
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	La identificación y el control de las condiciones salubres en las unidades de atención para la entrega del RPP resultan fundamentales para asegurar que los alimentos se conserven en óptimo estado y lleguen a las familias en condiciones seguras. De igual forma, contar con un extintor vigente y un botiquín de primeros auxilios se constituye en una medida esencial para la prevención y atención de emergencias, garantizando tanto la seguridad alimentaria como el cuidado integral de la salud de las familias beneficiarias.
Propósito o finalidad de la visita:	El control de condiciones salubres y la presencia de extintor y botiquín en las UDS son medidas clave para asegurar un servicio seguro y 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.

PUBLICA

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones
Las verificaciones se realizaron de acuerdo con el objetivo de control social definido junto con los integrantes del comité o veeduría, enfocándose en las condiciones de la unidad y el adecuado almacenamiento del RPP para garantizar calidad y transparencia en el servicio.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se evidenció que la unidad se encuentra en condiciones adecuadas, cumpliendo con los estándares de limpieza, orden y ventilación establecidos. Estos aspectos favorecen un ambiente seguro y apropiado para el almacenamiento de los productos. Asimismo, se verificó que el RPP está siendo almacenado de manera correcta, evitando el contacto directo con el suelo y con posibles fuentes de contaminación. Estas acciones contribuyen a preservar la calidad, seguridad e inocuidad de los alimentos, garantizando así un adecuado servicio a la población beneficiaria.

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

Revisar periódicamente el estado de los empaques y retirar de inmediato aquellos que presenten deterioro.

Asegurar el cumplimiento de las normas de higiene por parte del personal manipulador de alimentos.

Verificar de forma continua la vigencia del extintor y el adecuado abastecimiento del botiquín de primeros auxilios.

Promover actividades formativas y lúdicas que fortalezcan la cultura de prevención y el autocuidado.

Mantener registros claros de las acciones de mejora implementadas y socializarlas con la comunidad.

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: **DANNA YULIETH SALINAS Y YULI FERNANDA CORDOBA**

- Correo Electrónico De La Persona Encargada De Recibir La Respuesta Del Comité De Control Social O De La Veeduría Ciudadana: **NO TIENE**

- Número Celular y/o Fijo: **321 301 0869 – 321 487 2159**

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ACTA DE REUNION N. 3

FECHA: DIA 12 MES: AGOSTO AÑO: 2025 HORARIO: 10:00am

TEMA (S) DE LA REUNIÓN:

Se les da la bienvenida a los participantes de **NEIVA RURAL 4** creando un ambiente cálido y respetuoso. Agradeciendo su compromiso y puntualidad, para reforzar el valor de su participación y fomentar una dinámica positiva desde el inicio.

Los puntos a socializar son los siguientes:

1. Confirmar que el lugar de almacenamiento de las raciones se encuentre en condiciones óptimas: limpio, seco, con buena ventilación y libre de factores que puedan propiciar plagas, humedad o contaminación
2. Verificar que los empaques del RPP se mantengan en buen estado, sin rupturas, abolladuras ni señales de deterioro que comprometan su calidad o inocuidad.
3. Asegurar que el personal encargado del manejo de las raciones cumpla con las normas de higiene establecidas, tales como el uso adecuado de guantes, gorros, tapabocas y vestimenta limpia.
4. Confirmar que la UDS disponga de un extintor vigente en cuanto a su fecha de vencimiento y que cuente con un botiquín de primeros auxilios debidamente dotado.

Se evidenció un manejo adecuado en la recepción y entrega del RPP, garantizando calidad e inocuidad de los alimentos mediante buenas prácticas de almacenamiento, inspección de empaques y cumplimiento de normas de higiene por el personal. Asimismo, la unidad cuenta con un botiquín de primeros auxilios, elemento esencial para la atención oportuna y la seguridad de los beneficiarios.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FEXHA DE CUMPLIMIENTO
Repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo Interdisciplinario	Durante la vigencia del contrato
Verificar la calidad de los productos que se entregan a los usuarios	Todos	Durante la vigencia del contrato

Asistir cumplidamente a las reuniones programadas del comité control social	Todos	Durante la vigencia del contrato
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Equipo Interdisciplinario	Durante la vigencia del contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (si hay otro rol inclúyalo)**
Claudia Mendez C	**PRESIDENTE**
Mariafanja Balaná	**SECRETARIA**
Lina Murcia	**APOYO PSICOSOCIAL EIH**

Evidencia fotográfica







VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	**DIA** **12**	**MES** **AGOSTO**	**AÑO** **2025**
Regional/Departamento: HUILA	**Municipio: NEIVA**		
Centro zonal: NEIVA	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **41-00240-2025**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR** **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** **NEIVA RURAL 4** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** **FORTALECILLAS – ANTIGUO COLEGIO MARÍA AUXILIADORA**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** **YULI VARGAS PERDOMO** **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** **315 668 4569**		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 50 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 50			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	**Control Social: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: NEIVA RURAL 4**
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	La identificación y el control de las condiciones salubres en las unidades de atención para la entrega del RPP resultan fundamentales para asegurar que los alimentos se conserven en óptimo estado y lleguen a las familias en condiciones seguras. De igual forma, contar con un extintor vigente y un botiquín de primeros auxilios se constituye en una medida esencial para la prevención y atención de emergencias, garantizando tanto la seguridad alimentaria como el cuidado integral de la salud de las familias beneficiarias
Propósito o finalidad de la visita:	El control de condiciones salubres y la presencia de extintor y botiquín en las UDS son medidas clave para asegurar un servicio seguro y de calidad.

PÚBLICA

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

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		

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.

C.	¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	**X**		
D.	En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	**X**		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A.	¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	**X**		
B.	¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	**X**		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	**X**		
B.	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	**X**		
C.	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	**X**		
D.	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	**X**		
E.	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	**X**		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	**X**		
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? *__Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.__	**X**		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	**X**		
B.	Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	**X**		
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños?	**X**		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	**X**		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	**X**		

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.

F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		X	
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.			
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: Se evidenció un manejo adecuado en la recepción y entrega del RPP, asegurando el cumplimiento de condiciones de almacenamiento limpias y ventiladas, la revisión oportuna de empaques y la aplicación de normas de higiene por parte del personal. Todo ello garantiza alimentos seguros y refuerza el compromiso con la salud y el bienestar de las familias beneficiarias.			
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Se recomienda continuar con el proceso de verificación y control en los servicios de primera infancia, con el fin de garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos. En este sentido, la madre usuaria manifestó su compromiso de seguir participando activamente en la revisión de los componentes de calidad, contribuyendo así al fortalecimiento del servicio y al bienestar de los niños y niñas beneficiarios.			

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

- Nombre De La Persona Encargada De Recibir La Respuesta Del Operador De Los Servicios: **CLAUDIA JIMENA MENDEZ CUBILLOS**
- Correo Electrónico De La Persona Encargada De Recibir La Respuesta Del Comité De Control Social O De La Veeduría Ciudadana: **N/A**
- Número Celular y/o Fijo: **317 279 0411**

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

ACTA DE REUNION N. 3

FECHA: DIA 12 MES: AGOSTO AÑO: 2025 HORARIO: 11:00am

TEMA (S) DE LA REUNIÓN:

Se les da la bienvenida a los participantes de **NEIVA RURAL 6** creando un ambiente cálido y respetuoso. Agradeciendo su compromiso y puntualidad, para reforzar el valor de su participación y fomentar una dinámica positiva desde el inicio.

Los puntos a socializar son los siguientes:

1. Confirmar que el lugar de almacenamiento de las raciones se encuentre en condiciones óptimas: limpio, seco, con buena ventilación y libre de factores que puedan propiciar plagas, humedad o contaminación
2. Verificar que los empaques del RPP se mantengan en buen estado, sin rupturas, abolladuras ni señales de deterioro que comprometan su calidad o inocuidad.
3. Asegurar que el personal encargado del manejo de las raciones cumpla con las normas de higiene establecidas, tales como el uso adecuado de guantes, gorros, tapabocas y vestimenta limpia.
4. Confirmar que la UDS disponga de un extintor vigente en cuanto a su fecha de vencimiento y que cuente con un botiquín de primeros auxilios debidamente dotado.

Se encuentra en condiciones apropiadas el lugar de almacenamiento y la correcta entrega del (RPP), garantizando la calidad del servicio y el bienestar de los participantes. Este proceso permite asegurar que los alimentos se mantengan en condiciones óptimas, evitando riesgos de contaminación, deterioro o pérdida. Además, se promueve la confianza en el programa al asegurar que las raciones se entreguen completas y en buen estado. Al verificar cada etapa, desde el almacenamiento hasta la entrega, se refuerza el compromiso con la mejora de la calidad de vida de las comunidades atendidas.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FEXHA DE CUMPLIMIENTO
Repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo Interdisciplinario	Durante la vigencia del contrato

Verificar la calidad de los productos que se entregan a los usuarios	Todos	Durante la vigencia del contrato
Asistir cumplidamente a las reuniones programadas del comité control social	Todos	Durante la vigencia del contrato
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Equipo Interdisciplinario	Durante la vigencia del contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (si hay otro rol inclúyalo)**
[illegible]	**PRESIDENTE**
Leidy Rocio Pinzon	**SECRETARIA**
Lina Murcia	**APOYO PSICOSOCIAL EIH**

Evidencia fotográfica







VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	**DIA** **12**	**MES** **AGOSTO**	**AÑO** **2025**
Regional/Departamento: HUILA	**Municipio: NEIVA**		
Centro zonal: NEIVA	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **41-00240-2025**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR** **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** **NEIVA RURAL 6** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** **FORTALECILLAS – ANTIGUO COLEGIO MARÍA AUXILIADORA**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre, comunitaria (o) responsable de la unidad que atendió la visita:** **KELLY JOHANA GUTIERREZ** **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** **323 230 0275**		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 50 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 50			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	**Control Social: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: NEIVA RURAL 6**
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Identificación y control de condiciones salubres en las unidades de atención para la entrega del RPP, son esenciales para garantizar la seguridad alimentaria y la salud de las familias beneficiarias.
Propósito o finalidad de la visita:	La verificación y el control de las condiciones salubres dentro de los espacios de las UDS son fundamentales para garantizar la optimización y seguridad en la prestación del servicio. Estas acciones permiten mantener ambientes adecuados, libres de riesgos y propicios para la atención de las familias. Asimismo, se constató la disponibilidad y adecuado estado del botiquín de primeros auxilios, recurso esencial para la atención inmediata de cualquier eventualidad y complemento indispensable en las medidas de prevención y seguridad.

PÚBLICA

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		

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.

C.	¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	**X**		
D.	En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	**X**		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A.	¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	**X**		
B.	¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	**X**		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	**X**		
B.	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	**X**		
C.	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	**X**		
D.	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	**X**		
E.	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	**X**		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	**X**		
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? *__Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.__	**X**		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	**X**		
B.	Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	**X**		
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños?	**X**		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	**X**		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	**X**		

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.

F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	**X**		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	**X**		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	**X**		
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).	**X**		
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	**X**		
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	**X**		
OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría.			
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: Se constató que el lugar de almacenamiento y el proceso de entrega del RPP se encuentran en condiciones apropiadas, lo que garantiza la calidad del servicio y el bienestar de los participantes. Dicho cumplimiento asegura que los alimentos se conserven en óptimas condiciones, minimizando riesgos de contaminación, deterioro o pérdida, y reforzando así la confianza de las familias beneficiarias en la prestación del servicio.			
RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: Continuar con el proceso de verificación y control, en los servicios de primera infancia, la madre usuaria se compromete a continuar verificando los componentes de calidad.			

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

- Nombre De La Persona Encargada De Recibir La Respuesta Del Operador De Los Servicios: **KENIA FERNANDA OLAYA MEDINA y LEIDY ROCIO PINCHAO GIL**
- Correo Electrónico De La Persona Encargada De Recibir La Respuesta Del Comité De Control Social O De La Veeduría Ciudadana: **olayamedinafernanda@gmail.com**
- Número Celular y/o Fijo: **323 639 2829 – 350 633 2555**

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

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

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** Agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 10:00 A.M

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Se brindo un caloroso saludo de bienvenida a cada uno de los participantes.

- Identificar el Control en el cumplimiento de las condiciones para manipulación de alimentos, BPM.
- Verificar la Dotación de la UA; identificando con qué elementos cuenta la UA para la prestación del servicio

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Detallar y observar los elementos de dotación presentes en la unidad de Atención	Todos	Durante la Vigencia del Contrato
Ejercer el Control y acompañamiento en la entrega de las raciones para preparar y la calidad de los productos entregados	Todos	Durante la Vigencia del Contrato.

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Mayerli Guarnaca Fierro.	Integrante Control Social
Jasy Anulu Cuyones Rodrigues.	Integrante Control S.
Dora Vanessa Gutierrez Garcia	Integrante Control Social
SINDY LORENA CEPEDA GARCIA	Agente Educativo
Sully Maritza Flórez Cardoso	Psicóloga.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: 3			
Fecha:	12	Agosto	2025
Regional/Departamento: Huila.	**Municipio:** Neiva		
Centro zonal: Neiva	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación el Huerto de Dios de Corazón		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar - Educación Inicial Hogar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 4100240 2025		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Sindy Lorena Fierro		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Construyendo Futuro Con Amor 5	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3228475476		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cl. 50A Sur 27-40 Villa Cecilia			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 56 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 56			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social Construyendo Futuros Con Amor 5
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Identificar el control en el cumplimiento de condiciones para manipulación de alimentos y evidencias los elementos de dotación para la prestación servicio
Propósito o finalidad de la visita:	Velar por la garantía de Derechos de los niños y niñas.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			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?	✓		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	✓		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	✓		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	✓		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	✓		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			✓
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***			✓
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			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

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

Powered by CamScanner

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:

Se verificó el excelente estado de los alimentos y su calidad.
Se verificó la ubicación en la UA, encontrándose en adecuadas condiciones.
La verificación de CS se deriva del cronograma establecido en el Plan de Acción.

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

Ninguna.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Mayerli Cuenca Tiero
- 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: 3214323201

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** Agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 10.25 AM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Se brindó un cabroso saludo y bienvenida a los participantes.

* Identificar el control en el Cumplimiento de las condiciones para la manipulación de alimentos, BPM.
* Identificar los elementos de dotación con los que cuenta la Unidad de atención

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Retallar y observar los elementos de dotación presentes en la unidad de atención	Todos	Durante vigencia del Contrato
Ejercer el control y acompañamiento en la entrega de las raciones para preparar y la calidad de los productos.	Todos	Durante vigencia del Contrato.

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Diana Carolina Vara Tosar	Control Social
Luz Mery VIDAL FERNANDEZ.	control SOCIAL.
Yirley Almario Walles	Control Social
Paola Andrea Gonzalez Coicedo	Agente educativo.
Jully Maritza Flórez Cardoso	Psicóloga

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

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: 3			
Fecha:	12	Agosto	2025
Regional/Departamento: Huila	**Municipio:** Neiva		
Centro zonal: Neiva	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación el Huerto de Dios de Corazón		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Educación Inicial en el Hogar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 4100240 2025		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Paola Andrea Gonzalez		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Construyendo Futuro Con Amor 6	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3164291217		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cl. 50A N°27 - 80 Villa Cecilia			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 56 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 56			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social Construyendo Futuro Con Amor 6.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Identificar el control en el cumplimiento de condiciones para manipulación de Alimentos y evidenciar los elementos de Dotación de UN para personal
Propósito o finalidad de la visita:	Velar por la garantía de derechos de los niños y niñas

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se verificó el excelente estado de los alimentos y su calidad. Se verificó la dotación en la UA; encontrándose en adecuadas condiciones.
La verificación de es se deriva del cronograma establecido en el Plan Acción

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

Ninguna

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yirley Almario Walles
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: yirleywalles@outlook.com
- Número Celular y/o fijo: 3213195335

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** Agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 9.00 AM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

Se brinda un gran saludo de bienvenida a cada uno de los participantes.

- Identificar el control en el cumplimiento de las condiciones para la manipulación de alimentos, BPM.
- Dotación: Con qué elementos cuenta la Unidad de Atención para la prestación del servicio (extintor, botiquín, libros, material didáctico entre otros).

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Detallar y observar los elementos de dotación presentes en la unidad de Atención.	Todos	Durante la vigencia del contrato
Ejercer el control y acompañamiento en la entrega de las raciones para preparar y la calidad de los productos entregados.	Todos	Durante la vigencia del Contrato.

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Yuderly Monje Zea	Integrante control social.
Daniela Andrea Rodriguez Sabie	Integrante Control Social
Dunis Oliva Gil Quintero	Integrante Control Social
Magda Lorena Goyeneche Sterling	Apoyo Educativo.
Yully Maritza Pérez Cardoso	Psicóloga.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: 3			
Fecha:	12	Agosto	2025
Regional/Departamento: Huila	**Municipio:** Neiva		
Centro zonal: Neiva	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Corporación el Rincón de Dios de Corazón		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Educación Inicial en el Hogar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 4100240 2025		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Pequeños Huellos 1 **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cl. 53 N° 1C - 20 Cándilo	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Magda Lorena Obeya Sterling **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3219050980		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 53 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 53			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social Pequeños Huellos 1
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Identificar el control en el cumplimiento de condiciones para manipulación Alimentos y evidencias los elementos con los q cuenta VA para prestar el Servicio
Propósito o finalidad de la visita:	Velar por la garantía de derechos de los niños y niñas.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:
Se verificó el excelente estado de los alimentos y su calidad.
Se verifico la dotación en la UA; encontrándose en adecuadas condiciones.
La verificación de CS se deriva del cronograma establecido en el Plan de Acción.

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yeniela Andrea Rodriguez.
- 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: 3224823125

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** AGOSTO **AÑO:** 2025 **HORARIO:** MAÑANA

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- REVISIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OPTIMAS CONDICIONES DE MANIPULACIÓN Y BPM.
- ENTREGA COMPLEMENTOS RPP.
- ENTREGA BIENESTARINA.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
CONTINUAR CON LAS ENTREGAS Y REVISIONES	TALENTO HUMANO	PERMANENTE
REVISION MES OCTUBRE	CONTROL SOCIAL	OCT.

¡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.

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Icidy J	
Icidy Johanna Villamil Valderrama	Control Social

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

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

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

REGISTRO FOTOGRAFICO





VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	12	AGOSTO	2025
Regional/Departamento: HUILA	**Municipio:** NEIVA		
Centro zonal: NEIVA	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** CORMIDI		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 4100240 2025		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): E.I.H.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LUZ NEYDA BOBADILLA		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: DEJANDO HUELLA 3	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 315807 9851		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: BARRIO STA LUBIANA			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50.			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL "O.4.3"
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	REVISAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA
Propósito o finalidad de la visita:	REVISIÓN CONDICIONES DE MANIPULACIÓN - BPM.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

NINGUNA

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

NINGUNA.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Leidy Johanna Pillimue Valderrama
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: lpillimuevalderrama510
- Número Celular y/o fijo: 3138163941

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** AGOSTO **AÑO:** 2025 **HORARIO:** TARDE

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- REVISIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OPTIMAS CONDICIONES DE MANIPULACIÓN Y BPM
- ENTREGA COMPLEMENTOS RPP MES AGOSTO
- ENTREGA BIENESTARINA.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
CONTINUAR CON LAS ENTREGAS DE CALIDAD.	TALENTO HUMANO	PERMANENTE
VERIFICACIÓN MES OCTUBRE	CONTROL SOCIAL	OCT.

¡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.

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Yenni Constanza Collazos Valencia	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

REGISTRO FOTOGRAFICO





VERIFICACIÓN Nº: 3		
Fecha:	12 AGOSTO	2025
Regional/Departamento: HUILA	**Municipio:** NEIVA	
Centro zonal: NEIVA	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** CORMID,	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): E. I. H.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 4100 2402025	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMILIAR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** KELLY JOHANA SANTOS	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: CFA 4	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3118796889	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: BARRIO CLAYA HERRERA		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 56 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 56		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL UNIDAD: "CFA 4"
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	REVISAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.
Propósito o finalidad de la visita:	REVISION CONDICIONES DE MANIPULACIÓN – BPM.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento sin autorización escrita. COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

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

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

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

A.	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	X
B.	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	X
C.	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X
D.	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X
E.	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X

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

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

A	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	NO APLICA
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

NINGUNA

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

NINGUNA.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yenni Constanza Collazos Valencia
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: collazosvalenciayenni@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3106985035.

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** AGOSTO **AÑO:** 2025 **HORARIO:** MAÑANA

TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- REVISIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OPTIMAS CONDICIONES DE MANIPULACIÓN Y BPM
- ENTREGA COMPLEMENTOS RPP MES AGOSTO
- ENTREGA BIENESTARINA.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
COMITE CONTROL SOCIAL - "DEJANDO HUELLAS 5" - REVISIÓN OCT.	CONTROL SOCIAL	OCT.

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Maira Alejandra Jaramillo	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.

REGISTRO FOTOGRAFICO





VERIFICACIÓN Nº: 3			
Fecha:	12	AGOSTO	2025
Regional/Departamento: HUILA.	**Municipio:** NEIVA		
Centro zonal: NEIVA	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** CORMID1		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 4100024020 25		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): E. I. H.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** MAGALY BACCA		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: DEJANDO HUELLA 5	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3124653028		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: BARRIO STA ROSA			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 50 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 50			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	COMITÉ CONTROL SOCIAL "OH5"
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	REVISAR LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.
Propósito o finalidad de la visita:	REVISIÓN CONDICIONES DE MANIPULACIÓN – BPM.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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

	directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.		

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

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

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

A.	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	Y	
B	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	Y	
C.	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Y	
D.	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	Y	
F	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Y	

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

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

A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	Y	
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	Y	
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad. ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		NO APLICA
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Y	
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños	X	
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Y	
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X	
F	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	Y	

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

Ninguna

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

Ninguna

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Nora Alejandra Jaramillo
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Nanajaramillo Angulo 2@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3024799162

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

VERIFICACIÓN Nª: __03___			
Fecha:	**DIA** 13	**MES** **Agosto**	**AÑO** **2025**
Regional/Departamento: Huila	**Municipio: Neiva**		
Centro zonal: Neiva	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **41-00240-2025**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR ____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ____CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 2 __ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _CRA 51 D 27 21 ENRIQUE OLAYA HERRERA	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ____YESSICA XIMENA AVILES _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** ___3224688792_____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 2 GRUPOS: 1-2-3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Contribuir en el mejoramiento, la eficiencia, calidad, productividad y seguridad alimentaria y nutricional de los participantes, a través de las acciones de buenas prácticas de manufactura, mediante la optimización y control de los procesos de operatividad alimentaria.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y control implementación de estrategias de las buenas prácticas BPM garantizando la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes. Optimizando la higiene, inocuidad, minimizando cualquier riesgo de contaminación en alimentos.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

PUBLICA

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

	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		
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		

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

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	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.
Durante el proceso de verificación no se presenta novedad en el proceso de la verificación.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:
Durante la visita de verificación de BPM, las situaciones identificadas fueron;

- **Centrarse en el control de la inocuidad de los productos de refrigerio y RPP**
- **Se identificaron las instalaciones sanitarias con equipos en moderado estado, con su dispensador de jabón, y aviso de lavado de manos.**
- **Iluminación y ventilación: se evidencio protección de focos, ventilación adecuada siendo un factor que no permite la contaminación.**
- **No presencia de plagas,**
- **No contaminación cruzada,**

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:
La representante del control y veeduría se compromete a dar seguimiento en los componentes de salud nutrición, pedagogía y psicosocial, ya que estos resaltan calidad en la atención en la primera infancia en servicios de Educación Inicial.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: __YULY ANDREA PERDOMO – VALENTINA CAMACHO.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: __N/A_
- Número Celular y/o fijo: 3108573075_

ACTA DE REUNIÓN N 03_
FECHA: DÍA__13_ MES___AGOSTO_____ AÑO: 2025_____ HORARIO: _____

¡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.

VERIFICACION 03: COMPONENTE NUTRICION Y SALUD.
TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- **CONTROL CONDICIONES SALUBRES DENTRO DE LOS ESPACIOS DE UDS, OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO. MANIPULACION DE BUENAS PRACTICAS DE BPM**

GRUPO DE ATENCION: _CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 2 __

Este ejercicio de control y veeduría, garantiza que los ambientes educativos y protectores cumplan con los estándares de calidad, y en el que se promueve el bienestar integral de los niños, niñas y mujeres gestantes. Este ejercicio permite a la comunidad participante, en estar activamente haciendo vigilancia en la calidad de los servicios, como en la gestión de recursos públicos destinados a la educación inicial y protección de los niños y niñas.

Se da inicio en el proceso de verificación, con las representantes encargadas en el ejercicio de hacer control y veeduría, siendo las ___10:00AM_____ en los espacios físicos CRA 51 D 27 21 ENRIQUE OLAYA HERRERA de los encuentros grupales en la prestación del servicio Educación Inicial en el hogar cumpliendo con su intencionalidad, de realizar veeduría en el componente de ambientes educativos y protectores, observando las siguientes consideraciones:

1. iluminación y ventilación (espacios físicos y emocionales donde los niños y niñas desde la gestación se desarrollan y aprenden, se encuentran adecuados, seguros, saludables) no presencia de humedad y temperatura.
2. Se identifica estrategias pedagógicas y/o mitigación para el control de plagas y contaminación dentro del grupo de atención.
3. manipulación, elementos de protección e inocuidad en entrega de refrigerios y/o RPP en el que se garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes (PRACTICAS DE BPM)
4. saneamiento: identificando instalaciones sanitarias con equipos, dispensadores de jabón en adecuado estado y debida señalización.
5. manipulación, elementos de protección e inocuidad en entrega de refrigerios y/o RPP en el que se garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes (plan de saneamiento básico)

Observaciones:

La representante de control y Veeduría acompaña el Proceso de Verificación y manifiesta que los espacios son pequeños pero los profesionales promueven pedagogía para prevención de algún riesgo y/o accidente dentro del encuentro grupal Verifico alimentos e higiene en entrega de los mismos

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo interdisciplinario	Cada mes correspondiente a verificación. (AGOSTO)
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Integrantes comité control social	Cada mes correspondiente a verificación. (AGOSTO)
ASISTENTES A LA REUNIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**	

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.

.Yuly Andrea Pedroza	**REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA**
Piedad Clavijo Ortega	**APOYO PSICOSOCIAL EIH**

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





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.





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

VERIFICACIÓN Nª: __03__			
Fecha:	**DIA** 13	**MES** **AGOSTO**	**AÑO** **2025**
Regional/Departamento: Huila	**Municipio: Neiva**		
Centro zonal: Neiva	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **41-00240-2025**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR ____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ____CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 3 __ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CASETA COMUNAL EL TRIUNFO ZONA ORIENTE.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ____MARIA FERNANDA CASTRO _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** ___3006773596_____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 3 GRUPOS: 1-2-3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Contribuir en el mejoramiento, la eficiencia, calidad, productividad y seguridad alimentaria y nutricional de los participantes, a través de las acciones de buenas prácticas de manufactura, mediante la optimización y control de los procesos de operatividad alimentaria.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y control implementación de estrategias de las buenas prácticas BPM garantizando la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes. Optimizando la higiene, inocuidad, minimizando cualquier riesgo de contaminación en alimentos.

PUBLICA

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

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		

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.

3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	X		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	X		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	X		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	X		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	X		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X		
D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X		

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.	¿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 otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	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. Durante el proceso de verificación no se presenta novedad en el proceso de la verificación.				
SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: **Durante la visita de verificación de BPM, las situaciones identificadas fueron;** - **Centrarse en el control de la inocuidad de los productos de refrigerio y RPP** - **Se identificaron las instalaciones sanitarias con equipos en moderado estado, con su dispensador de jabón, y aviso de lavado de manos.**				

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.

- **Iluminación y ventilación: se evidencio protección de focos, ventilación adecuada siendo un factor que no permite la contaminación.**
- **No presencia de plagas,**
- **No contaminación cruzada,**

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:
Continuar con el proceso de verificación y control, en los servicios de primera infancia, la madre usuaria se compromete a continuar verificando los componentes de calidad.
Continuar con la participación, receptividad y disposición de los representantes de control y veeduría, como familias y cuidadores, en pro de fortalecer con calidad la atención integral en los servicios de educación inicial en el hogar.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: _YADIRA MOJICA – VALENTINA TRILLERAS.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: _3006773596__

ACTA DE REUNIÓN N 03_

FECHA: DÍA__13_ MES___AGOSTO_____ AÑO: 2025_____ HORARIO: __2:00PM____

VERIFICACION 02: COMPONENTE AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES.
TEMA(S) DE LA REUNIÓN:
Implementación de estrategias prevención de riesgos y/o desastres.
Control condiciones salubres dentro de los espacios de Uds., optimización y seguridad en la prestación del servicio.
GRUPO DE ATENCION: _CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR3 ____
Este ejercicio de control y veeduría, garantiza que los ambientes educativos y protectores cumplan con los estándares de calidad, y en el que se promueve el bienestar integral de los niños, niñas y mujeres gestantes. Este ejercicio permite a la comunidad participante, en estar activamente haciendo vigilancia en la calidad de los servicios, como en la gestión de recursos públicos destinados a la educación inicial y protección de los niños y niñas.
Se da inicio en el proceso de verificación, con las representantes encargadas en el ejercicio de hacer control y veeduría, siendo las ___2:00PM_____ en los espacios físicos de los encuentros grupales en la prestación del servicio Educación Inicial en el hogar [CASETA COMUNAL TRIUNFO], cumpliendo con su intencionalidad, de realizar veeduría en el componente de ambientes educativos y protectores, observando las siguientes consideraciones:

1. iluminación y ventilación (espacios físicos y emocionales donde los niños y niñas desde la gestación se desarrollan y aprenden, se encuentran adecuados, seguros, saludables) no presencia de humedad y temperatura.
2. Se identifica estrategias pedagógicas y/o mitigación para el control de plagas y contaminación dentro del grupo de atención.
3. manipulación, elementos de protección e inocuidad en entrega de refrigerios y/o RPP en el que se garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes (PRACTICAS DE BPM)

PÚBLICA

4. saneamiento: identificando instalaciones sanitarias con equipos, dispensadores de jabón en adecuado estado y debida señalización,

Observaciones:

Las 2 representantes de control y Veeduría acompaña el proceso de Verificación, resultado labor ejercida por el apoyo de Profesionales. manifiesta Evidencian rutas de evacuación, Planos, Socialización, y Pedagogía para Prevención Evidencia adecuada manipulación en entrega de Refrigerios y demás

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo interdisciplinario	Cada mes correspondiente a verificación. AGOSTO
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Integrantes comité control social	Cada mes correspondiente a verificación. AGOSTO

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Yadira isabel mojica t.	**REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA**
Alex daos ortiz	**APOYO PSICOSOCIAL EIH**

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.









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

VERIFICACIÓN Nª: __03___			
Fecha:	**DIA** 13	**MES** **AGOSTO**	**AÑO** **2025**
Regional/Departamento: Huila	**Municipio: Neiva**		
Centro zonal: Neiva	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** CORPORACION MINUTO DE DIOS DE GARZON – CORMIDI		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMILIAR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** **41-00240-2025**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): _____EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR ____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ____DEJANDO HUELLAS 6 __ **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: cll 91 8 53 Alberto galindo**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ____LEIDY VANESSA CARDOZO _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** ___3112014238_____		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR EIH GA: DEJANDO HUELLAS 6 GRUPOS: 1-2-3
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Contribuir en el mejoramiento, la eficiencia, calidad, productividad y seguridad alimentaria y nutricional de los participantes, a través de las acciones de buenas prácticas de manufactura, mediante la optimización y control de los procesos de operatividad alimentaria.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación y control implementación de estrategias de las buenas prácticas BPM garantizando la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes. Optimizando la higiene, inocuidad, minimizando cualquier riesgo de contaminación en alimentos.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

PÚBLICA

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

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

	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		
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		

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

7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otros lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	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.
Durante el proceso de verificación no se presenta novedad en el proceso de la verificación.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:
Durante la visita de verificación de BPM, las situaciones identificadas fueron;

- **Centrarse en el control de la inocuidad de los productos de refrigerio y RPP**
- **Se identificaron las instalaciones sanitarias con equipos en moderado estado, con su dispensador de jabón, y aviso de lavado de manos.**
- **Iluminación y ventilación: se evidencio protección de focos, ventilación adecuada siendo un factor que no permite la contaminación.**
- **No presencia de plagas,**
- **No contaminación cruzada,**

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:
Continuar con el proceso de verificación y control, en los servicios de primera infancia, la madre usuaria se compromete a continuar verificando los componentes de calidad.
Continuar con la participación, receptividad y disposición de los representantes de control y veeduría, como familias y cuidadores, en pro de fortalecer con calidad la atención integral en los servicios de educación inicial en el hogar.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: _LEIDY YOHANA CASTRO __
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _N/A__
- Número Celular y/o fijo: _3112014238__

ACTA DE REUNIÓN N 02_

¡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.

FECHA: DÍA__13_ MES___AGOSTO _____ AÑO: 2025_____ HORARIO: __9:00am_____

VERIFICACION 02: COMPONENTE NUTRICION Y SALUD.
TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

- **CONTROL CONDICIONES SALUBRES DENTRO DE LOS ESPACIOS DE UDS, OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO. MANIPULACION DE BUENAS PRACTICAS DE BPM**

GRUPO DE ATENCION: _DEJANDO HUELLAS 6____

Este ejercicio de control y veeduría, garantiza que los ambientes educativos y protectores cumplan con los estándares de calidad, y en el que se promueve el bienestar integral de los niños, niñas y mujeres gestantes. Este ejercicio permite a la comunidad participante, en estar activamente haciendo vigilancia en la calidad de los servicios, como en la gestión de recursos públicos destinados a la educación inicial y protección de los niños y niñas.

Se da inicio en el proceso de verificación, con las representantes encargadas en el ejercicio de hacer control y veeduría, siendo las ___9:00AM_____ en los espacios físicos de los encuentros grupales en la prestación del servicio Educación Inicial en el hogar en el encuentro grupal del GA: DH6, cumpliendo con su intencionalidad, de realizar veeduría en el componente de ambientes educativos y protectores, observando las siguientes consideraciones:

1. iluminación y ventilación (espacios físicos y emocionales donde los niños y niñas desde la gestación se desarrollan y aprenden, se encuentran adecuados, seguros, saludables) no presencia de humedad y temperatura.
2. Se identifica estrategias pedagógicas y/o mitigación para el control de plagas y contaminación dentro del grupo de atención.
3. manipulación, elementos de protección e inocuidad en entrega de refrigerios y/o RPP en el que se garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de los participantes (PRACTICAS DE BPM)
4. saneamiento: identificando instalaciones sanitarias con equipos, dispensadores de jabón en adecuado estado y debida señalización,

Observaciones:

La representante de control y Veeduria, acompaño el Proceso de Verificación, y resalta. evidencio los espacios Fisicos adecuados de acuerdo a las necesidades de. los participantes.
Evidencio higiene, inocuidad en la entrega de refrigerios y alimentos.
Como también observo las Sensibilizaciones y las estrategias Pedagogicas para garantizar espacios seguros

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
repose el acta de evidencia el ejercicio de control social	Equipo interdisciplinario	Cada mes correspondiente a verificación. (AGOSTO)
Socializar los resultados de la visita con los padres de familia	Integrantes comité control social	Cada mes correspondiente a verificación. (AGOSTO)

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.

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Deidy Yohana Castro A.	**REPRESENTANTE CONTROL Y VEEDURIA**
Alba Clara Ortega	**APOYO PSICOSOCIAL EIH**





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.