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

| VERIFICACIÓN Nº: _____ | |
|---|---|
| **Fecha:** | 07 AGOSTO 2025 |
| **Regional/Departamento:** Meta | **Municipio:** Villavicencio |
| **Centro zonal:** Villavicencio | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASC. Porfia 7 |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** FAMILIAR | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000 653 2024 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** FAMI | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Rocio Almanza |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ALEJANDRIA | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 311 248 774 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CLL P #21-43 | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 14 | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | comite social UDS Alejandria |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Revisar los paquetes alimentarios que esten en condiciones para el |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | vigilar el cumplimiento de la entrega |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



Powered by CamScanner

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




Powered by CamScanner

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




Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

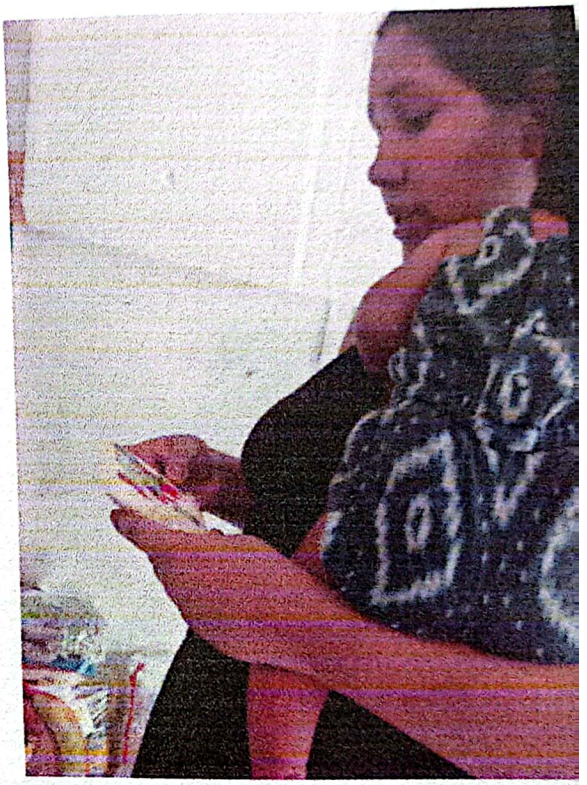
- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Casandra Ismar Rondon
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: casandraronduli@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3178618098



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

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** 0 | 05 | JUNIO | 2025 |
| **Regional/Departamento:** | **Municipio:** | | |
| **Centro zonal:** UNO Villavicencio | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Porfia 3 | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Fami | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria Alejandra Sanchez | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Amor y Esperanza | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3105691725 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** KR57 SUR 22-24 Plaza Rica | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite Amor y Esperanza |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Observar y verificar que los 15 complementos esten acordes con la minuta |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Velar por el cumplimiento y la buena atencion del servicio |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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

Powered by CamScanner

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




Powered by CamScanner

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




Powered by CamScanner

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

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

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

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

Se observan los 15 complementos, todos en buen estado y acordes con la minuta.

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

Se invita a los participantes seguir comprometidos con el programa y cumplir con los compromisos que se tengan pendientes.

**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: Viviana Jimenez




Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana:
  jessicayimenez08@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo:
  3204444306

PÚBLICA



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

Powered by CamScanner

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | |
|---|---|
| **Fecha:** | DIA 4-5 MES Agosto 2025 |
| **Regional/Departamento:** Meta | **Municipio:** Meta. |
| **Centro zonal:** CIDO | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION HOGARES PORTIA 3. |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** HCB FAMILIAR MEDIO TIEMPO | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** HCB FAMILIAR | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nidia Vasquez Rico. |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** ARCOIRIS | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3015508524. |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CRA 20A41-20 PARAISO | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15 | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | ARCOIRIS |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantiza? Que el Kit de bienvenida le llega a todas las usuarias que estan escritas en el Ram |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Que el Kit de Bienvenida esten en buen estado |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



Powered by CamScanner

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



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.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | | | |
| 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? | ✓ | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | ✓ | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | ✓ | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | ✓ | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | ✓ | | |



Powered by CamScanner

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

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

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

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

- Se hizo acompañamiento el Kit de bienvenida
- se revisa que el Kit de Bienvenida este todo completo
- se arma y se despacha la maleta de Kit de bienvenida.

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

Que tenga un buen manejo de Kit de Bienvenida, que la maleta no la vayan a vender

- Que aprendamos a manejar la maleta y lo que trae el Kit de bienvenida

**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:**

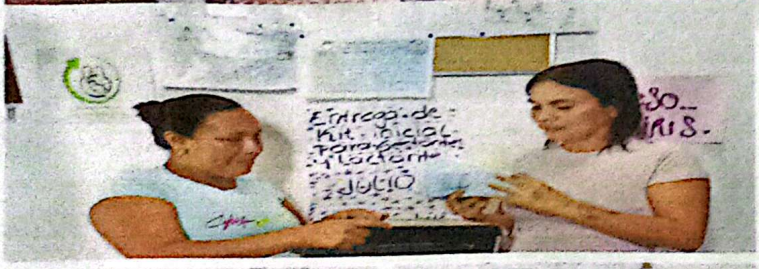
- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: María Angelica Hurtado



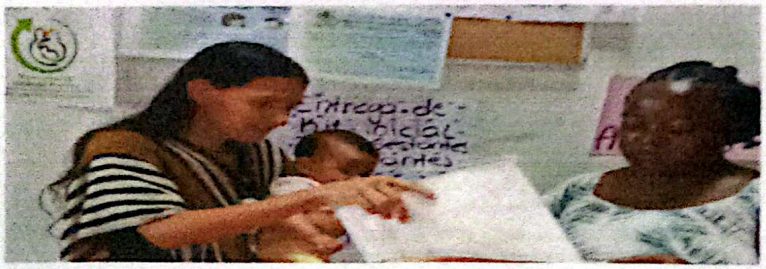
Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: María Angelica Hurtado
- Número Celular y/o fijo: 3015507197












Powered by CamScanner

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

**VERIFICACIÓN Nº: ____**

| | |
|---|---|
| **Fecha:** 6/08/2025 (DIA 06 MES 08 2025) | |
| **Regional/Departamento:** Meta | **Municipio:** Villavicencio |
| **Centro zonal:** Uno | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion Porta 3 |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50001000 652024 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** _____ | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Stella Ballen |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Alegria Espanta Luz | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 315423.4044 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cr 18 #18-93 | |

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

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Diana Carolina Diaz Gutierrez. |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Promove el buen uso de los Hogares y refugios. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Vigilar y controlar |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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




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.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | ✓ | | | |
| B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños?<br>****Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | ✓ | | | |
| A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | ✓ | | | |
| B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | ✓ | | | |
| C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | ✓ | | | |
| D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | ✓ | | | |
| E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | ✓ | | | |
| F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | ✓ | | | |




Powered by CamScanner

| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
|---|---|---|---|
| A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | X | | |
| D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | X | | |
| E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |

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

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

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

**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:_____




Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Diana Carolina Diaz
- Número Celular y/o fijo: 323 490.834

PÚBLICA



Powered by CamScanner







...ROPORCIONADOS SERÁN ... Cualquier copia impresa de ... documento... piense en el ...

Powered by CamScanner

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 05 | 08 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** META | **Municipio:** Villavicencio | | |
| **Centro zonal:** VILLAVICENCIO UNO | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION DE HCB PORFIA TRES. | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** FAMI BIENVENIR | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000668/024. | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** HCB Fami Bienvenir | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Betty Velasquez Morales | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** cll 17 Sur # 10-27 Villamelida "Carta Feliz" | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3114636978 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** ____ | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** ____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** ____ | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | comite de vigilancia y control de lazos carta Feliz |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Verificar y comprobar que todos los EPP esten completos y en buen estado. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | realizar la Inspección y verificación de la minuta del mes de Agosto. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



Powered by CamScanner

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



Powered by CamScanner

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



Powered by CamScanner

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

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

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

Se llevo a cabo la respectiva revisión de los RPP, donde se pudo observar que los complementos se encuentran completos y en buen estado de acorde a la minuta patrón y con fecha de vencimiento vigente, la UDS se encuentra bien aseada, todo esta en orden

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Mileidy Jimenez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Mileidy17jimenez@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3213370307



Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6

*"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 6-2025*

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICA CONTROL SOCIAL





**AGENTE EDUCATIVO:** LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES

**UDS:** CARITA FELIZ

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

Powered by CamScanner

| VERIFICACIÓN Nº: 7 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 5 | 08 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Meta | **Municipio:** Villavicencio | | |
| **Centro zonal:** UNO | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3 | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Fami | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Medio Tiempo<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Casita Feliz.<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Mz 24 Cs 2 Topacio | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Dayana Pedraza<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3223609750 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Comite de Control Social y Vigilancia. |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Cumplir con todos los Compromisos pactados en el Manual de Convivencia. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Velar por nuestros niños y niñas y mamitas gestante. para asi poderles brindar una muy buena atencion. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



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

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



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

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



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

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

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

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

Se observa que en la Unidad de Servicio hace falta material para nuestras mamitas gestantes y bebes como lo son sillas y Colchonetticas.

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

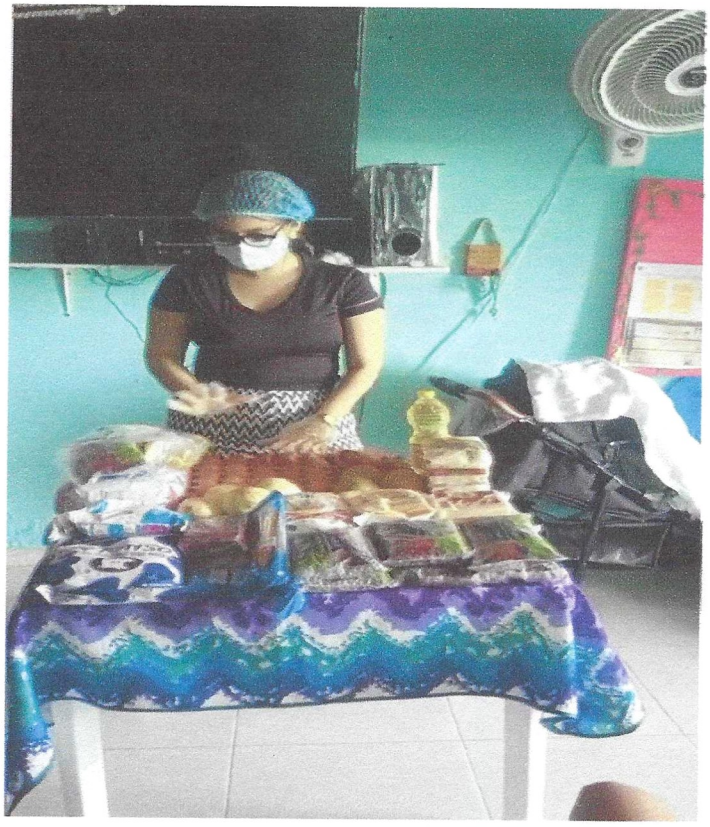
Organizar a las familias de la mejor manera posible. Para asi poderle brindar un muy buen Servicio

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Laura Daniela Vega Peña
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Du8693530@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3147879607.



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.







Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Telefono: 3123641307

Email. asopadresporfiatres@gmail.com

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

**VERIFICACIÓN Nº: ____**

| | |
|---|---|
| **Fecha:** Agosto 6 /2025 | 6 Agosto 2025 |
| **Regional/Departamento:** Meta | **Municipio:** Vicerio |
| **Centro zonal:** #1 | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Hogares Comunitarios Porfia3 |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Familiar | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024 |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Fambienestar | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Haner Mateus Roldan |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Creciendo Feliz | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3128634173 |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Clle 39A 6c. 53 Manantial | |

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

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Creciendo Feliz |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Estar al pendiente de todo el funcionamiento del programa Fami, los Recursos o los Alimentos que se brindan en el hogar. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Observar y Verificar que todo lo que se les brinda a los usuarios este en optimas condiciones y Excelente Calidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



Powered by CamScanner

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




Powered by CamScanner

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

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

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

No hay observaciones

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

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

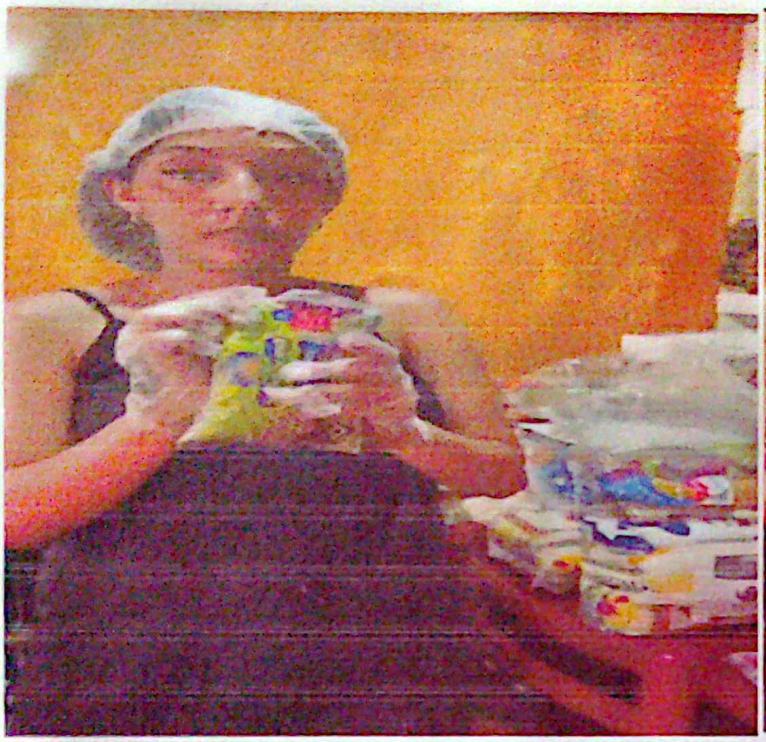
**Datos de contacto del comité de control social o de la veeduría ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:**

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

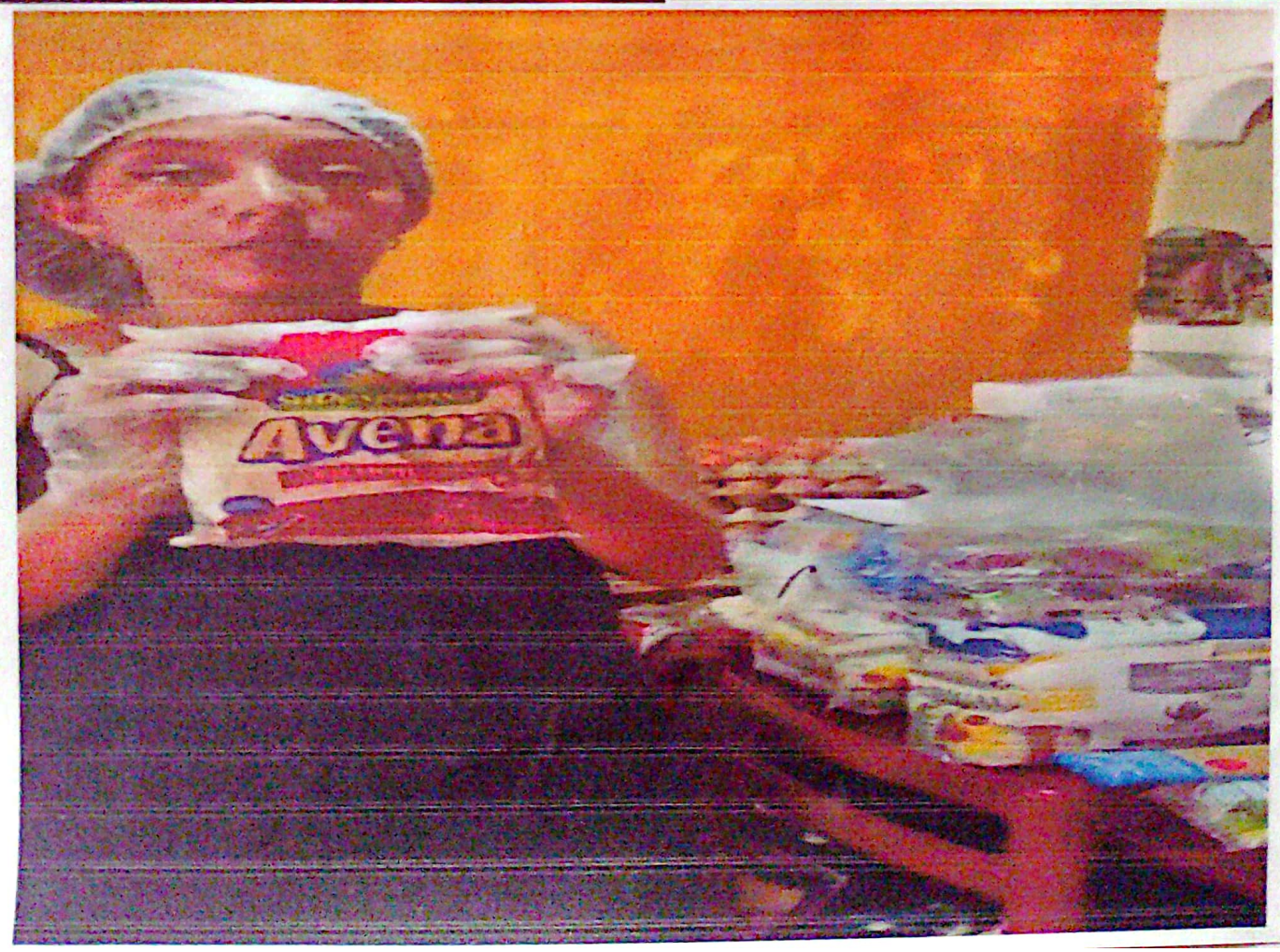


Powered by CamScanner

EVIDENCIAS CONTROL SOCIAL MES DE AGOSTO 2025








Powered by CamScanner

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 05 AGOSTO 2025 | |
| **Regional/Departamento:** META | **Municipio:** VILLAVICENCIO | |
| **Centro zonal:** UNO | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION HCB PORTIA, J | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** FAMILIAR | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** FAMI<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** DEJANDO HUELLAS<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CALLE 37 C # 41 - 53 SAN JOSE. | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ADRIANA CRISTINA TAPIERO M.<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3103242583 | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____ | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana:** | YESSENIA CAROLINA TELLES ROJAS<br>UDS - DEJANDO HUELLAS. |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | • Verificar con los integrantes del comite los servicios prestados, y que se realicen los dias correspondientes |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | • Verificar que todo se este haciendo en el orden y de acuerdo a la minuta |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

- Todo se encuentra en perfecto estado y completos sin ninguna novedad.

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

- Que las mamitas asistan muy cumplidamente y puntualmente en los encuentros, para obsenar el comite de control social.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yeseria Carolina Tellez Rojas
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: yex1096@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3223921243



Powered by CamScanner