COMPONENTE FAMILIA COMUNIDADES Y REDES

PROCESOS DE FORMACION A FAMILIAS

FECHA:	(4,5,6,8 y11)- de agosto del 2025.	**UCA/COMUNIDAD:**	Managua 1, Managua- 2, Guapando, Puerto Pervel, Tarido- 1, Tarido- 2 y Campo Bonito.
N° ACTA:	7		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Proceso de formación a familias.		
TEMAS TRATADOS:	Convivencia y autorregulación.		
OBJETIVO:	Orientar a los padres de familias y o cuidadores sobre la importancia que tiene tener una sana convivencia y autorregulación en el núcleo familiar ya que les permitirá convivir con respeto y esto permitirá que haya un buen entendimiento entre los miembros de la familiar lo cual permitirá formar de una mejor manera a sus niños y niñas.		
ORDEN DEL DIA:	• Saludo • Desarrollo de la temática (convivencia y autorregulación.) • Compromisos • Cierre		

DESARROLLO DE LA REUNION

Siendo las 2:pm de los días 4,5,6,8 y 11 de agosto del presente año 2025, se llevó a cabo, un espacio de reunión con los padres de familia y o cuidadores de los niños y niñas de la modalidad propia e intercultural, con servicio de educación inicial- propia Intercultural. En las comunidades de Managua-1, Managua-2, Guapando, Puerto Pervel, Tarido-1, Tarido-2 y Campo Bonito.

Este espacio de reunión dio inicio con un amoroso saludo de bienvenida por parte de la psicosocial, donde se evidencio que los participantes estaban felices y dispuestos en el espacio. Es importante mencionar que después del saludo, se realizó la oración, la cual fue dirigida por una madre de familia.

Por otro lado, se realizó una actividad rompe hielo, llamada la gallina ciega, la cual consistió en que se le vendaban los ojos a un padre de familia se le daba unas vueltas y luego tenía que capturar a los demás participantes guiándose con el sonido de sus voces. Esta actividad permitió que los usuarios se conocieran entre sí y además permitió armonizar el espacio.

Acto seguido, seda comienzo a la capacitación, por medio de carteleras alusivas a la temática a socializar. Primeramente, se les pregunto a los asistentes **¿Qué entendían por convivencia y autorregulación?**

Luego, de escuchar cada una de sus respuestas la psicosocial comienza dándoles una definición de lo que es la convivencia empezando por deciles que **la convivencia** es el acto de vivir en compañía de otras personas, interactuando con respeto, compartiendo y gestionando los conflictos de forma constructiva. Este término puede referirse a diversas formas de relación social, desde la coexistencia pacífica hasta la gestión de la vida en común en un entorno, y tiene diferentes interpretaciones según el contexto, como la convivencia histórica en la Península Ibérica o la convivialidad crítica con el consumismo.

Concepto general de convivencia
Vivir en compañía:

La convivencia implica la presencia y la interacción con otros individuos o grupos.

Pluralidad de personas:
Necesita una pluralidad de individuos que interactúan y comparten.

Interacción social:
Es fundamental para el desarrollo mental y físico del individuo, así como para su equilibrio personal y social.

Gestión de conflictos:
Los conflictos son inevitables en la convivencia, pero se convierten en un impulso para el cambio y el mejoramiento de las relaciones.
Interpretaciones y usos del término.

Convivencia social:
Se refiere a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio.

Convivencia escolar:
Es un ámbito donde se aprende a relacionarse, a respetar las ideas ajenas y a expresarse en libertad.

Convivialidad (y decrecimiento):

Esta interpretación, introducida por Ivan Illich, se enfoca en la capacidad de interactuar de forma autónoma y creativa con el entorno, contrastando con la productividad industrial. Ha sido adoptada por movimientos académicos y sociales, como una idea central en la teoría del decrecimiento.
Diferencias con términos relacionados

Coexistencia:
Es una relación mínima y pasiva, mientras que la convivencia implica una interacción activa y empática.

Civismo:
A menudo se entiende como la imposición de normas desde "arriba hacia abajo", mientras que la convivencia se percibe más como un proceso de "abajo hacia arriba", de resolución de conflictos entre los mismos vecinos.

¿Cuál es la importancia de la convivencia?

La convivencia es importante porque fomenta valores como el respeto, la tolerancia y la empatía, permitiendo la creación de ambientes seguros, pacíficos y colaborativos en diversos entornos como la familia, la escuela y la sociedad en general. Una buena convivencia fortalece las relaciones sociales, promueve el bienestar personal y colectivo, y facilita el aprendizaje y el desarrollo integral de las personas, incluyendo habilidades para resolver conflictos de manera pacífica.

Beneficios de una buena convivencia
Desarrollo de valores:

Ayuda a adquirir y fortalecer valores fundamentales como el respeto, la solidaridad, la colaboración y la igualdad.

Mejora la salud y el bienestar:
Contribuye al bienestar personal y emocional, generando redes de apoyo y reduciendo la soledad.

Fortalece las relaciones:
Permite crear lazos fuertes y vínculos duraderos en la familia y la comunidad.

Promueve un entorno seguro:
Crea ambientes de confianza, seguridad y cooperación, lo que es fundamental para el desarrollo social y económico.

Favorece el aprendizaje:
En el ámbito escolar, promueve climas positivos que son esenciales para un proceso de enseñanza-aprendizaje adecuado y el desarrollo de habilidades sociales.

Fomenta la paz y el progreso:
Al resolver conflictos de forma pacífica y fomentar la cooperación, se construyen sociedades más armoniosas y se facilita el progreso socioeconómico.
Cómo promover la buena convivencia

Fomentar el respeto y la comprensión:
Es clave crear ambientes de respeto mutuo, tolerancia y escucha activa.

Comunicación efectiva:
Animar a la conversación y al diálogo para expresar y acordar posturas, especialmente frente a las diferencias.

Resolución pacífica de conflictos:
Desarrollar la habilidad de resolver desacuerdos mediante el diálogo y la búsqueda de soluciones consensuadas.

Práctica de valores:
Inculcar valores como la empatía, la amabilidad y la solidaridad desde el hogar y la escuela.

Involucrarse en actividades compartidas:
Realizar actividades en familia, como comer juntos, cocinar o compartir anécdotas, fortalece los lazos.

¿cómo se lograr una buena convivencia?

Para lograr una buena convivencia, es fundamental fomentar el respeto, la comunicación abierta, la empatía y la resolución pacífica de conflictos, tanto en el ámbito familiar como en el social. Es importante reconocer las diferencias individuales y aceptar a los demás tal como son, buscando espacios de diálogo y entendimiento mutuo.

En el ámbito familiar:
Comunicación efectiva:
Crear espacios para conversar, compartir experiencias y expresar sentimientos de manera abierta y honesta.

Respeto mutuo:
Valorar las opiniones y necesidades de cada miembro de la familia, evitando críticas o juicios negativos.

Acuerdo de normas:
Establecer reglas claras y justas para la convivencia, promoviendo la participación de todos en su elaboración.

Actividades compartidas:
Realizar actividades recreativas y momentos de encuentro que fortalezcan los lazos familiares.

Resolución pacífica de conflictos:
Enseñar a los niños y jóvenes a resolver desacuerdos de manera dialogada y sin violencia.

En el ámbito social:
Empatía:
Ponerse en el lugar del otro para comprender sus sentimientos y necesidades.

Escucha activa:
Prestar atención a lo que los demás tienen que decir, valorando sus perspectivas.

Tolerancia a las diferencias:
Aceptar que existen diversas opiniones, creencias y formas de ser, evitando prejuicios y discriminación.

Cooperación:
Trabajar juntos para alcanzar objetivos comunes, fomentando la solidaridad y el apoyo mutuo.

Cuidado del entorno:
Contribuir al bienestar de la comunidad, respetando las normas y cuidando el medio ambiente.

Sentido del humor:
Utilizar el humor como herramienta para reducir tensiones y crear un ambiente más ligero y positivo.

En general:

Autoconocimiento:
Conocerse a uno mismo, identificar fortalezas y debilidades, y trabajar en el propio crecimiento personal.

Confianza:
Crear un ambiente de confianza donde las personas se sientan seguras para expresar sus opiniones y emociones.

Asertividad:
Comunicar de manera clara y respetuosa las propias necesidades y expectativas, sin agresividad ni sumisión.

Resolución de conflictos:
Aprender a identificar y abordar los conflictos de manera constructiva, buscando soluciones que satisfagan a todas las partes.

¿Cuáles son los 7 principios de la convivencia?

se destacan como valores fundamentales para la convivencia: el respeto, la responsabilidad, la corresponsabilidad social, la honestidad, la solidaridad, la generosidad, la participación, la comunicación y el diálogo.

Por Consiguiente, también se les dio una definición de lo que es **la autorregulación** empezando por decirles que la autorregulación es la capacidad de gestionar pensamientos, emociones y comportamientos para alcanzar objetivos personales, adaptándose a las demandas del entorno. Implica no solo controlar impulsos, sino también mantener el equilibrio emocional, mejorar relaciones, aumentar la productividad y tomar decisiones acertadas. Se trata de un proceso cíclico que, a través de la reflexión y la práctica de técnicas como la respiración profunda o la auto instrucción, permite un mejor manejo del estrés y una mayor resiliencia.
Componentes clave de la autorregulación

Pensamientos autogenerados: La capacidad de dirigir el pensamiento para lograr metas.

Emociones controladas: La habilidad de manejar y modular las respuestas emocionales, como calmarse en momentos de enojo.

Acciones planificadas: La capacidad de dirigir el comportamiento hacia la consecución de objetivos, resistiendo impulsos.

¿Por qué es importante la autorregulación?
Calidad de vida:
Mejora el bienestar emocional al facilitar el manejo del estrés y la resiliencia.

Relaciones interpersonales:
Contribuye a relaciones más saludables al evitar reacciones impulsivas.

Desarrollo personal y profesional:
Permite adaptarse a diversas situaciones, enfocarse en objetivos y ser más productivo.

Toma de decisiones:
Facilita una evaluación más racional de las opciones, evitando decisiones apresuradas.
Ejemplos de técnicas de autorregulación
Técnicas de relajación:
Respirar profundamente o escuchar música relajante para calmarse.

Conversación interna:

Usar auto instrucciones para guiarse (¿cuál es el siguiente paso?) o darse auto refuerzos.

Conciencia del cuerpo:
Prestar atención a las señales físicas (latidos del corazón) para reconocer cuando las emociones aumentan.

Entrenamiento en observación:
Observar y aprender de otros modelos de comportamiento para imitar conductas adecuadas.

Gestión de la atención:
Dirigir el foco de atención para evaluar la situación de una manera más productiva.

Final mente, se dio participación a los padres nuevamente para que expresaran como les había parecido el tema, muchos de los asistentes manifestaron que les había resultado interesante porque les permite adquirir nuevos conocimientos que les permitirá desarrollar mejor su rol como padres y lograran cuidar mejor de sus niños y niñas.

Como actividad de cierre. Se realizaron algunas preguntas relacionadas con el tema, para evidenciar si estos habían comprendido realmente la temática. Habiendo cumplido con la dinámica del encuentro seda por terminado el proceso de formación, siendo las 5:pm.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Se recomienda, a los sistemas familiares, fortalecer más la convivencia en sus hogares e implementar la autorregulación ya que les permitirá preparar a nuestros niños y niñas para controlar sus emociones en diferentes aspectos de la vida y afrontar con una mejor actitud las dificultades que se les presente en las diferentes etapas de la vida.

ACUERDOS O COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
-Los padres de familias se comprometen a fortalecer la convivencia con los niños y niñas en el núcleo familiar. - Los padres se comprometieron a realizar cada uno de los factores que les permita implementar la autorregulación en el núcleo familiar.	Madres padres de familia.	Durante la vigencia del contrato.

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Convivencia y autorregulación.	**Nombre de la actividad**: Convivencia y autorregulación.
Fecha: 4 de agosto del 2025.	**Fecha:4 de agosto** del 2025.
Lugar: Managua-1	**Lugar: Managua-2**
	
Nombre de la actividad: Convivencia y autorregulación.	**Nombre de la actividad**: Convivencia y autorregulación.
Fecha: 5 de agosto del 2025	**Fecha: 6 de** agosto del 2025.
Lugar: Guapando.	**Lugar: Puerto Pervel.**

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Convivencia y autorregulación.	**Nombre de la actividad**: Convivencia y autorregulación.
Fecha: 8 de agosto del 2025.	**Fecha: 8 de agosto** del 2025.
Lugar: Tarido-1	**Lugar: Tarido-2**
	
Nombre de la actividad: Convivencia y autorregulación.	**Nombre de la actividad**: Convivencia y autorregulación.
Fecha: 11 de agosto del 2025	**Fecha: 11 de** agosto del 2025.
Lugar: Campo Bonito.	**Lugar: Campo Bonito.**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

FECHA: 4-08-2025 LUGAR(UCA): _____MANAGUA 1_____ LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YURLEYDI PALACIOS MOSQUERA	CC	1078857284	YURLEYDI PALACIOS MOSQUERA	Yurleydi palacios
2	YULIE PATRICIA SALCEDO MINOTA	CC	1192725610	YULIE PATRICIA SALCEDO MINOTA	Yulie Salcedo
3	WISNELIO MECHA MECHA	RC	1078859384	MARIA LUISA MECHA HIERRITO	
4	LEINER DAHIAN MOSQUERA PINO	RC	1078859374	NANCY JUDITH PINO ARRIAGA	nancy Pino
5	LIZ AHINARA RENTERIA MOSQUERA	RC	1078859363	NELLY MOSQUERA	nelly mosquero
6	MARIA ALEXIA MORENO PALACIOS	RC	1078859354	ALEXANDRA PAHOLA MORENO PALACIOS	Alexandra M
7	BIRLEYMA SABUGARA ROJAS	RC	1078859359	MECELINA ROJAS FORASTERO	
8	OLINA IERRITO ISARAMA	RC	1133649257	MERCEDES ISARAMA SABUGARA	
9	SAIRY DAVIANNY MENA CORDOBA	RC	1078859331	SIRLY JOHANA CORDOBA QUINTO	Sirly Cordoba
10	JOSE MANUEL ISABARE BAILARIN	RC	1078859310	DANIELA BAILARIN ISARAMA	
11	SAMANTA MOSQUERA MOSQUERA	RC	1129047065	MARLEYDIS MOSQUERA ZUÑIGA	Marleydis Mosquera
12	JEIDER YESID MOSQUERA PALACIOS	RC	1078859292	MARLEN JOHANA MOSQUERA PALACIOS	Marlen mosquera
13	MIGUEL ANGEL PINEDA MORENO	RC	1078859242	NATALIA MORENO MANYOMA	Natalia Moreno
14	KEINER DAVID MOSQUERA RIVAS	RC	1078859151	YADIRA RIVAS URRUTIA	Yadira Rivas
15	ANDRY GISELA HURTADO MORENO	RC	1078859123	YURI MORENO RIVAS	Yuri Moreno Rivas
16	DAYERLIN PAOLA MURILLO HURTADO	RC	1076825002	ANA YAMERLIN HURTADO MOSQUERA	Ana hurtado
17	JANNY SARITH MURILLO PALACIOS	RC	1078858983	RAQUEL MURILLO PALACIOS	Raquel murillo
18	ESTHER DAYANA PALACIOS MENA	RC	1078859394	GENICIS DARIANA MENA CHAVERRA	Genicis mena
19	HEYDI YORLEY CORDOBA MENA	RC	1078859058	FLOR LEYDIS MENA MORENO	Flor mena
20	LIONEL UNDAGAMA MECHA	RC	1078859021	MARIA LINA MECHA CAISAMO	

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro X Proceso de Formación a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 4-08-2025 LUGAR(UCA): _____ MANAGUA 2 _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	SARA MOSQUERA CORDOBA	CC	1078856549	SARA MOSQUERA CORDOBA	Sara Mosquera
2	LAURA YUSNEISY MENA GARCIA	CC	1096196563	LAURA YUSNEISY MENA GARCIA	laura mena
3	KAREN MARCELA HURTADO COPETE	CC	1078856216	KAREN MARCELA HURTADO COPETE	marcela H
4	YIRLENY PALACIOS PALACIOS	CC	1004038972	YIRLENY PALACIOS PALACIOS	Yirleny Palacios P
5	MAIREN WILENNY PARRA MARTINEZ	RC	1078859395	MAIRA ALEJANDRA MARTINEZ RENGIFO	Maira Martinez
6	ARIANY SARAY MOSQUERA PALACIOS	RC	1078475498	DIANY YULIETH PALACIOS MENA	Diany Palacios
7	BEIMAR SABUGARA MANPIA	RC	1078859383	FABIOLA MANPIA LANA	
8	JHON DAVID PALACIOS MOSQUERA	RC	1078859365	ROSA YARLINA PALACIOS MOSQUERA	Rosa Palacios
9	LIANNY DAIHARA MENA MOSQUERA	RC	1078859340	YIRLEY MOSQUERA MORENO	yirley mosquera
10	WILMAR ALEXANDER ASPRILLA RENGIFO	RC	1078859322	MARIA DEL CARMEN RENGIFO MORENO	maria Rengifo
11	LUIS FELIPE ISARAMA BICHIBI	RC	1040526241	FELIX ISARAMA MECHA	
12	OMAR KENAI CORDOBA VALENCIA	RC	1078859304	KAREN VANESSA VALENCIA ASPRILLA	VANESSA V.A
13	ARLE DAHEL GONZALEZ RIVAS	RC	1078859311	ESTER YULIETH GONZALEZ RIVAS	Ester Gonzalez
14	ASLAN YOJAIDER MENA CORDOBA	RC	1078859296	YOHAIDY TATIANA CORDOBA MORENO	Tatiana Cordoba
15	YERLIN RENGIFO ASPRILLA	RC	1076390435	ANA SOIDETH ASPRILLA MOSQUERA	ana Soideth a
16	DEISON JOSUE QUINTO MOSQUERA	RC	1129046917	ANYI LICET QUINTO MOSQUERA	ANYI QUINTO
17	HEILYN DAVIHARA ORTIZ PALACIOS	RC	1077488503	GLORIA STELA PALACIOS MORENO	Gloria Palacios
18	KEICI YAZURI PALACIOS MOSQUERA	RC	1078859187	YESSICA PALACIOS MOSQUERA	yessica P
19	GERONIMO MATURANA MOSQUERA	RC	1018276367	ETIS MILENA MOSQUERA DELGADO	Etis M. D
20	JERONIMO RAMIREZ ASPRILLA	RC	1011520255	ANA SOIDETH ASPRILLA MOSQUERA	ana Soideth a

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )
Otro (X) Proceso de formación a familias.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 5-08-2025 LUGAR(UCA): GUAPANDO RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANTHONY ANDRES MOSQUERA COSSIO	RC	1076339043	KELIS YOJANA COSSIO BERMUDEZ	Kelis Yojana Cossio
2	LYAM YAIR HINESTROZA NEGRETE	RC	1129046971	MARIA JOSE NEGRETE ALDANA	Maria Negrete
3	JOSWAR MORENO HINESTROZA	RC	1129047057	MARIA YANIRA HINESTROZA MOSQUERA	maria Yanira
4	IKER ANDRE CORDOBA SALDARRIAGA	RC	1078859373	YULI ANDREA CORDOBA SALDARRIAGA	Yuli Andrea C.
5	MARCUS ISSAC VELEZ GONZALES	RC	1078859307	VANESSA GONZALES MOSQUERA	vanessa
6	EIDER GHAEL HINESTROZA MURILLO	RC	1131045788	EIDY YARITZA HINESTROZA MURILLO	Yaritza hinestroza
7	ZOE ALEJANDRA RENTERIA CORTEZ	RC	1078103840	ZHARITH PAOLA CORTES VARGAS	Zharith cortes
8	HAILY DAYANA RENGIFO MORENO	RC	1078859330	KAREN LORENA MORENO RAMIREZ	Karen Moreno
9	LUCIANNI HINESTROZA RAMIREZ	RC	1078859313	LEINES RAMIREZ HURTADO	Leines Ramirez
10	SAMAIRA HINESTROZA URRUTIA	RC	1078859320	KATHERIN DAYANA URRUTIA MURILLO	Katerin Dayana Urruta
11	DIANA CORTES VERGAS	RC	1251108274	ZHARITH PAOLA CORTES VARGAS	Zharith cortes
12	ERIK SANTIAGO PALACIOS HINESTROZA	RC	1078859066	SAMIRA HINESTROZA MOSQUERA	Samira hinestroza
13	LUCIANA HINESTROZA RAMIREZ	RC	1078859037	LEINES RAMIREZ HURTADO	Leines Ramirez
14	ADRIAN MOSQUERA HINESTROZA	RC	1078859362	EIDY YARITZA HINESTROZA MURILLO	Yaritza hinestroza
15	ARLYN SOFIA HINESTROZA LOZANO	RC	1078859097	SIRLEYZA LOZANO RAMIREZ	sirleyza lozano
16	EMILY ALEXANDRA MURILLO RAMIREZ	RC	1078859306	KELLY JOHANA MURILLO RAMIREZ	Kelly Murillo
17	KEYNER MOSQUERA MURILLO	RC	1131045872	KELLY JOHANA MURILLO RAMIREZ	Kelly Murillo
18	LLISNESA TUNAY CHAMORRO	RC	1078859199	RIQUETA CHAMORRO UNDAGAMA	
19	GENESIS SCARLETTE ANDRADES MORENO	RC	1078859232	YOHALYN ANDRADES MORENO	Yohalyn moreno
20	KILIAN DAVID PALACIOS CORDOBA	RC	1078859239	SANDRA PAOLA PALACIOS CORDOBA	Sandra Palacios

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formación a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 6-08-2025 LUGAR(UCA): PUERTO PERVEL RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	EDADES
1	MAXIMILIANO SOTO CAETAGENA	RC	1076339975	YEINI DANIELA CARTAGENA RESTREPO	Yeini Daniela
2	JESUS DAVID HINESTROZA PINEDA	RC	1129046956	NAYIBE PINEDA BARROS	Nayibe
3	SARA SOFIA MOSQUERA MOSQUERA	RC	1129047031	INGRID YURANY MOSQUERA MOSQUERA	Ingrid Mosquera
4	SKARLETT SOTO CARTAGENA	RC	1076338834	YEINI DANIELA CARTAGENA RESTREPO	Yeini Daniela
5	FREILIN ZOE PALACIOS PALACIOS	RC	1076825080	YOHANY MURILLO MOSQUERA	Yohany
6	LUISA FERNANDA MOSQUERA ROMAÑA	CC	1078856715	LUISA FERNANDA MOSQUERA ROMAÑA	Luisa
7	KEILER ANDRES PALACIOS MENA	RC	1129366959	YURANNI MENA PALACIOS	Yuranny
8	JASLIN TAMARA MARTINES VALLEJO	RC	1129046925	ENCY LORENA VALLEJO ROMAÑA	ENCY
9	DELANNY NAHIARA MURRAY RAMIREZ	RC	1078859321	ROSA CRUZ RAMIREZ PALACIOS	rosa
10	LISS ISABELLA HINESTROZA MOSQUERA	RC	1131045912	MARISOL MURILLO MOSQUERA	Marisol
11	NOAH ANDRES PALACIOS REYES	RC	1078859385	JOANNYS GREGORIA REYES CASTILLO	JOANNYS
12	JATNIEL OBED SERNA MOSQUERA	RC	1078859334	ANA MILENA MOSQUERA MOSQUERA	anca
13	MARIA FERNANDA SIERRA ESTRADA	TI	1108950310	MARIA FERNANDASIERRA ESTRDA	Maria
14	LISSMAN YULIETH MURRAY CORDOBA	RC	1078859190	KAROLINA CORDOBA PALACIOS	Karolina
15	DILAN JOSE ESPINOZA	PEP	11252722	ANA MARIA ESPINOZA NARANJO	Ana
16					
17					
18					
19					
20					

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formacion a familias.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 8-08-2025 LUGAR(UCA): _____ TARIDO 1 _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	EIDER JOSE PALACIOS MURILLO	RC	1078859043	LAURA MARCELA MURILLO PALACIOS	Laura
2	JOSE LUIS PALACIOS MORENO	RC	1077486554	LEIDY YOHANA MORENO PALACIOS	Leidy M
3	RONNY MARTINEZ ARAGON	RC	1078859052	ANA DOLORES ARAGON QUINTO	ana aragon
4	ANDY PALACIOS PALACIOS	RC	1078859001	MAIRA PALACIOS PACHECO	Maira Palacios
5	MARTHA GISSELY ANDRADES MOSQUERA	RC	1078859011	MARICELA MOSQUERA MOSQUERA	Maricela M
6	JULIANA MECHA CAIZAMO	RC	1078858999	SANDRA CAIZAMO	
7	CRISTIAN JHOEL MOSQUERA RAMIREZ	RC	1078858973	KAREN YULIRTH RAMIREZ GARCIA	Karen R.
8	KEINY LUCIA PALACIOS RENTERIA	RC	1023659507	KENNY ROSSANA PALACIOS RENTERIA	Kenny Palacios
9	YENIFER CAIZAMO	RC	1078859372	SANDRA CAIZAMO	
10	JANIER TUNAY FORASTERO	RC	1078859080	DUMARI TUNAY FORASTERO	
11	ELIAM PALACIOS TELLO	RC	1013383719	KATHERINE TELLO PALACIOS	Katherine
12	MARIA CAMILA RENTERIA MARTINEZ	RC	1078103628	MIRELLI MARTINEZ RENTERIA	Mirelli
13	MICHEL MECHA VICHIVI	RC	1078859023	ARIELA VICHIVI CHAMORRO	
14	ELVER TELLO PALACIOS	RC	1017283941	RUBY MARCELA PALACIOS PINO	Ruby P.
15	ZAIDY LORENA CORDOBA PALACIOS	RC	1078858966	CLARITZA PALACIOS PEÑALOZA	Claritza
16	WILBER SMITH CORDOBA PALACIOS	RC	1078859024	ANA MILENA PALACIOS MARMOLEJO	Ana Palacios M
17	LEONOR FORASTERO VICHIVI	CC	1004039037	LEONOR FORASTERO VICHIVI	
18	SORAIDA ISARAMA FORASTERO	RC	1078859076	SORAIDA ISARAMA FORASTERO	
19	JUAN DAVID ISARAMA ROJAS	RC	1078859074	MARLENIS ROJAS	
20	YILFRAN YESSI MATEO CORDOBA GARCIA	RC	1032035106	ROSA OLIVA LANGO	Rosa Lango

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro X Proceso de formación a familias.

Operador contratista
FUNDOCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 8-08-2025 LUGAR(UCA): _____ TARIDO_2 _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANGEL GABRIEL RENTERIA MANYOMA	RC	1129046922	MARIA ANGELA MANYOMA LOPEZ	MARIA
2	DUMARY TUNAY FORASTERO	CC	1003943675	DUMARY TUNAY FORASTERO	
3	JOSUD DAVID MORENO MOSQUERA	RC	1076389415	VIVIANA MOSQUERA RIVAS	Viviana M.
4	LUIS MARTIN ISARAMA FORASTERO	RC	1078859326	CARMELINA FORASTERO FORASTERO	
5	VALERIN JULIETH MORENO TELLO	RC	1078859228	YESICA PALACIOS MOSQUERA	Yesica Palacios
6	HARLINSONA YAIR MORENO PALACIOS	RC	1079102677	ESTER YULIATH GONZALES RIVAS	Ester G.
7	JULIA CAIZAMO	RC	1078859236	SANDRA CAIZAMO	
8	LLONI FORASTERO FORASTERO	RC	1078859319	DUMARI TUNAY FORASRTERO	
9	JHONAT CORDOBA PALACIOS	RC	1078859219	CLARITZA PALACIOS PEÑALOZA	Claritza
10	CALVIN FORASTERO TUNAY	RC	1078859250	FLORISELDA TUNAY CHAMORRO	
11	JANIER ANDRES PALACIOS CORDOBA	RC	1078859130	YANETH PALACIOS CORDOBA	Yaneth Palacios
12	YOSUARY URRUTIA PALACIOS	RC	1078859101	ISLEY PALACIOS ARAGON	Isley
13	IAM ANDRES ANDRADES MOSQUERA	RC	1078859154	DANIELA MOSQUERA PALACIOS	Daniela Mosquera
14	ISMAEL TELLO RENTERIA	RC	1129047002	ADRIANA LICIA RENTERIA MORENO	ADRIANA
15	YURLENI ISARAMA CAIZAMO	RC	1078859120	YAJAIRA CAIZAMO	
16	DANAI MOSQUERA LOPERA	RC	1078101599	IVETH MARIA LOPERA CORDOBA	Iveth Lopera
17	LIAN MATEO ANDRADES MARTINES	RC	1078859379	MIRELLI MARTINEZ RENTERIA	MIRELLI
18	THIAGO ESTEBAN RENTERIA PALACIOS	RC	1129046928	CLARIBETH PALACIOS CORDOBA	claribeth P. C.
19	EMILI GABRIELA RENTERIA MANYOMA	RC	1078859324	MARIA ANGELA MANYOMA LOPEZ	MARIA
20	ROSA YADIRIS MARTINEZ HURTADO	CC	1004038929	DANIELA MOSQUERA PALACIOS	Daniela Mosquera

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicjonales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formacion a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-08-2025 LUGAR (UCA): CAMPO BONITO RESPONSABLE: Sirley Murillo M.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANGEL GABRIEL BAILARIN ISARAMA	RC	1078858980	ELIDA ISARAMA MECHA	
2	ESTELA SABUGARA MANPIA	RC	1078858969	AURELIANO SABUGARA MECHA	
3	MILARI ISARAMA SABUGARA	RC	1078859277	LUIS ALVARO ISARAMA ROJAS	
4	JARLINTON HACHITO MECHA	RC	1078859347	ANA PATRICIA MECHA HIERRITO	
5	CRISTINO ISARAMA LANA	RC	1078859135	MARIA ISABEL LANA NANPIA	
6	DIHERMO HIERRITO ISARAMA	RC	1078859168	MERCEDES ISARAMA SABUGARA	
7	DILMER SABUGARA FORASTERO	RC	1078859019	MARCELINA FORASTERO ISARAMA	
8	YORLINA HACHITO MECHA	RC	1078859348	ANA PATRICIA MECHA HIERRITO	
9	YURILIS CAIZAMO SAUGARA	RC	1078859278	MERCEDES ISARA SABUGARA	
10	WILLIN SABUGARA NANPIA	RC	1078859215	DANIELA BAILARIN ISARAMA	
11	EDUAR MECHA MECHA	RC	1078859305	ESPERANZA MECHA HIERRITO	
12	JUNIOR CAIZAMO SABUGARA	RC	1129046914	MARLENIS SABUHARA BIRRY	
13	OSTAVIO ISARAMA GABUGARA	RC	1078859055	MARIALINA MECHA CAIZAMO	
14	LUIS EDUARDO SABUGARA CEREZO	RC	1078859282	NENA CEREZO DUMAZA	
15	LUIS ENRIQUE BAILARIN ISARAMA	RC	1078859167	ELIDA ISARAMA MECHA	
16	LUZ MARELBY SABUGARA ROJAS	RC	1078859119	MARCELINA ROJAS FORASTERO	
17	MARCELA ISARAMA ISARAMA	RC	1078859169	LIBERTINA ISARAMA SABUGARA	
18	YILIBER SABUGARA CAISAMO	RC	1133649259	LIGORIA CAISAMO ISARAMA	
19	MARISOL SABUGARA CAIZAMO	RC	1078859211	MARIA DIONOR CAIZAMO ISABARE	
20	WISLIVINTON MECHA MECHA MECHA	RC	1078859042	FABIOLA MANPIA LANA	

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las prácticas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )
Otro (X) Proceso de formación a familias.

ENCUENTROS COMUNITARIOS

FECHA:	(12,13,14,15, y19)-de agosto del 2025.	**UCA/COMUNIDAD:**	Managua – 1, Managua – 2, Guapando, Puerto Pervel, Taridó - 1, Taridó – 2 y Campo Bonito.
N° ACTA:	**7**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Encuentro comunitario		
TEMAS TRATADOS:	La identidad cultural en la primera infancia.		
OBJETIVO:	Orientar a los padres de familias y o cuidadores sobre la importancia de enseñarle a nuestros niños y niñas todo lo relacionado con la identidad cultural en la primera infancia, ya que les permitirá desarrollar su sentido de pertenencia hacia su cultura y costumbres.		
ORDEN DEL DIA:	• Saludo • Desarrollo de la temática (La identidad cultural en la primera infancia.) • Compromisos • Cierre		

DESARROLLO DE LA REUNION

Siendo las 2:pm de los días 12,13,14,15 y 19 de agosto del 2025, se llevó a cabo, un espacio de reunión con los padres de familia y o cuidadores de los niños y niñas de la modalidad propia e intercultural, con servicio de educación inicial- propia Intercultural. En las comunidades de Managua - 1, Managua - 2 Guapando, Puerto Pervel, Taridó – 1, Taridó – 2 y Campo Bonito.

Este espacio de reunión. dio inicio con un amoroso saludo de bienvenida por parte de la psicosocial, donde se evidencio que los participantes estaban felices y dispuestos en el espacio. Es importante mencionar que después del saludo, se realizó la oración, la cual fue dirigida por una madre de familia.

Por otro lado, se realizó una actividad rompe hielo, llamada no me han visto, no me han conocido, la cual consistió en que a través del presente coro: No me han visto, no me han conocido, mi nombre: Todos los participantes debían mencionar su nombre y apellido. Esta actividad permitió que los usuarios se conocieran entre si y además permitió armonizar el espacio.

Acto seguido, seda comienzo a la capacitación, por medio de carteleras alusivas a la temática a socializar. Primeramente, se les pregunto a los asistentes **¿Qué entendian por identidad cultural en la primera infancia?**

Luego, de escuchar cada una de sus respuestas la psicosocial comienza dándoles una definición de lo que es **la identidad cultural de la primera infancia** empezando por decirles que La identidad cultural en la primera infancia es el proceso a través del cual los niños y niñas desarrollan un sentido de pertenencia a un grupo social y a su cultura, lo cual es crucial para su autoestima y desarrollo integral. Se construye a través de las interacciones familiares y comunitarias, el aprendizaje de valores y tradiciones propias, y el reconocimiento de la diversidad cultural. Fomentar esta identidad se logra mediante la enseñanza de la lengua materna, la literatura infantil, la música, el arte y la participación en actividades culturales, lo que no solo fortalece el vínculo con las raíces, sino que también promueve el respeto por la diversidad en el mundo.

Importancia de la identidad cultural en la infancia
Sentido de pertenencia y orgullo:

Ayuda a los niños y niñas a sentirse parte de una comunidad y a estar orgullosos de sus orígenes.

Desarrollo de valores y creencias:
Inculca los valores y creencias que moldean la personalidad y el comportamiento desde una edad temprana.

Fortalecimiento del vínculo familiar y comunitario:
Fortalece las relaciones afectivas y de apego con la familia y la comunidad.

Fomenta el respeto por la diversidad:
Al comprender y valorar su propia cultura, los niños pueden entender y respetar mejor las diferencias de otros grupos culturales.

Cómo se construye la identidad cultural en la primera infancia
Interacciones familiares y comunitarias:
La familia y la comunidad son los primeros y más influyentes entornos donde se aprenden las costumbres y tradiciones culturales.

Aprendizaje a través de la observación y la imitación:
Los niños aprenden observando e imitando las acciones y el comportamiento de los adultos y otros miembros de su entorno.

Lenguaje y tradiciones orales:
La adquisición del lenguaje materno y la escucha de mitos y leyendas son fundamentales para internalizar la cultura.

Experiencias sensoriales y motrices:
El juego, la manipulación de objetos y la participación en actividades artísticas (dibujar, pintar) son formas de exploración cultural.
Estrategias para fomentar la identidad cultural

Usar la literatura infantil:
Libros y cuentos que reflejen la cultura y las tradiciones propias pueden ser una herramienta educativa y divertida para los niños.

Involucrar la música y el arte:
Exponer a los niños a la música tradicional y fomentar la expresión artística a través del dibujo, la pintura y la creación de historias promueve el reconocimiento de su cultura.

Participación en eventos culturales:
Involucrar a los niños en festivales y celebraciones culturales les permite vivir y experimentar su cultura de forma directa.

Explorar objetos significativos:
Hablar sobre objetos personales, su procedencia y el vínculo afectivo que se crea con ellos ayuda a construir historias y a valorar su herencia cultural.

Promover la diversidad en el aula y el hogar:
Utilizar recursos como fotografías y carteles que muestren la diversidad cultural puede ayudar a los niños a entender que existen diferentes formas de vida y a sentirse identificados.

¿Cuáles son los 3 tipos de identidad cultural?

Los tres tipos principales de identidad cultural son la endógena, la exógena y la intercultural, los cuales describen cómo una cultura se desarrolla y relaciona con otras, ya sea fortaleciendo sus características internas, adoptando elementos externos, o fomentando una interacción y mezcla entre diferentes culturas.

1. Identidad Cultural Endógena:

Se refiere a la identidad que se construye desde adentro, fortaleciendo las tradiciones, costumbres, valores y la historia propia de una cultura, sin una gran influencia de elementos externos.

Características: Es una identidad que se preserva y se basa en lo que la comunidad considera propio, transmitiendo un sentido de pertenencia y continuidad a lo largo del tiempo.

2. Identidad Cultural Exógena:
Implica la asimilación o adopción de elementos de otras culturas, lo que lleva a la modificación y adaptación de la propia identidad cultural.

Características: Se manifiesta cuando una cultura incorpora pautas, lenguajes, o comportamientos de una cultura externa, a menudo debido al contacto o la influencia de esta.

3. Identidad Cultural Intercultural:
Es un tipo de identidad que surge de la interacción, el diálogo y el enriquecimiento mutuo entre diferentes culturas.

Características: En lugar de la imposición o el aislamiento, la identidad intercultural busca la colaboración y el intercambio, creando una nueva identidad que integra elementos de varias culturas de forma equitativa.

Final mente, se dio participación a los padres nuevamente para que expresaran como les habia parecido el tema, muchos de los asistentes manifestaron que les había resultado interesante porque tratar estos temas les permitía ampliar sus conocimientos lo cual ayudaba a mejorar la manera en que estaban criando y educando a sus niños y niñas.

Como actividad de cierre. Se realizaron algunas preguntas relacionadas con el tema, para evidenciar si estos habían comprendido realmente la temática.
Habiendo cumplido con la dinámica del encuentro seda por terminado el proceso de formación, siendo las 5:pm.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Se recomienda, a los sistemas familiares, establecer diálogos de manera constante con sus niños y niñas sobre la identidad cultural en la primera infancia, ya que permitirá que desarrollar desde una edad temprana su sentido de pertenencia por sus culturas.

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
-Los padres de familias se comprometen hablar sobre la identidad cultural en sus respectivos hogares.	Madres padres de familia.	Durante la vigencia del contrato.

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: La identidad cultural en la primera infancia.	**Nombre de la actividad**: La identidad cultural en la primera infancia.
Fecha: 12 de agosto del 2025.	**Fecha: 12** de agosto del 2025.
Lugar: Managua – 1.	**Lugar:** Managua – 2.
	
Nombre de la actividad: La identidad cultural en la primera infancia.	**Nombre de la actividad**: La identidad cultural en la primera infancia.
Fecha:13 de agosto del 2025.	**Fecha:** 14 de agosto del 2025.
Lugar: Guapando.	**Lugar:** Puerto Pervel.

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: La identidad cultural en la primera infancia.	**Nombre de la actividad**: La identidad cultural en la primera infancia.
Fecha: 15 de agosto del 2025.	**Fecha:** de agosto del 2025.
Lugar: Taridó - 1	**Lugar:** 15 Taridó - 2
	
Nombre de la actividad: La identidad cultural en la primera infancia.	**Nombre de la actividad**: La identidad cultural en la primera infancia.
Fecha: 19 de agosto del 2025.	**Fecha:** 19 de agosto del 2025.
Lugar: Campo Bonito	**Lugar:** Campo Bonito

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 12-08-2025 LUGAR(UCA): _____MANAGUA 1_____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YURLEYDI PALACIOS MOSQUERA	CC	1078857284	YURLEYDI PALACIOS MOSQUERA	Yurleydi palacios
2	YULIE PATRICIA SALCEDO MINOTA	CC	1192725610	YULIE PATRICIA SALCEDO MINOTA	Yulie Minota
3	WISNELIO MECHA MECHA	RC	1078859384	MARIA LUISA MECHA HIERRITO	
4	LEINER DAHIAN MOSQUERA PINO	RC	1078859374	NANCY JUDITH PINO ARRIAGA	nancy Pino
5	LIZ AHINARA RENTERIA MOSQUERA	RC	1078859363	NELLY MOSQUERA	nelly mosquera
6	MARIA ALEXIA MORENO PALACIOS	RC	1078859354	ALEXANDRA PAHOLA MORENO PALACIOS	Alexandra M
7	BIRLEYMA SABUGARA ROJAS	RC	1078859359	MECELINA ROJAS FORASTERO	
8	OLINA IERRITO ISARAMA	RC	1133649257	MERCEDES ISARAMA SABUGARA	
9	SAIRY DAVIANNY MENA CORDOBA	RC	1078859331	SIRLY JOHANA CORDOBA QUINTO	Sirly Cordoba
10	JOSE MANUEL ISABARE BAILARIN	RC	1078859310	DANIELA BAILARIN ISARAMA	
11	SAMANTA MOSQUERA MOSQUERA	RC	1129047065	MARLEYDIS MOSQUERA ZUÑIGA	Marleydis Mosquera
12	JEIDER YESID MOSQUERA PALACIOS	RC	1078859292	MARLEN JOHANA MOSQUERA PALACIOS	Marlen mosquera
13	MIGUEL ANGEL PINEDA MORENO	RC	1078859242	NATALIA MORENO MANYOMA	Natalia Moreno
14	KEINER DAVID MOSQUERA RIVAS	RC	1078859151	YADIRA RIVAS URRUTIA	Yadira Rivas
15	ANDRY GISELA HURTADO MORENO	RC	1078859123	YURI MORENO RIVAS	Yuri Moreno Rivas
16	DAYERLIN PAOLA MURILLO HURTADO	RC	1078825002	ANA YAMERLIN HURTADO MOSQUERA	Ana hurtado
17	JANNY SARITH MURILLO PALACIOS	RC	1078858983	RAQUEL MURILLO PALACIOS	Raquel murillo
18	ESTHER DAYANA PALACIOS MENA	RC	1078859394	GENICIS DARIANA MENA CHAVERRA	Genicis mena
19	HEYDI YORLEY CORDOBA M ENA	RC	1078859058	FLOR LEYDIS MENA MORENO	Flor mena
20	LIONEL UNDAGAMA MECHA	RC	1078859021	MARIA LINA MECHA CAISAMO	

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 12-08-2025 LUGAR(UCA): _____ MANAGUA 2 _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	SARA MOSQUERA CORDOBA	CC	1078856549	SARA MOSQUERA CORDOBA	Sara mosquera
2	LAURA YUSNEISY MENA GARCIA	CC	1096196563	LAURA YUSNEISY MENA GARCIA	laura mena
3	KAREN MARCELA HURTADO COPETE	CC	1078856216	KAREN MARCELA HURTADO COPETE	Marcela H
4	YIRLENY PALACIOS PALACIOS	CC	1004038972	YIRLENY PALACIOS PALACIOS	Yirleny Palacios P
5	MAIREN WILENNY PARRA MARTINEZ	RC	1078859395	MAIRA ALEJANDRA MARTINEZ RENGIFO	Maira Martinez
6	ARIANY SARAY MOSQUERA PALACIOS	RC	1078475498	DIANY YULIETH PALACIOS MENA	Diany Palacios
7	BEIMAR SABUGARA MANPIA	RC	1078859383	FABIOLA MANPIA LANA	
8	JHON DAVID PALACIOS MOSQUERA	RC	1078859365	ROSA YARLINA PALACIOS MOSQUERA	Rosa Palacios
9	LIANNY DAIHARA MENA MOSQUERA	RC	1078859340	YIRLEY MOSQUERA MORENO	yirley mosquera
10	WILMAR ALEXANDER ASPRILLA RENGIFO	RC	1078859322	MARIA DEL CARMEN RENGIFO MORENO	maria Rengifo
11	LUIS FELIPE ISARAMA BICHIBI	RC	1040526241	FELIX ISARAMA MECHA	
12	OMAR KENAI CORDOBA VALENCIA	RC	1078859304	KAREN VANESSA VALENCIA ASPRILLA	VANESSA V.A
13	ARLE DAHEL GONZALEZ RIVAS	RC	1078859311	ESTER YULIETH GONZALEZ RIVAS	Ester Gonzalez
14	ASLAN YOJAIDER MENA CORDOBA	RC	1078859296	YOHAIDY TATIANA CORDOBA MORENO	Tatiana Cordoba
15	YERLIN RENGIFO ASPRILLA	RC	1076390435	ANA SOIDETH ASPRILLA MOSQUERA	ana Soideth a
16	DEISON JOSUE QUINTO MOSQUERA	RC	1129046917	ANYI LICET QUINTO MOSQUERA	ANYI QUINTO
17	HEILYN DAVIHARA ORTIZ PALACIOS	RC	1077488503	GLORIA STELA PALACIOS MORENO	gloria Palacios
18	KEICI YAZURI PALACIOS MOSQUERA	RC	1078859187	YESSICA PALACIOS MOSQUERA	yessica P
19	GERONIMO MATURANA MOSQUERA	RC	1018276367	ETIS MILENA MOSQUERA DELGADO	ETIS M. D
20	JERONIMO RAMIREZ ASPRILLA	RC	1011520255	ANA SOIDETH ASPRILLA MOSQUERA	ana Soideth a

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-08-2025 LUGAR(UCA): GUAPANDO RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANTHONY ANDRES MOSQUERA COSSIO	RC	1076339043	KELIS YOJANA COSSIO BERMUDEZ	Kelis Yojana Cossio
2	LYAM YAIR HINESTROZA NEGRETE	RC	1129046971	MARIA JOSE NEGRETE ALDANA	Maria negrete
3	JOSWAR MORENO HINESTROZA	RC	1129047057	MARIA YANIRA HINESTROZA MOSQUERA	Maria Yanira
4	IKER ANDRE CORDOBA SALDARRIAGA	RC	1078859373	YULI ANDREA CORDOBA SALDARRIAGA	Yuli Andrea C
5	MARCUS ISSAC VELEZ GONZALES	RC	1078859307	VANESSA GONZALES MOSQUERA	Vanessa
6	EIDER GHAEL HINESTROZA MURILLO	RC	1131045788	EIDY YARITZA HINESTROZA MURILLO	Yaritza hinestroza
7	ZOE ALEJANDRA RENTERIA CORTEZ	RC	1078103840	ZHARITH PAOLA CORTES VARGAS	Zharith cortes
8	HAILY DAYANA RENGIFO MORENO	RC	1078859330	KAREN LORENA MORENO RAMIREZ	Karen Moreno
9	LUCIANNI HINESTROZA RAMIREZ	RC	1078859313	LEINES RAMIREZ HURTADO	Leines Ramirez
10	SAMAIRA HINESTROZA URRUTIA	RC	1078859320	KATHERIN DAYANA URRUTIA MURILLO	Katerin Dayana Urrutia
11	DIANA CORTES VERGAS	RC	1251108274	ZHARITH PAOLA CORTES VARGAS	Zharith cortes
12	ERIK SANTIAGO PALACIOS HINESTROZA	RC	1078859066	SAMIRA HINESTROZA MOSQUERA	Samira hinestroza
13	LUCIANA HINESTROZA RAMIREZ	RC	1078859037	LEINES RAMIREZ HURTADO	Leines Ramirez
14	ADRIAN MOSQUERA HINESTROZA	RC	1078859362	EIDY YARITZA HINESTROZA MURILLO	Yaritza hinestroza
15	ARLYN SOFIA HINESTROZA LOZANO	RC	1078859097	SIRLEYZA LOZANO RAMIREZ	Sirleyza Lozano
16	EMILY ALEXANDRA MURILLO RAMIREZ	RC	1078859306	KELLY JOHANA MURILLO RAMIREZ	Kelly Murillo
17	KEYNER MOSQUERA MURILLO	RC	1131045872	KELLY JOHANA MURILLO RAMIREZ	Kelly Murillo
18	LLISNESA TUNAY CHAMORRO	RC	1078859199	RIQUETA CHAMORRO UNDAGAMA	
19	GENESIS SCARLETTE ANDRADES MORENO	RC	1078859232	YOHALYN ANDRADES MORENO	Yohalyn moreno
20	KILIAN DAVID PALACIOS CORDOBA	RC	1078859239	SANDRA PAOLA PALACIOS CORDOBA	Sandra palacios

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-08-2025 LUGAR(UCA): PUERTO PERVEL RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	EDADES
1	MAXIMILIANO SOTO CAETAGENA	RC	1076339975	YEINI DANIELA CARTAGENA RESTREPO	Yeini Daniela
2	JESUS DAVID HINESTROZA PINEDA	RC	1129046956	NAYIBE PINEDA BARROS	Nayibe
3	SARA SOFIA MOSQUERA MOSQUERA	RC	1129047031	INGRID YURANY MOSQUERA MOSQUERA	Ingrid Mosquera
4	SKARLETT SOTO CARTAGENA	RC	1076338834	YEINI DANIELA CARTAGENA RESTREPO	Yeini Daniela
5	FREILIN ZOE PALACIOS PALACIOS	RC	1076825080	YOHANY MURILLO MOSQUERA	Yohany
6	LUISA FERNANDA MOSQUERA ROMAÑA	CC	1078856715	LUISA FERNANDA MOSQUERA ROMAÑA	Luisa
7	KEILER ANDRES PALACIOS MENA	RC	1129366959	YURANNI MENA PALACIOS	Yuranny
8	JASLIN TAMARA MARTINES VALLEJO	RC	1129046925	ENCY LORENA VALLEJO ROMAÑA	ENCY
9	DELANNY NAHIARA MURRAY RAMIREZ	RC	1078859321	ROSA CRUZ RAMIREZ PALACIOS	rosa
10	LISS ISABELLA HINESTROZA MOSQUERA	RC	1131045912	MARISOL MURILLO MOSQUERA	Marisol
11	NOAH ANDRES PALACIOS REYES	RC	1078859385	JOANNYS GREGORIA REYES CASTILLO	JOANNYS
12	JATNIEL OBED SERNA MOSQUERA	RC	1078859334	ANA MILENA MOSQUERA MOSQUERA	ana
13	MARIA FERNANDA SIERRA ESTRADA	TI	1108950310	MARIA FERNANDASIERRA ESTRDA	maria
14	LISSMAN YULIETH MURRAY CORDOBA	RC	1078859190	KAROLINA CORDOBA PALACIOS	Karolina
15	DILAN JOSE ESPINOZA	PEP	11252722	ANA MARIA ESPINOZA NARANJO	Ana
16					
17					
18					
19					
20					

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-08-2025 LUGAR(UCA): _____ TARIDO _1_____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	EIDER JOSE PALACIOS MURILLO	RC	1078859043	LAURA MARCELA MURILLO PALACIOS	Laura
2	JOSE LUIS PALACIOS MORENO	RC	1077486554	LEIDY YOHANA MORENO PALACIOS	Leidy M
3	RONNY MARTINEZ ARAGON	RC	1078859052	ANA DOLORES ARAGON QUINTO	ana aragon
4	ANDY PALACIOS PALACIOS	RC	1078859001	MAIRA PALACIOS PACHECO	Maira Palacios
5	MARTHA GISSELY ANDRADES MOSQUERA	RC	1078859011	MARICELA MOSQUERA MOSQUERA	maricela m
6	JULIANA MECHA CAIZAMO	RC	1078858999	SANDRA CAIZAMO	
7	CRISTIAN JHOEL MOSQURA RAMIREZ	RC	1078858973	KAREN YULIRTH RAMIREZ GARCIA	Karen R.
8	KEINY LUCIA PALACIOS RENTERIA	RC	1023659507	KENNY ROSSANA PALACIOS RENTERIA	Kenny palacios
9	YENIFER CAIZAMO	RC	1078859372	SANDRA CAIZAMO	
10	JANIER TUNAY FORASTERO	RC	1078859080	DUMARI TUNAY FORASTERO	
11	ELIAM PALACIOS TELLO	RC	1013383719	KATHERINE TELLO PALACIOS	Katherine
12	MARIA CAMILA RENTERIA MARTINEZ	RC	1078103628	MIRELLI MARTINEZ RENTERIA	Mirelli
13	MICHEL MECHA VICHIVI	RC	1078859023	ARIELA VICHIVI CHAMORRO	
14	ELVER TELLO PALACIOS	RC	1017283941	RUBY MARCELA PALACIOS PINO	Ruby P.
15	ZAIDY LORENA CORDOBA PALACIOS	RC	1078858966	CLARITZA PALACIOS PEÑALOZA	claritza
16	WILBER SMITH CORDOBA PALACIOS	RC	1078859024	ANA MILENA PALACIOS MARMOLEJO	Ana Palacios m
17	LEONOR FORASTERO VICHIVI	CC	1004039037	LEONOR FORASTERO VICHIVI	
18	SORAIDA ISARAMA FORASTERO	RC	1078859076	SORAIDA ISARAMA FORASTERO	
19	JUAN DAVID ISARAMA ROJAS	RC	1078859074	MARLENIS ROJAS	
20	YILFRAN YESSI MATEO CORDOBA GARCIA	RC	1032035106	ROSA OLIVA LANGO	Rosa Lango

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-08-2025 LUGAR(UCA): _____ TARIDO_2_____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANGEL GABRIEL RENTERIA MANYOMA	RC	1129046922	MARIA ANGELA MANYOMA LOPEZ	MARIA
2	DUMARY TUNAY FORASTERO	CC	1003943675	DUMARY TUNAY FORASTERO	
3	JOSUD DAVID MORENO MOSQUERA	RC	1076389415	VIVIANA MOSQUERA RIVAS	Viviana M.
4	LUIS MARTIN ISARAMA FORASTERO	RC	1078859326	CARMELINA FORASTERO FORASTERO	
5	VALERIN JULIETH MORENO TELLO	RC	1078859228	YESICA PALACIOS MOSQUERA	Yesica Palacios
6	HARLINSONA YAIR MORENO PALACIOS	RC	1079102677	ESTER YULIATH GONZALES RIVAS	ester g.
7	JULIA CAIZAMO	RC	1078859236	SANDRA CAIZAMO	
8	LLONI FORASTERO FORASTERO	RC	1078859319	DUMARI TUNAY FORASRTERO	
9	JHONAT CORDOBA PALACIOS	RC	1078859219	CLARITZA PALACIOS PEÑALOZA	Claritza
10	CALVIN FORASTERO TUNAY	RC	1078859250	FLORISELDA TUNAY CHAMORRO	
11	JANIER ANDRES PALACIOS CORDOBA	RC	1078859130	YANETH PALACIOS CORDOBA	Yaneth Palacios
12	YOSUARY URRUTIA PALACIOS	RC	1078859101	ISLEY PALACIOS ARAGON	Daniela mosquera
13	IAM ANDRES ANDRADES MOSQUERA	RC	1078859154	DANIELA MOSQUERA PALACIOS	Isley
14	ISMAEL TELLO RENTERIA	RC	1129047002	ADRIANA LICIA RENTERIA MORENO	ADRIANA
15	YURLENI ISARAMA CAIZAMO	RC	1078859120	YAJAIRA CAIZAMO	
16	DANAI MOSQUERA LOPERA	RC	1078101599	IVETH MARIA LOPERA CORDOBA	Iveth Lopera
17	LIAN MATEO ANDRADES MARTINES	RC	1078859379	MIRELLI MARTINEZ RENTERIA	MIRELLI
18	THIAGO ESTEBAN RENTERIA PALACIOS	RC	1129046928	CLARIBETH PALACIOS CORDOBA	claribeth P. C.
19	EMILI GABRIELA RENTERIA MANYOMA	RC	1078859324	MARIA ANGELA MANYOMA LOPEZ	MARIA
20	ROSA YADIRIS MARTINEZ HURTADO	CC	1004038929	DANIELA MOSQUERA PALACIOS	Daniela mosquera

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro ( ) _____

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 19-08-2025 LUGAR (UCA): CAMPO BONITO RESPONSABLE: Sirley Murillo M.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANGEL GABRIEL BAILARIN ISARAMA	RC	1078858980	ELIDA ISARAMA MECHA	
2	ESTELA SABUGARA MANPIA	RC	1078858969	AURELIANO SABUGARA MECHA	
3	MILARI ISARAMA SABUGARA	RC	1078859277	LUIS ALVARO ISARAMA ROJAS	
4	JARLINTON HACHITO MECHA	RC	1078859347	ANA PATRICIA MECHA HIERRITO	
5	CRISTINO ISARAMA LANA	RC	1078859135	MARIA ISABEL LANA NANPIA	
6	DIHERMO HIERRITO ISARAMA	RC	1078859168	MERCEDES ISARAMA SABUGARA	
7	DILMER SABUGARA FORASTERO	RC	1078859019	MARCELINA FORASTERO ISARAMA	
8	YORLINA HACHITO MECHA	RC	1078859348	ANA PATRICIA MECHA HIERRITO	
9	YURILIS CAIZAMO SAUGARA	RC	1078859278	MERCEDES ISARA SABUGARA	
10	WILLIN SABUGARA NANPIA	RC	1078859215	DANIELA BAILARIN ISARAMA	
11	EDUAR MECHA MECHA	RC	1078859305	ESPERANZA MECHA HIERRITO	
12	JUNIOR CAIZAMO SABUGARA	RC	1129046914	MARLENIS SABUHARA BIRRY	
13	OSTAVIO ISARAMA GABUGARA	RC	1078859055	MARIALINA MECHA CAIZAMO	
14	LUIS EDUARDO SABUGARA CEREZO	RC	1078859282	NENA CEREZO DUMAZA	
15	LUIS ENRIQUE BAILARIN ISARAMA	RC	1078859167	ELIDA ISARAMA MECHA	
16	LUZ MARELBY SABUGARA ROJAS	RC	1078859119	MARCELINA ROJAS FORASTERO	
17	MARCELA ISARAMA ISARAMA	RC	1078859169	LIBERTINA ISARAMA SABUGARA	
18	YILIBER SABUGARA CAISAMO	RC	1133649259	LIGORIA CAISAMO ISARAMA	
19	MARISOL SABUGARA CAIZAMO	RC	1078859211	MARIA DIONOR CAIZAMO ISABARE	
20	WISLIVINTON MECHA MECHA MECHA	RC	1078859042	FABIOLA MANPIA LANA	

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las prácticas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario (X) -Encuentro con mujeres gestantes ( )
Otro ( ) _____.

PROCESOS DE FORMACION A FAMILIAS

FECHA:	(4,5,6,8 y11)- de agostos del 2025.	**UCA/COMUNIDAD:**	Managua -1, Managua- 2, Guapando, Puerto Pervel, Tarido-1, Tarido-2 y Campo Bonito.
N° ACTA:	**8**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Proceso de formación a las familias.		
TEMAS TRATADOS:	Mitos que justifican la violencia de genero.		
OBJETIVO:	Orientar a los padres de familias y o cuidadores sobre aquellos mitos que justifican la violencia de género y la importancia de combatirlos ya que así lograremos empoderar a las personas para que puedan combatir este flagelo que tristemente aqueja a muchas personas en nuestra sociedad.		
ORDEN DEL DIA:	• Saludo • Desarrollo de la temática (Mitos que justifican la violencia de género.) • Compromisos • Cierre		

DESARROLLO DE LA REUNION

Siendo las 2:pm de los dias 4,5,6,8 y 11 de agosto del presente año 2025, se llevó a cabo, un espacio de reunión con los padres de familia y o cuidadores de los niños y niñas de la modalidad propia e intercultural, con servicio de educación inicial- propia Intercultural. En las comunidades de Managua -1, Managua-2, Guapando, Puerto Pervel Tarido-1, Tarido-2 y Campo Bonito.

Este espacio de reunión dio inicio con un amoroso saludo de bienvenida por parte de la psicosocial, donde se evidencio que los participantes estaban felices y dispuestos en el espacio. Es importante mencionar que después del saludo, se realizó la oración, la cual fue dirigida por una madre de familia.

Por otro lado, se realizó una actividad rompe hielo, conociendo nuestra cultura y tradiciones, la cual consistió en que se escogía una persona al azar con los ojos cerrados y luego se le preguntaban que actividades tenían como costumbre realizar en su territorio. Esta actividad permitió que los usuarios se conocieran entre sí y hablaran de aquellas cosas que permitían unir más a sus comunidades y además permitió armonizar el espacio.
Acto seguido, seda comienzo a la capacitación, por medio de carteleras alusivas a la temática a socializar. Primeramente, se les pregunto a los asistentes **¿qué entendían**

por violencia de genero? Y ¿Cual creian que eran los mitos que justificaban la violencia de genero?

Luego, de escuchar cada una de sus respuestas la psicosocial comienza dándoles una breve definición de lo que es **la violencia de genero** empezando por deciles que la violencia de género es cualquier acto que cause daño físico, psicológico, sexual o económico a una persona debido a su género, perpetuado por relaciones de poder asimétricas y estereotipos sociales. Se manifiesta en diversas formas, incluyendo violencia física, psicológica, sexual, económica y el feminicidio. Sus causas radican en la desigualdad y subordinación histórica de las mujeres, y sus efectos son devastadores, pudiendo causar la muerte de la víctima.

Tipos de violencia de género

Violencia Física:

Agresiones que causan daño corporal, como golpes, empujones, o lesiones con objetos.

Violencia Psicológica:

Acciones que dañan la salud mental de la persona, como insultos, amenazas, humillaciones, manipulación y coerción.

Violencia Sexual:

Cualquier acto de índole sexual que se realiza sin el consentimiento de la persona, como el abuso sexual o el acoso sexual.

Violencia Económica y Patrimonial:

Control sobre los bienes, ingresos y recursos de una persona para someterla o controlarla.

Feminicidio:

La forma más extrema de violencia de género, donde una persona muere por el hecho de ser mujer.

Ejemplos de otras formas de violencia de género

Violencia de pareja:

Agresiones que ocurren dentro de una relación afectiva, y se ejerce con el objetivo de control y dominación.

Matrimonio Infantil y Uniones Tempranas:

Matrimonios o uniones en los que uno o ambos cónyuges son menores de 18 años, violando sus derechos humanos.

Mutilación Genital Femenina (MGF):

Una práctica dañina que no tiene beneficios para la salud y se basa en creencias sobre el género y la sexualidad de las mujeres.

Consecuencias

Las repercusiones de la violencia de género son graves y pueden ser permanentes, incluyendo problemas de salud física y mental.

Puede provocar la muerte de la víctima o dejar secuelas psicológicas y físicas a largo plazo.

¿Qué hacer si eres víctima?

Puedes buscar información y solicitar atención en salud y justicia.

Existen rutas y organizaciones que ofrecen atención y protección para víctimas de violencia de género.

¿Qué son los mitos de género?

Estas ideas, en realidad, son estereotipos de género, es decir, "una opinión o un prejuicio generalizado acerca de atributos o características que hombres y mujeres poseen, o deberían poseer, o de las funciones sociales que ambos desempeñan, o deberían desempeñar".

¿Cuáles son los mitos de la violencia de género?

Mito 1: "A veces, por las malas, hay que enseñarle a la mujer quién manda en la casa"

Mito 2: "Si tu novio o esposo cela y te controla es porque te quiere"

Mito 3: "La violencia es un problema de pareja y nadie debe intervenir"

Muchos de estos mitos las personas lo mirar como algo normal por lo tanto no se dan cuenta que son señal de alerta frente a posibles casos de violencia de genero es por ello que tristemente muchas veces algunas personas no sedan de cuenta que están siendo victimas de este fájelo por lo tanto no acuden ante las autoridades competentes en busca de ayuda.

Frente a otros mitos reina la indiferencia social y la falta de empatía tristemente las personas que conforman hoy en día nuestra sociedad se esta dejando llevar por los prejuicios y el temor lo cual da como resultado un silencio que ha permitido que muchas vidas se apaguen la violencia de género es un mal que debemos combatir y para ello debemos trabajar en la erradicación de aquellos mitos que dan paso a que se siga fomentado.

Para culminar se dio participación a los padres nueva mente para que dijeran como les habia parecido el tema muchos de los asistentes manifestaron que les habia resultado interesante porque muchas veces se cometen errores por falta de conocimientos y que hablar de temas asi les ayudaba adquirir nuevos conocimientos y espejar algunas dudas que tenían., que siempre es bueno aprender algo nuevo que les ayude a desempeñar su papel como padres y los ayude a mejorar cada como personas.

Habiendo cumplido con la dinámica del encuentro seda por terminado el proceso de formación, siendo las 5:pm.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Se recomienda, a los sistemas familiares, establecer diálogos de manera constante con sus niños y niñas sobre los temas expuestos, que eviten cual quier acto o tipo de violencia en sus respectivos núcleos familiares.

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
-Los padres de familias se comprometen hablar sobre Las temáticas tratadas en sus respetivos hogares.	Madres padres de familia.	Durante la vigencia del contrato.

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Mitos que justifican la violencia de genero.	**Nombre de la actividad**: Mitos que justifican la violencia de genero.
Fecha: 4 de agosto del 2025.	**Fecha:** 4 de agosto del 2025.
Lugar: Managua-1	**Lugar:** Managua-2
	
Nombre de la actividad: Mitos que justifican la violencia de genero.	**Nombre de la actividad**: Mitos que justifican la violencia de genero.
Fecha: 5 de agosto del 2025.	**Fecha:** 6 de agosto del 2025.
Lugar: Guapando.	**Lugar:** Puerto Pervel.

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Mitos que justifican la violencia de género.	**Nombre de la actividad**: Mitos que justifican la violencia de género.
Fecha: 8 de agosto del 2025.	**Fecha:** 8 de agosto del 2025.
Lugar: Tarido-1	**Lugar:** Taridó- 2
	
Nombre de la actividad: Mitos que justifican la violencia de género.	**Nombre de la actividad**: Mitos que justifican la violencia de género.
Fecha: 11 de agosto del 2025.	**Fecha:** 11 de agosto del 2025.
Lugar: Campo Bonito.	**Lugar:** Campo Bonito.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 4-08-2025 LUGAR(UCA): MANAGUA 1 RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YURLEYDI PALACIOS MOSQUERA	CC	1078857284	YURLEYDI PALACIOS MOSQUERA	yurleydi palacios
2	YULIE PATRICIA SALCEDO MINOTA	CC	1192725610	YULIE PATRICIA SALCEDO MINOTA	Yulie minota
3	WISNELIO MECHA MECHA	RC	1078859384	MARIA LUISA MECHA HIERRITO	
4	LEINER DAHIAN MOSQUERA PINO	RC	1078859374	NANCY JUDITH PINO ARRIAGA	nancy pino
5	LIZ AHINARA RENTERIA MOSQUERA	RC	1078859363	NELLY MOSQUERA	nelly mosquera
6	MARIA ALEXIA MORENO PALACIOS	RC	1078859354	ALEXANDRA PAHOLA MORENO PALACIOS	Alexandra M
7	BIRLEYMA SABUGARA ROJAS	RC	1078859359	MECELINA ROJAS FORASTERO	
8	OLINA IERRITO ISARAMA	RC	1133649257	MERCEDES ISARAMA SABUGARA	
9	SAIRY DAVIANNY MENA CORDOBA	RC	1078859331	SIRLY JOHANA CORDOBA QUINTO	Sirly cordoba
10	JOSE MANUEL ISABARE BAILARIN	RC	1078859310	DANIELA BAILARIN ISARAMA	
11	SAMANTA MOSQUERA MOSQUERA	RC	1129047065	MARLEYDIS MOSQUERA ZUÑIGA	Marleydis Mosquera
12	JEIDER YESID MOSQUERA PALACIOS	RC	1078859292	MARLEN JOHANA MOSQUERA PALACIOS	Marlen mosquera
13	MIGUEL ANGEL PINEDA MORENO	RC	1078859242	NATALIA MORENO MANYOMA	Nathalia Moreno
14	KEINER DAVID MOSQUERA RIVAS	RC	1078859151	YADIRA RIVAS URRUTIA	yadira rivas
15	ANDRY GISELA HURTADO MORENO	RC	1078859123	YURI MORENO RIVAS	Yuri Moreno Rivas
16	DAYERLIN PAOLA MURILLO HURTADO	RC	1076825002	ANA YAMERLIN HURTADO MOSQUERA	Ana hurtado
17	JANNY SARITH MURILLO PALACIOS	RC	1078858983	RAQUEL MURILLO PALACIOS	Raquel murillo
18	ESTHER DAYANA PALACIOS MENA	RC	1078859394	GENICIS DARIANA MENA CHAVERRA	Genicis mena
19	HEYDI YORLEY CORDOBA M ENA	RC	1078859058	FLOR LEYDIS MENA MORENO	Flor mena
20	LIONEL UNDAGAMA MECHA	RC	1078859021	MARIA LINA MECHA CAISAMO	

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formación a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 4-08-2025 LUGAR(UCA): _____ MANAGUA 2 _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	SARA MOSQUERA CORDOBA	CC	1078856549	SARA MOSQUERA CORDOBA	Sara mosquera
2	LAURA YUSNEISY MENA GARCIA	CC	1096196563	LAURA YUSNEISY MENA GARCIA	laura mena
3	KAREN MARCELA HURTADO COPETE	CC	1078856216	KAREN MARCELA HURTADO COPETE	Marcela H
4	YIRLENY PALACIOS PALACIOS	CC	1004038972	YIRLENY PALACIOS PALACIOS	Yirleny palacios P
5	MAIREN WILENNY PARRA MARTINEZ	RC	1078859395	MAIRA ALEJANDRA MARTINEZ RENGIFO	Maira Martinez
6	ARIANY SARAY MOSQUERA PALACIOS	RC	1078475498	DIANY YULIETH PALACIOS MENA	Diany Palacios
7	BEIMAR SABUGARA MANPIA	RC	1078859383	FABIOLA MANPIA LANA	
8	JHON DAVID PALACIOS MOSQUERA	RC	1078859365	ROSA YARLINA PALACIOS MOSQUERA	Rosa Palacios
9	LIANNY DAIHARA MENA MOSQUERA	RC	1078859340	YIRLEY MOSQUERA MORENO	yirley mosquera
10	WILMAR ALEXANDER ASPRILLA RENGIFO	RC	1078859322	MARIA DEL CARMEN RENGIFO MORENO	maria Rengifo
11	LUIS FELIPE ISARAMA BICHIBI	RC	1040526241	FELIX ISARAMA MECHA	
12	OMAR KENAI CORDOBA VALENCIA	RC	1078859304	KAREN VANESSA VALENCIA ASPRILLA	VANESSA V.A
13	ARLE DAHEL GONZALEZ RIVAS	RC	1078859311	ESTER YULIETH GONZALEZ RIVAS	Ester Gonzalez
14	ASLAN YOJAIDER MENA CORDOBA	RC	1078859296	YOHAIDY TATIANA CORDOBA MORENO	Tatiana Cordoba
15	YERLIN RENGIFO ASPRILLA	RC	1076390435	ANA SOIDETH ASPRILLA MOSQUERA	ana Soideth A
16	DEISON JOSUE QUINTO MOSQUERA	RC	1129046917	ANYI LICET QUINTO MOSQUERA	ANYI QUINTO
17	HEILYN DAVIHARA ORTIZ PALACIOS	RC	1077488503	GLORIA STELA PALACIOS MORENO	gloria Palacios
18	KEICI YAZURI PALACIOS MOSQUERA	RC	1078859187	YESSICA PALACIOS MOSQUERA	Yessica P
19	GERONIMO MATURANA MOSQUERA	RC	1018276367	ETIS MILENA MOSQUERA DELGADO	ETIS M.O
20	JERONIMO RAMIREZ ASPRILLA	RC	1011520255	ANA SOIDETH ASPRILLA MOSQUERA	Ana Soideth A

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formación a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 5-08-2025 LUGAR(UCA): ____GUAPANDO_____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANTHONY ANDRES MOSQUERA COSSIO	RC	1076339043	KELIS YOJANA COSSIO BERMUDEZ	Kelis Yojana cossio
2	LYAM YAIR HINESTROZA NEGRETE	RC	1129046971	MARIA JOSE NEGRETE ALDANA	Maria negrete
3	JOSWAR MORENO HINESTROZA	RC	1129047057	MARIA YANIRA HINESTROZA MOSQUERA	Maria Yanira
4	IKER ANDRE CORDOBA SALDARRIAGA	RC	1078859373	YULI ANDREA CORDOBA SALDARRIAGA	Yuli Andrea C
5	MARCUS ISSAC VELEZ GONZALES	RC	1078859307	VANESSA GONZALES MOSQUERA	Vanessa
6	EIDER GHAEL HINESTROZA MURILLO	RC	1131045788	EIDY YARITZA HINESTROZA MURILLO	Yaritza hinestroza
7	ZOE ALEJANDRA RENTERIA CORTEZ	RC	1078103840	ZHARITH PAOLA CORTES VARGAS	Zharith cortes
8	HAILY DAYANA RENGIFO MORENO	RC	1078859330	KAREN LORENA MORENO RAMIREZ	Karen Moreno
9	LUCIANNI HINESTROZA RAMIREZ	RC	1078859313	LEINES RAMIREZ HURTADO	Leines Ramirez
10	SAMAIRA HINESTROZA URRUTIA	RC	1078859320	KATHERIN DAYANA URRUTIA MURILLO	Katerin Dayana Urruti.o
11	DIANA CORTES VERGAS	RC	1251108274	ZHARITH PAOLA CORTES VARGAS	Zharith cortes
12	ERIK SANTIAGO PALACIOS HINESTROZA	RC	1078859066	SAMIRA HINESTROZA MOSQUERA	Samira hinestroza
13	LUCIANA HINESTROZA RAMIREZ	RC	1078859037	LEINES RAMIREZ HURTADO	Leinez Ramirez
14	ADRIAN MOSQUERA HINESTROZA	RC	1078859362	EIDY YARITZA HINESTROZA MURILLO	Yaritza hinestroza
15	ARLYN SOFIA HINESTROZA LOZANO	RC	1078859097	SIRLEYZA LOZANO RAMIREZ	Sirleyza lozano
16	EMILY ALEXANDRA MURILLO RAMIREZ	RC	1078859306	KELLY JOHANA MURILLO RAMIREZ	Kelly murillo
17	KEYNER MOSQUERA MURILLO	RC	1131045872	KELLY JOHANA MURILLO RAMIREZ	Kelly murillo
18	LLISNESA TUNAY CHAMORRO	RC	1078859199	RIQUETA CHAMORRO UNDAGAMA	[redacted]
19	GENESIS SCARLETTE ANDRADES MORENO	RC	1078859232	YOHALYN ANDRADES MORENO	Yohalyn moreno
20	KILIAN DAVID PALACIOS CORDOBA	RC	1078859239	SANDRA PAOLA PALACIOS CORDOBA	Sandra palacios

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )
Otro (X Proceso de formacion a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 6-08-2025 LUGAR(UCA): _____ PUERTO PERVEL _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	EDADES
1	MAXIMILIANO SOTO CAETAGENA	RC	1076339975	YEINI DANIELA CARTAGENA RESTREPO	Yeini Daniela
2	JESUS DAVID HINESTROZA PINEDA	RC	1129046956	NAYIBE PINEDA BARROS	Nayibe
3	SARA SOFIA MOSQUERA MOSQUERA	RC	1129047031	INGRID YURANY MOSQUERA MOSQUERA	Ingrid Mosquera
4	SKARLETT SOTO CARTAGENA	RC	1076338834	YEINI DANIELA CARTAGENA RESTREPO	Yeini Daniela
5	FREILIN ZOE PALACIOS PALACIOS	RC	1076825080	YOHANY MURILLO MOSQUERA	Yohany
6	LUISA FERNANDA MOSQUERA ROMAÑA	CC	1078856715	LUISA FERNANDA MOSQUERA ROMAÑA	LUISA
7	KEILER ANDRES PALACIOS MENA	RC	1129366959	YURANNI MENA PALACIOS	Yuranni
8	JASLIN TAMARA MARTINES VALLEJO	RC	1129046925	ENCY LORENA VALLEJO ROMAÑA	ENCY
9	DELANNY NAHIARA MURRAY RAMIREZ	RC	1078859321	ROSA CRUZ RAMIREZ PALACIOS	rosa
10	LISS ISABELLA HINESTROZA MOSQUERA	RC	1131045912	MARISOL MURILLO MOSQUERA	Marisol
11	NOAH ANDRES PALACIOS REYES	RC	1078859385	JOANNYS GREGORIA REYES CASTILLO	JOANNYS
12	JATNIEL OBED SERNA MOSQUERA	RC	1078859334	ANA MILENA MOSQUERA MOSQUERA	ana
13	MARIA FERNANDA SIERRA ESTRADA	TI	1108950310	MARIA FERNANDASIERRA ESTRDA	Maria
14	LISSMAN YULIETH MURRAY CORDOBA	RC	1078859190	KAROLINA CORDOBA PALACIOS	Karolina
15	DILAN JOSE ESPINOZA	PEP	11252722	ANA MARIA ESPINOZA NARANJO	Ana
16					
17					
18					
19					
20					

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formacion a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 8-08-2025 LUGAR(UCA): _____ TARIDO 1 _____ RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	EIDER JOSE PALACIOS MURILLO	RC	1078859043	LAURA MARCELA MURILLO PALACIOS	Laura
2	JOSE LUIS PALACIOS MORENO	RC	1077486554	LEIDY YOHANA MORENO PALACIOS	Leidy M
3	RONNY MARTINEZ ARAGON	RC	1078859052	ANA DOLORES ARAGON QUINTO	ana aragon
4	ANDY PALACIOS PALACIOS	RC	1078859001	MAIRA PALACIOS PACHECO	Maira Palacios
5	MARTHA GISSELY ANDRADES MOSQUERA	RC	1078859011	MARICELA MOSQUERA MOSQUERA	maricela m
6	JULIANA MECHA CAIZAMO	RC	1078858999	SANDRA CAIZAMO	
7	CRISTIAN JHOEL MOSQUERA RAMIREZ	RC	1078858973	KAREN YULIRTH RAMIREZ GARCIA	Karen R.
8	KEINY LUCIA PALACIOS RENTERIA	RC	1023659507	KENNY ROSSANA PALACIOS RENTERIA	Kenny Palacios
9	YENIFER CAIZAMO	RC	1078859372	SANDRA CAIZAMO	
10	JANIER TUNAY FORASTERO	RC	1078859080	DUMARI TUNAY FORASTERO	
11	ELIAM PALACIOS TELLO	RC	1013383719	KATHERINE TELLO PALACIOS	Katherine
12	MARIA CAMILA RENTERIA MARTINEZ	RC	1078103628	MIRELLI MARTINEZ RENTERIA	MIRELLI
13	MICHEL MECHA VICHIVI	RC	1078859023	ARIELA VICHIVI CHAMORRO	
14	ELVER TELLO PALACIOS	RC	1017283941	RUBY MARCELA PALACIOS PINO	Ruby P.
15	ZAIDY LORENA CORDOBA PALACIOS	RC	1078858966	CLARITZA PALACIOS PEÑALOZA	Claritza
16	WILBER SMITH CORDOBA PALACIOS	RC	1078859024	ANA MILENA PALACIOS MARMOLEJO	Ana Palacios m
17	LEONOR FORASTERO VICHIVI	CC	1004039037	LEONOR FORASTERO VICHIVI	
18	SORAIDA ISARAMA FORASTERO	RC	1078859076	SORAIDA ISARAMA FORASTERO	
19	JUAN DAVID ISARAMA ROJAS	RC	1078859074	MARLENIS ROJAS	
20	YILFRAN YESSI MATEO CORDOBA GARCIA	RC	1032035106	ROSA OLIVA LANGO	Rosa Lango

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formacion a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 8-08-2025 LUGAR(UCA): _____ TARIDO_2_____ RESPONSABLE: Sirly Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANGEL GABRIEL RENTERIA MANYOMA	RC	1129046922	MARIA ANGELA MANYOMA LOPEZ	MARIA
2	DUMARY TUNAY FORASTERO	CC	1003943675	DUMARY TUNAY FORASTERO	
3	JOSUD DAVID MORENO MOSQUERA	RC	1076389415	VIVIANA MOSQUERA RIVAS	Viviana M.
4	LUIS MARTIN ISARAMA FORASTERO	RC	1078859326	CARMELINA FORASTERO FORASTERO	
5	VALERIN JULIETH MORENO TELLO	RC	1078859228	YESICA PALACIOS MOSQUERA	Yesica Palacios
6	HARLINSONA YAIR MORENO PALACIOS	RC	1079102677	ESTER YULIATH GONZALES RIVAS	ester g
7	JULIA CAIZAMO	RC	1078859236	SANDRA CAIZAMO	
8	LLONI FORASTERO FORASTERO	RC	1078859319	DUMARI TUNAY FORASRTERO	
9	JHONAT CORDOBA PALACIOS	RC	1078859219	CLARITZA PALACIOS PEÑALOZA	Clarítza
10	CALVIN FORASTERO TUNAY	RC	1078859250	FLORISELDA TUNAY CHAMORRO	
11	JANIER ANDRES PALACIOS CORDOBA	RC	1078859130	YANETH PALACIOS CORDOBA	Yaneth Palacios
12	YOSUARY URRUTIA PALACIOS	RC	1078859101	ISLEY PALACIOS ARAGON	Isley
13	IAM ANDRES ANDRADES MOSQUERA	RC	1078859154	DANIELA MOSQUERA PALACIOS	Daniela mosquera
14	ISMAEL TELLO RENTERIA	RC	1129047002	ADRIANA LICIA RENTERIA MORENO	ADRIANA
15	YURLENI ISARAMA CAIZAMO	RC	1078859120	YAJAIRA CAIZAMO	
16	DANAI MOSQUERA LOPERA	RC	1078101599	IVETH MARIA LOPERA CORDOBA	Iveth Lopera
17	LIAN MATEO ANDRADES MARTINES	RC	1078859379	MIRELLI MARTINEZ RENTERIA	MIRELLI
18	THIAGO ESTEBAN RENTERIA PALACIOS	RC	1129046928	CLARIBETH PALACIOS CORDOBA	clay.tbeth P. C.
19	EMILI GABRIELA RENTERIA MANYOMA	RC	1078859324	MARIA ANGELA MANYOMA LOPEZ	MARIA
20	ROSA YADIRIS MARTINEZ HURTADO	CC	1004038929	DANIELA MOSQUERA PALACIOS	Daniela Mosquera

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las practicas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )

Otro (X) Proceso de formación a familias.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASITENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-08-2025 LUGAR (UCA): CAMPO BONITO RESPONSABLE: Sirley Murillo Mosquera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANGEL GABRIEL BAILARIN ISARAMA	RC	1078858980	ELIDA ISARAMA MECHA	
2	ESTELA SABUGARA MANPIA	RC	1078858969	AURELIANO SABUGARA MECHA	
3	MILARI ISARAMA SABUGARA	RC	1078859277	LUIS ALVARO ISARAMA ROJAS	
4	JARLINTON HACHITO MECHA	RC	1078859347	ANA PATRICIA MECHA HIERRITO	
5	CRISTINO ISARAMA LANA	RC	1078859135	MARIA ISABEL LANA NANPIA	
6	DIHERMO HIERRITO ISARAMA	RC	1078859168	MERCEDES ISARAMA SABUGARA	
7	DILMER SABUGARA FORASTERO	RC	1078859019	MARCELINA FORASTERO ISARAMA	
8	YORLINA HACHITO MECHA	RC	1078859348	ANA PATRICIA MECHA HIERRITO	
9	YURILIS CAIZAMO SAUGARA	RC	1078859278	MERCEDES ISARA SABUGARA	
10	WILLIN SABUGARA NANPIA	RC	1078859215	DANIELA BAILARIN ISARAMA	
11	EDUAR MECHA MECHA	RC	1078859305	ESPERANZA MECHA HIERRITO	
12	JUNIOR CAIZAMO SABUGARA	RC	1129046914	MARLENIS SABUHARA BIRRY	
13	OSTAVIO ISARAMA GABUGARA	RC	1078859055	MARIALINA MECHA CAIZAMO	
14	LUIS EDUARDO SABUGARA CEREZO	RC	1078859282	NENA CEREZO DUMAZA	
15	LUIS ENRIQUE BAILARIN ISARAMA	RC	1078859167	ELIDA ISARAMA MECHA	
16	LUZ MARELBY SABUGARA ROJAS	RC	1078859119	MARCELINA ROJAS FORASTERO	
17	MARCELA ISARAMA ISARAMA	RC	1078859169	LIBERTINA ISARAMA SABUGARA	
18	YILIBER SABUGARA CAISAMO	RC	1133649259	LIGORIA CAISAMO ISARAMA	
19	MARISOL SABUGARA CAIZAMO	RC	1078859211	MARIA DIONOR CAIZAMO ISABARE	
20	WISLIVINTON MECHA MECHA MECHA	RC	1078859042	FABIOLA MANPIA LANA	

Maque con una (x) el tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no está en el listado seleccione, otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: - Encuentro con el entorno y las prácticas tradicionales ( ) - Encuentro comunitario ( ) -Encuentro con mujeres gestantes ( )
Otro (X) Proceso de formación a familias.

SEGUNDA JORNADA DE SOCIALIZACION DE LOS SERVICIO

INVITACIONES AL ESPACIO DE SOCIALIZACION

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

12/08/2025

12 de Agosto de 2025

Señor:
Henry Ramírez Palacios

ALCALDE DEL CANTON DE SAN PABLO

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación Inicial, propia e intercultural)

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural – servicio de atención** (Educación Inicial, propia e intercultural) operados por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

12 de Agosto de 2025

4:07 Pm
12/08/2025

Señor:
Malvin Jhagler Machado
PERSONERO MUNICIPAL

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural –** servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

Gloria Mosquera
12/08/2025
4:05 pm.

12 de Agosto de 2025

Señora:
NUEVA EPS

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural** – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

Janier Hurtado P.
Gestora en salud
12/08/2025

12 de Agosto de 2025

Señora:
Jaicer Hurtado
COMFA CHOCO

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural** – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

Recibido
12-8-2025
3:36 PM.

12 de Agosto de 2025

Señor:
MEDICHO CHOCO

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural** – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

12 de Agosto de 2025

Señor:
Jhonier Aguilar Murillo
SECRETARIO DE DESARROLLO ECONOMICO

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural** – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el dia 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Recibido
12/08/2025
Jhonier Aguilar
hora 3:55 pm

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

12 de Agosto de 2025

Señor:
Yurleidys Mosquera Mosquera
SECRETARIA DE SALUD

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural** – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

12 de Agosto de 2025

Señor:
POLICIA NACIONAL

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural** – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

12 de Agosto de 2025

Señora:
Jessica Hinestroza Sanchez
REGISTRADORA MUNICIPAL

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural –** servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

Recibido
12-08-2025
Hora 3:40 Pm
Sara Palacios Palacios

12 de Agosto de 2025

Señora:
Sara Palacios Palacios
COORDINADORA DE CULTURA

Asunto: Jornada de socialización de la modalidad Propia E Intercultural – servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural).

Reciba un saludo de paz y bien.

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos técnicos del ICBF, en el marco del programa **ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, modalidad **Propia E Intercultural –** servicio de atención (Educación inicial, propia e intercultural,) operado por la Fundación Chocó Social, tenemos el gusto de invitarlo a la segunda jornada de socialización del programa y los servicios que se ofrecen. La cual, se realizará el día 21 de Agosto de 2025 a las 9:00am en Managrú (Parroquia municipal)

Para nosotros es muy importante contar con su valiosa asistencia.

Cordialmente,

JACKSON BISMACK TELLO CÓRDOBA
Representante Legal
Fundación Chocó Social

ACTA DE REUNION

ACTA DE REUNION CON TALENTO HUMANO - ENTIDADES

FECHA:	21 agosto 2025	LUGAR:	Managrú
RESPONSABLE:	Coordinadora y equipo interdisciplinario.		
TEMAS TRATADOS:	Segunda jornada de socialización de los servicios de primera infancia		
OBJETIVO:	Socializar a las familias, comunidad en general y los diferentes entes territoriales los servicios de primera infancia desarrollados en el Municipio De Cantón Del San Pablo.		

ORDEN DEL DIA

- 1. Bienvenida
- 2. Oración
- 3. Desarrollo

DESARROLLO DE LA REUNION

El día 21 de Agosto del 2025 , siendo las 9:00 am, se realizó la **segunda jornada de socialización de los servicios de primera infancia,** bajo la responsabilidad de la Fundación Chocó Social con las diferentes entidades del municipio y habitantes de la comunidad, con el objetivo, de promover una cultura ciudadana de la legalidad y la transparencia en la inversión de los recursos públicos del ICBF destinados a la atención de los niños y niñas del país; a través, de la vinculación de las familias, instituciones y organizaciones sociales para el control social de estos recursos.

Se inicia la socialización con un caluroso saludo de bienvenida por parte del equipo interdisciplinario de la fundación Chocó Social, seguido la oración para dar gracias a Dios por el espacio compartido. Posterior a esto, se les socializa a los asistentes que este evento es de carácter público y financiado con recursos estatales con el fin de cumplir lo dispuesto por la ley de garantías, por lo tanto, se les solicitó a todas las personas abstenerse de repartir cualquier tipo de publicidad o propaganda relacionada con candidatos o campañas electorales.

Continuando con la actividad, se explica a los presentes a través de diapositivas la modalidad presente en el municipio del Cantón De San Pablo, desde el 25 de febrero del 2025, para tal efecto, la Fundación Chocó Social es la entidad administradora de los servicios en primera infancia de la modalidad : Propia e intercultural (servicio de Educación Inicial) para comunidades étnicas y rurales se estructura desde la política para el desarrollo integral a la primera infancia como una apuesta de educación Inicial, con enfoque diferencial y desde el reconocimiento de la diversidad, que promueve las interacciones significativas e intencionadas a mujeres gestantes, niños y niñas en primera infancia y sus comunidades, con pertinencia y calidad, a través de formas de atención concertadas. La modalidad busca promover la garantía de derechos, la participación y el desarrollo integral de la primera infancia, respondiendo a las características propias de sus territorios, sus pautas de crianza, el fortalecimiento y la pervivencia cultural, a una particular comprensión del territorio y una estructura social y política propia en la que se desarrolla la cotidianeidad.

Después de esto, de forma muy detallada se da a conocer el monto de inversión para la prestación del servicio de la modalidad, cómo se distribuye durante el proceso de atención a las familias y al talento humano que está vinculado, con la claridad de que este último es un personal del territorio y que es idóneo para la prestación del servicio.

Se cita el principio de corresponsabilidad interinstitucional para llevar a cabo el proceso de garantía de los derechos de los usuarios atendidos según sean los casos de vulneración de los mimos.

Es importante recordar que, se trabaja en pro del bienestar y restablecimiento de los derechos de los usuarios, realizando mes a mes el trabajo en campo, peso y talla, encuentros pedagógicos grupales, encuentros en los hogares, encuentros comunitarios, cuidado del medio ambiente, atención prioritaria y acompañamiento en aquellos casos que se requieren. Cabe resaltar la importancia del acompañamiento de los sistemas familiares en los procesos relacionados con la atención integral de los niños, niñas y mujeres gestantes.

Se socializa el proceso de atención de la modalidad y se realizan las claridades frente a las dudas de los asistentes, para que los asistentes entendiesen el sentido de las acciones de del proceso de atención, lo que posibilitara un control social y seguimiento de las actividades desarrolladas por la modalidades de atención, lo que supone una expectativa de articulaciones permanentes y oportunas para favorecer el goce efectivo de los derechos de la población objeto de atención, sus familias y comunidad en general.

Para concluir, se agradece al equipo interdisciplinario, la explicación detallada de todos los procesos relacionados con la atención integral a la primera infancia y resalta la importancia de dar a conocer cada detalle y forma de operación del programa presente en el Municipio del Cantón de San Pablo, se invita a los asistentes a desarrollar una breve encuesta para evaluar la actividad y con la realización de la misma y expuestas todas condiciones de los servicios de atención se da por culminado el proceso de socialización de los servicios.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Acompañar los procesos que garanticen el bienestar integral de la población atendida, garantizar un escenario de dialogo y articulaciones constantes en aras de garantizar los derechos de los usuarios, familias y comunidad en general.

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Desarrollar acciones articulatorias que garanticen los derechos des los usuarios y aquellos que presuntas vulneraciones restablecerlos a través de un ejercicio de interinstitucional	Talento humano de la EAS, comunidades y entidades territoriales	21 agosto 2025

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRÁFICO

	
Nombre de la actividad: Segunda jornada de socialización de los servicios de primera infancia.	Nombre de la actividad: Segunda jornada de socialización de los servicios de primera infancia.
Fecha: 21- 08- 2025	Fecha: 21- 08- 2025
Lugar: Managru	Lugar: Managru
	
Nombre de la actividad: Segunda jornada de socialización de los servicios de primera infancia.	Nombre de la actividad: Segunda jornada de socialización de los servicios de primera infancia.
Fecha: 21- 08- 2025	Fecha: 21- 08- 2025
Lugar: Managru	Lugar: Managru

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA CON TALENTO HUMANO - ENTIDADES	
Fecha:	21- Agosto- 2025
Lugar:	Manaqui
Responsable:	Coordinadora
Tema:	segunda jornada de socialización de los servicios de Primera Infancia
Objetivo:	socializar a la comunidad en general los servicios de Prime Infancia desarrollados

FIRMAS ASISTENTES

N.º	Nombre	Cedula	Cargo	Entidad	Firma
1	Yoan Jared Palacios Angulo	1193239612	Coordinador	Fundchoso	
2	Anyi Paola Vargues M.	1078858508	Pedagoga	Fundchoso	Anyi
3	Sirley Murillo M.	1078857148	Psicosocial	Fundchoso	Sirley Murillo
4	CINDY PAOLA MURILLO C.	1078858509	DOCENTE	FUNDCHOSO	CINDY MURILLO
5	Tania Hinestroza H.	1078856889	Docente	fundchoso	Tania H. H.
6	Enith Samira Palacios	1077469880	Docente	Fundchoso	E. Samira P.
7	LUZ ENEIDA MURILLO M.	54.259.835	Docente	Fundchoso	LUZ ENEIDA
8	melvin J machado	1079424276	Personero	personero	melvin
9	Sol Milena Mosquera V	35.878.090	Docente	Fundchoso	Sol Milena M.V
10	Gloria Mosquera	—	enlace	COMFACHOCO	Gloria Mosquera
11	Jancer Hurtado P.	—	Enlace	comfachocó	Jancer Hurtado
12	Jhonier Aguilar	—	S. Desarrollo	Alcaldia	Jhonier Aguilar
13	Rudis Palacios	—	Secretaria	Registraduria	Rudis Palacios
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LA JORNADA

Tenga en cuenta que una de las obligaciones que tiene la entidad administradora de los servicios-EAS (o el operador de los servicios) es socializar el contrato firmado con el ICBF para la atención a las niñas, los niños y las mujeres gestantes de su comunidad. El operador debe realizar dos socializaciones del contrato: la primera socialización durante el segundo mes de la atención que proporcionan, y la segunda socialización un mes antes de finalizar la atención contratada. En caso de modificación al contrato por algún motivo, el operador debe informar esto a las familias usuarias y la comunidad.

Durante el segundo mes de atención la EAS o el operador de los servicios debe socializar a los miembros de las familias usuarias, comunidad y entidades locales (estatales y no estatales) la información del contrato firmado con el ICBF, explicando: los derechos que tienen las niñas, niños y mujeres gestantes; el funcionamiento de los servicios de la primera infancia; número del contrato y valor del contrato firmado para brindar los servicios a las usuarias y los usuarios; los perfiles del talento humano contratado para brindar los servicios y el valor que se les paga, entre otros temas relevantes que están obligados a socializar los operadores, y que se encuentran en el anexo "Orientaciones para las jornadas de socialización de los servicios de la primera infancia", publicado portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

El objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la claridad de la socialización de los servicios contratados para la atención a la primera infancia. Para el ICBF es muy importante conocer su opinión, ya que sus respuestas pueden aportar para el mejoramiento o fortalecimiento de las socializaciones de los servicios, que están enfocadas en promover su derecho de acceso a la información sobre los servicios contratados para atender a las niñas, niños y mujeres gestantes de su comunidad.

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

Departamento Cauca Municipio: Santa Rosa Centro zonal del ICBF (si desconoce esta información pregunte a las personas encargadas de la socialización de los servicios): Todo Cauca

Nombre de la EAS/operador de los servicios: Fundación Cauca Social

Fecha en que responde esta encuesta: día (en número): 21 **mes:** Agosto **año** 2025

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

1. Usted es (marque con una X):
   - Miembro de la familia de niña(o) usuaria(o) de los servicios. _____
   - Mujer gestante usuaria del servicio. X

- Miembro de la familia de mujer gestante usuaria del servicio. _____
- Integrante de la comunidad. _____
- Integrante de un comité de control social o veeduría ciudadana conformado en periodos anteriores. _____
- Delegado de entidades local/estatal: Sí ____ No X ¿Cuál? _____

2. ¿A través de qué medio se enteró de esta jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique)

- Cartelera _____
- Mensaje de WhatsApp X
- Correo electrónico_____
- Perifoneo (información mediante megáfono) _____
- Emisora_____
- Red social de la EAS/operador (Facebook, Twitter, etc.) _____
- Página web de la EAS/operador_____
- Llamada telefónica_____
- Voz a voz_____
- Otros medios_____

3. ¿De qué forma fue realizada la jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique):

Presencial X Virtual_____

4. ¿Sabe cuál es el objeto o finalidad del contrato o convenio que tiene el operador de los servicios para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

5. ¿Le explicaron las cuatro modalidades que tiene el ICBF para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

6. ¿Le explicaron los seis componentes de calidad que debe tener la atención que el operador brinda a la primera infancia?

Sí X No_____

7. Comprendió los derechos, deberes y corresponsabilidad de las familias en la educación inicial de las niñas y de los niños en primera infancia.

Sí X No_____

8. ¿Le informaron la fecha de inicio del contrato y la fecha de terminación del contrato que tiene firmado el operador de los servicios con el ICBF?

   Sí X No_____

9. ¿Comprendió a qué tienen derecho niñas, niños y mujeres gestantes en los servicios de la primera infancia?: (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

10. ¿Le brindaron información sobre el número de usuarias y usuarios que debe atender el operador y cuántos está atendiendo?

    Sí X No_____

11. ¿Le enseñaron o mostraron fotos de los lugares donde se atiende a las usuarias y los usuarios de los servicios?

    Sí X No_____

12. ¿Le presentaron el listado del talento humano contratado por servicio para atender a los usuarios, explicando el perfil que tienen estas personas, su rol y el salario que reciben?

    Sí X No_____

13. ¿Le informaron cuáles son los proveedores de los alimentos para la atención de los usuarios de los servicios y de qué lugares provienen dichos alimentos?

    Sí X No_____

14. ¿Le informaron el valor total del contrato o de los contratos que tiene firmado(s) el operador para atender a la primera infancia en los servicios establecidos?

    Sí X No_____

15. ¿Le explicaron cómo se van a invertir o ejecutar los recursos o monto del contrato?

    Sí X No_____

16. Las contrapartidas o los valores técnicos agregados son recursos que aporta la EAS a la operación del servicio de acuerdo con las necesidades del servicio identificadas por el supervisor del contrato/interventor y avaladas en el primer Comité Técnico Operativo. **¿Le informaron si el**

operador de los servicios debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado al servicio o a los servicios que brinda?

Sí X No_____

17. Si el operador debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado ¿le informaron el valor o monto de esto y la forma en que se ejecutaría o invertirían esos recursos?

Sí X No_____

18. ¿Durante la realización de la jornada de socialización se desarrolló alguna actividad o taller para explicar los temas? (seleccione la opción que aplique):

Sí X No_____

19. ¿La información presentada en la jornada de socialización fue clara y adecuada? Evalúe de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5 X	

20. ¿La información presentada en la jornada de socialización respondió a sus inquietudes? Califique de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

21. ¿La información presentada en la jornada le dejó claro qué es el control social a los servicios de la primera infancia, su importancia y cómo puede ser miembro de un comité o una veeduría ciudadana? (Marque con una X la opción que aplique)

Sí X No_____

22. Los comités de control social y las veedurías ciudadanas son mecanismos con que cuentan los miembros de las familias usuarias de los servicios e integrantes de la comunidad para vigilar y hacer seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a las niñas, niños y mujeres gestantes. **¿Usted quisiera ser parte del comité de control social o de una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su comunidad?** (seleccione la opción que aplique):

- Sí X No_____
- Ya es parte de un comité de control social o una veeduría ciudadana_____

RECUERDE: Si quiere crear un comité o una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su barrio o comunidad solicite información al operador, a la unidad donde se prestan los servicios, a la sede más cercana del ICBF. Si ya existe un comité o una veeduría con este propósito regístrese y participe. Consulte la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, publicada en el portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

PÚBLICA

¡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

Tenga en cuenta que una de las obligaciones que tiene la entidad administradora de los servicios-EAS (o el operador de los servicios) es socializar el contrato firmado con el ICBF para la atención a las niñas, los niños y las mujeres gestantes de su comunidad. El operador debe realizar dos socializaciones del contrato: la primera socialización durante el segundo mes de la atención que proporcionan, y la segunda socialización un mes antes de finalizar la atención contratada. En caso de modificación al contrato por algún motivo, el operador debe informar esto a las familias usuarias y la comunidad.

Durante el segundo mes de atención la EAS o el operador de los servicios debe socializar a los miembros de las familias usuarias, comunidad y entidades locales (estatales y no estatales) la información del contrato firmado con el ICBF, explicando: los derechos que tienen las niñas, niños y mujeres gestantes; el funcionamiento de los servicios de la primera infancia; número del contrato y valor del contrato firmado para brindar los servicios a las usuarias y los usuarios; los perfiles del talento humano contratado para brindar los servicios y el valor que se les paga, entre otros temas relevantes que están obligados a socializar los operadores, y que se encuentran en el anexo "Orientaciones para las jornadas de socialización de los servicios de la primera infancia", publicado portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

El objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la claridad de la socialización de los servicios contratados para la atención a la primera infancia. Para el ICBF es muy importante conocer su opinión, ya que sus respuestas pueden aportar para el mejoramiento o fortalecimiento de las socializaciones de los servicios, que están enfocadas en promover su derecho de acceso a la información sobre los servicios contratados para atender a las niñas, niños y mujeres gestantes de su comunidad.

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

Departamento Chocó Municipio: Centro De San Pablo Centro zonal del ICBF (si desconoce esta información pregunte a las personas encargadas de la socialización de los servicios): Todo

Nombre de la EAS/operador de los servicios: Fundación Chocó Social

Fecha en que responde esta encuesta: día (en número): 21 **mes:** Agosto **año** 2025

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

1. Usted es (marque con una X):
   - Miembro de la familia de niña(o) usuaria(o) de los servicios. X
   - Mujer gestante usuaria del servicio. _____

- Miembro de la familia de mujer gestante usuaria del servicio. _____
- Integrante de la comunidad. _____
- Integrante de un comité de control social o veeduría ciudadana conformado en periodos anteriores. _____
- Delegado de entidades local/estatal: Sí ____ No X ¿Cuál? _____

2. ¿A través de qué medio se enteró de esta jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique)

- Cartelera _____
- Mensaje de WhatsApp X
- Correo electrónico_____
- Perifoneo (información mediante megáfono) _____
- Emisora_____
- Red social de la EAS/operador (Facebook, Twitter, etc.) _____
- Página web de la EAS/operador_____
- Llamada telefónica_____
- Voz a voz_____
- Otros medios_____

3. ¿De qué forma fue realizada la jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique):

Presencial X Virtual_____

4. ¿Sabe cuál es el objeto o finalidad del contrato o convenio que tiene el operador de los servicios para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

5. ¿Le explicaron las cuatro modalidades que tiene el ICBF para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

6. ¿Le explicaron los seis componentes de calidad que debe tener la atención que el operador brinda a la primera infancia?

Sí X No_____

7. Comprendió los derechos, deberes y corresponsabilidad de las familias en la educación inicial de las niñas y de los niños en primera infancia.

Sí X No_____

8. ¿Le informaron la fecha de inicio del contrato y la fecha de terminación del contrato que tiene firmado el operador de los servicios con el ICBF?

   Sí X No_____

9. ¿Comprendió a qué tienen derecho niñas, niños y mujeres gestantes en los servicios de la primera infancia?: (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

10. ¿Le brindaron información sobre el número de usuarias y usuarios que debe atender el operador y cuántos está atendiendo?

    Sí X No_____

11. ¿Le enseñaron o mostraron fotos de los lugares donde se atiende a las usuarias y los usuarios de los servicios?

    Sí X No_____

12. ¿Le presentaron el listado del talento humano contratado por servicio para atender a los usuarios, explicando el perfil que tienen estas personas, su rol y el salario que reciben?

    Sí X No_____

13. ¿Le informaron cuáles son los proveedores de los alimentos para la atención de los usuarios de los servicios y de qué lugares provienen dichos alimentos?

    Sí X No_____

14. ¿Le informaron el valor total del contrato o de los contratos que tiene firmado(s) el operador para atender a la primera infancia en los servicios establecidos?

    Sí X No_____

15. ¿Le explicaron cómo se van a invertir o ejecutar los recursos o monto del contrato?

    Sí X No_____

16. Las contrapartidas o los valores técnicos agregados son recursos que aporta la EAS a la operación del servicio de acuerdo con las necesidades del servicio identificadas por el supervisor del contrato/interventor y avaladas en el primer Comité Técnico Operativo. **¿Le informaron si el**

operador de los servicios debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado al servicio o a los servicios que brinda?

Sí X No_____

17. Si el operador debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado ¿le informaron el valor o monto de esto y la forma en que se ejecutaría o invertirían esos recursos?

Sí X No_____

18. ¿Durante la realización de la jornada de socialización se desarrolló alguna actividad o taller para explicar los temas? (seleccione la opción que aplique):

Sí X No_____

19. ¿La información presentada en la jornada de socialización fue clara y adecuada? Evalúe de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

20. ¿La información presentada en la jornada de socialización respondió a sus inquietudes? Califique de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

21. ¿La información presentada en la jornada le dejó claro qué es el control social a los servicios de la primera infancia, su importancia y cómo puede ser miembro de un comité o una veeduría ciudadana? (Marque con una X la opción que aplique)

Sí X No_____

22. Los comités de control social y las veedurías ciudadanas son mecanismos con que cuentan los miembros de las familias usuarias de los servicios e integrantes de la comunidad para vigilar y hacer seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a las niñas, niños y mujeres gestantes. **¿Usted quisiera ser parte del comité de control social o de una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su comunidad?** (seleccione la opción que aplique):

- Sí X No_____
- Ya es parte de un comité de control social o una veeduría ciudadana_____

RECUERDE: Si quiere crear un comité o una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su barrio o comunidad solicite información al operador, a la unidad donde se prestan los servicios, a la sede más cercana del ICBF. Si ya existe un comité o una veeduría con este propósito regístrese y participe. Consulte la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, publicada en el portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

PÚBLICA

Tenga en cuenta que una de las obligaciones que tiene la entidad administradora de los servicios-EAS (o el operador de los servicios) es socializar el contrato firmado con el ICBF para la atención a las niñas, los niños y las mujeres gestantes de su comunidad. El operador debe realizar dos socializaciones del contrato: la primera socialización durante el segundo mes de la atención que proporcionan, y la segunda socialización un mes antes de finalizar la atención contratada. En caso de modificación al contrato por algún motivo, el operador debe informar esto a las familias usuarias y la comunidad.

Durante el segundo mes de atención la EAS o el operador de los servicios debe socializar a los miembros de las familias usuarias, comunidad y entidades locales (estatales y no estatales) la información del contrato firmado con el ICBF, explicando: los derechos que tienen las niñas, niños y mujeres gestantes; el funcionamiento de los servicios de la primera infancia; número del contrato y valor del contrato firmado para brindar los servicios a las usuarias y los usuarios; los perfiles del talento humano contratado para brindar los servicios y el valor que se les paga, entre otros temas relevantes que están obligados a socializar los operadores, y que se encuentran en el anexo "Orientaciones para las jornadas de socialización de los servicios de la primera infancia", publicado portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

El objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la claridad de la socialización de los servicios contratados para la atención a la primera infancia. Para el ICBF es muy importante conocer su opinión, ya que sus respuestas pueden aportar para el mejoramiento o fortalecimiento de las socializaciones de los servicios, que están enfocadas en promover su derecho de acceso a la información sobre los servicios contratados para atender a las niñas, niños y mujeres gestantes de su comunidad.

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

Departamento Cauca Municipio: Santa De San Pablo Centro zonal del ICBF (si desconoce esta información pregunte a las personas encargadas de la socialización de los servicios): Tacueyo

Nombre de la EAS/operador de los servicios: Fundación Cauca Social

Fecha en que responde esta encuesta: día (en número): 21 **mes:** Agosto **año** 2025

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

1. Usted es (marque con una X):
   - Miembro de la familia de niña(o) usuaria(o) de los servicios. X
   - Mujer gestante usuaria del servicio. _____

- Miembro de la familia de mujer gestante usuaria del servicio. _____
- Integrante de la comunidad. _____
- Integrante de un comité de control social o veeduría ciudadana conformado en periodos anteriores. _____
- Delegado de entidades local/estatal: Si ___ No X ¿Cuál? _____

2. ¿A través de qué medio se enteró de esta jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique)

- Cartelera _____
- Mensaje de WhatsApp X
- Correo electrónico_____
- Perifoneo (información mediante megáfono) _____
- Emisora_____
- Red social de la EAS/operador (Facebook, Twitter, etc.) _____
- Página web de la EAS/operador_____
- Llamada telefónica_____
- Voz a voz_____
- Otros medios_____

3. ¿De qué forma fue realizada la jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique):

Presencial X Virtual_____

4. ¿Sabe cuál es el objeto o finalidad del contrato o convenio que tiene el operador de los servicios para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

5. ¿Le explicaron las cuatro modalidades que tiene el ICBF para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

6. ¿Le explicaron los seis componentes de calidad que debe tener la atención que el operador brinda a la primera infancia?

Sí X No_____

7. Comprendió los derechos, deberes y corresponsabilidad de las familias en la educación inicial de las niñas y de los niños en primera infancia.

Sí X No_____

8. ¿Le informaron la fecha de inicio del contrato y la fecha de terminación del contrato que tiene firmado el operador de los servicios con el ICBF?

   Sí X No_____

9. ¿Comprendió a qué tienen derecho niñas, niños y mujeres gestantes en los servicios de la primera infancia?: (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

10. ¿Le brindaron información sobre el número de usuarias y usuarios que debe atender el operador y cuántos está atendiendo?

    Sí X No_____

11. ¿Le enseñaron o mostraron fotos de los lugares donde se atiende a las usuarias y los usuarios de los servicios?

    Sí X No_____

12. ¿Le presentaron el listado del talento humano contratado por servicio para atender a los usuarios, explicando el perfil que tienen estas personas, su rol y el salario que reciben?

    Sí X No_____

13. ¿Le informaron cuáles son los proveedores de los alimentos para la atención de los usuarios de los servicios y de qué lugares provienen dichos alimentos?

    Sí X No_____

14. ¿Le informaron el valor total del contrato o de los contratos que tiene firmado(s) el operador para atender a la primera infancia en los servicios establecidos?

    Sí X No_____

15. ¿Le explicaron cómo se van a invertir o ejecutar los recursos o monto del contrato?

    Sí X No_____

16. Las contrapartidas o los valores técnicos agregados son recursos que aporta la EAS a la operación del servicio de acuerdo con las necesidades del servicio identificadas por el supervisor del contrato/interventor y avaladas en el primer Comité Técnico Operativo. **¿Le informaron si el**

operador de los servicios debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado al servicio o a los servicios que brinda?

Si X No_____

17. Si el operador debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado ¿le informaron el valor o monto de esto y la forma en que se ejecutaría o invertirían esos recursos?

Si X No_____

18. ¿Durante la realización de la jornada de socialización se desarrolló alguna actividad o taller para explicar los temas? (seleccione la opción que aplique):

Si X No_____

19. ¿La información presentada en la jornada de socialización fue clara y adecuada? Evalúe de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

20. ¿La información presentada en la jornada de socialización respondió a sus inquietudes? Califique de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

21. ¿La información presentada en la jornada le dejó claro qué es el control social a los servicios de la primera infancia, su importancia y cómo puede ser miembro de un comité o una veeduría ciudadana? (Marque con una X la opción que aplique)

Si X No_____

22. Los comités de control social y las veedurías ciudadanas son mecanismos con que cuentan los miembros de las familias usuarias de los servicios e integrantes de la comunidad para vigilar y hacer seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a las niñas, niños y mujeres gestantes. **¿Usted quisiera ser parte del comité de control social o de una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su comunidad?** (seleccione la opción que aplique):

- Si X No_____
- Ya es parte de un comité de control social o una veeduría ciudadana_____

RECUERDE: Si quiere crear un comité o una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su barrio o comunidad solicite información al operador, a la unidad donde se prestan los servicios, a la sede más cercana del ICBF. Si ya existe un comité o una veeduría con este propósito regístrese y participe. Consulte la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, publicada en el portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

PÚBLICA

¡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

Tenga en cuenta que una de las obligaciones que tiene la entidad administradora de los servicios-EAS (o el operador de los servicios) es socializar el contrato firmado con el ICBF para la atención a las niñas, los niños y las mujeres gestantes de su comunidad. El operador debe realizar dos socializaciones del contrato: la primera socialización durante el segundo mes de la atención que proporcionan, y la segunda socialización un mes antes de finalizar la atención contratada. En caso de modificación al contrato por algún motivo, el operador debe informar esto a las familias usuarias y la comunidad.

Durante el segundo mes de atención la EAS o el operador de los servicios debe socializar a los miembros de las familias usuarias, comunidad y entidades locales (estatales y no estatales) la información del contrato firmado con el ICBF, explicando: los derechos que tienen las niñas, niños y mujeres gestantes; el funcionamiento de los servicios de la primera infancia; número del contrato y valor del contrato firmado para brindar los servicios a las usuarias y los usuarios; los perfiles del talento humano contratado para brindar los servicios y el valor que se les paga, entre otros temas relevantes que están obligados a socializar los operadores, y que se encuentran en el anexo "Orientaciones para las jornadas de socialización de los servicios de la primera infancia", publicado portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

El objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la claridad de la socialización de los servicios contratados para la atención a la primera infancia. Para el ICBF es muy importante conocer su opinión, ya que sus respuestas pueden aportar para el mejoramiento o fortalecimiento de las socializaciones de los servicios, que están enfocadas en promover su derecho de acceso a la información sobre los servicios contratados para atender a las niñas, niños y mujeres gestantes de su comunidad.

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

Departamento Chocó Municipio: Centro De San Pablo centro zonal del ICBF (si desconoce esta información pregunte a las personas encargadas de la socialización de los servicios): Todo

Nombre de la EAS/operador de los servicios: fundación Chocó Social

Fecha en que responde esta encuesta: día (en número): 21 **mes:** Agosto **año** 2025

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

1. Usted es (marque con una X):
   - Miembro de la familia de niña(o) usuaria(o) de los servicios. _____
   - Mujer gestante usuaria del servicio. _____

- Miembro de la familia de mujer gestante usuaria del servicio. _____
- Integrante de la comunidad. _____
- Integrante de un comité de control social o veeduría ciudadana conformado en periodos anteriores. _____
- Delegado de entidades local/estatal: Sí X No_____ ¿Cuál? Personero Municipal

2. ¿A través de qué medio se enteró de esta jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique)

- Cartelera _____
- Mensaje de WhatsApp_____
- Correo electrónico_____
- Perifoneo (información mediante megáfono) _____
- Emisora_____
- Red social de la EAS/operador (Facebook, Twitter, etc.) _____
- Página web de la EAS/operador_____
- Llamada telefónica X
- Voz a voz_____
- Otros medios_____

3. ¿De qué forma fue realizada la jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique):

Presencial X Virtual_____

4. ¿Sabe cuál es el objeto o finalidad del contrato o convenio que tiene el operador de los servicios para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

5. ¿Le explicaron las cuatro modalidades que tiene el ICBF para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

6. ¿Le explicaron los seis componentes de calidad que debe tener la atención que el operador brinda a la primera infancia?

Sí X No_____

7. Comprendió los derechos, deberes y corresponsabilidad de las familias en la educación inicial de las niñas y de los niños en primera infancia.

Sí X No_____

8. ¿Le informaron la fecha de inicio del contrato y la fecha de terminación del contrato que tiene firmado el operador de los servicios con el ICBF?

   Sí X No_____

9. ¿Comprendió a qué tienen derecho niñas, niños y mujeres gestantes en los servicios de la primera infancia?: (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	✓

10. ¿Le brindaron información sobre el número de usuarias y usuarios que debe atender el operador y cuántos está atendiendo?

    Sí X No_____

11. ¿Le enseñaron o mostraron fotos de los lugares donde se atiende a las usuarias y los usuarios de los servicios?

    Sí X No_____

12. ¿Le presentaron el listado del talento humano contratado por servicio para atender a los usuarios, explicando el perfil que tienen estas personas, su rol y el salario que reciben?

    Sí X No_____

13. ¿Le informaron cuáles son los proveedores de los alimentos para la atención de los usuarios de los servicios y de qué lugares provienen dichos alimentos?

    Sí X No_____

14. ¿Le informaron el valor total del contrato o de los contratos que tiene firmado(s) el operador para atender a la primera infancia en los servicios establecidos?

    Sí X No_____

15. ¿Le explicaron cómo se van a invertir o ejecutar los recursos o monto del contrato?

    Sí X No_____

16. Las contrapartidas o los valores técnicos agregados son recursos que aporta la EAS a la operación del servicio de acuerdo con las necesidades del servicio identificadas por el supervisor del contrato/interventor y avaladas en el primer Comité Técnico Operativo. **¿Le informaron si el**

operador de los servicios debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado al servicio o a los servicios que brinda?

Sí X No_____

17. Si el operador debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado ¿le informaron el valor o monto de esto y la forma en que se ejecutaría o invertirían esos recursos?

Sí X No_____

18. ¿Durante la realización de la jornada de socialización se desarrolló alguna actividad o taller para explicar los temas? (seleccione la opción que aplique):

Sí X No_____

19. ¿La información presentada en la jornada de socialización fue clara y adecuada? Evalúe de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

20. ¿La información presentada en la jornada de socialización respondió a sus inquietudes? Califique de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	X

21. ¿La información presentada en la jornada le dejó claro qué es el control social a los servicios de la primera infancia, su importancia y cómo puede ser miembro de un comité o una veeduría ciudadana? (Marque con una X la opción que aplique)

Sí X No_____

22. Los comités de control social y las veedurías ciudadanas son mecanismos con que cuentan los miembros de las familias usuarias de los servicios e integrantes de la comunidad para vigilar y hacer seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a las niñas, niños y mujeres gestantes. **¿Usted quisiera ser parte del comité de control social o de una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su comunidad?** (seleccione la opción que aplique):

- Sí X No_____
- Ya es parte de un comité de control social o una veeduría ciudadana_____

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

RECUERDE: Si quiere crear un comité o una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su barrio o comunidad solicite información al operador, a la unidad donde se prestan los servicios, a la sede más cercana del ICBF. Si ya existe un comité o una veeduría con este propósito regístrese y participe. Consulte la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, publicada en el portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

PÚBLICO

Tenga en cuenta que una de las obligaciones que tiene la entidad administradora de los servicios-EAS (o el operador de los servicios) es socializar el contrato firmado con el ICBF para la atención a las niñas, los niños y las mujeres gestantes de su comunidad. El operador debe realizar dos socializaciones del contrato: la primera socialización durante el segundo mes de la atención que proporcionan, y la segunda socialización un mes antes de finalizar la atención contratada. En caso de modificación al contrato por algún motivo, el operador debe informar esto a las familias usuarias y la comunidad.

Durante el segundo mes de atención la EAS o el operador de los servicios debe socializar a los miembros de las familias usuarias, comunidad y entidades locales (estatales y no estatales) la información del contrato firmado con el ICBF, explicando: los derechos que tienen las niñas, niños y mujeres gestantes; el funcionamiento de los servicios de la primera infancia; número del contrato y valor del contrato firmado para brindar los servicios a las usuarias y los usuarios; los perfiles del talento humano contratado para brindar los servicios y el valor que se les paga, entre otros temas relevantes que están obligados a socializar los operadores, y que se encuentran en el anexo "Orientaciones para las jornadas de socialización de los servicios de la primera infancia", publicado portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

El objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la claridad de la socialización de los servicios contratados para la atención a la primera infancia. Para el ICBF es muy importante conocer su opinión, ya que sus respuestas pueden aportar para el mejoramiento o fortalecimiento de las socializaciones de los servicios, que están enfocadas en promover su derecho de acceso a la información sobre los servicios contratados para atender a las niñas, niños y mujeres gestantes de su comunidad.

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

Departamento Cauca Municipio: Santa Rosa Centro zonal del ICBF (si desconoce esta información pregunte a las personas encargadas de la socialización de los servicios): Todo - Cauca

Nombre de la EAS/operador de los servicios: Fundación Cauca Social

Fecha en que responde esta encuesta: día (en número): 21 **mes:** Agosto **año** 2025

Diligenciar esta encuesta no le tomará mucho tiempo, nadie sabrá cuáles fueron sus respuestas, porque es anónima. Agradecemos que responda cada una de las siguientes preguntas con total sinceridad:

1. Usted es (marque con una X):
   - Miembro de la familia de niña(o) usuaria(o) de los servicios. X
   - Mujer gestante usuaria del servicio. _____

- Miembro de la familia de mujer gestante usuaria del servicio. _____
- Integrante de la comunidad. _____
- Integrante de un comité de control social o veeduría ciudadana conformado en periodos anteriores. _____
- Delegado de entidades local/estatal: Sí ____ No X ¿Cuál? _____

2. ¿A través de qué medio se enteró de esta jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique)

- Cartelera _____
- Mensaje de WhatsApp X
- Correo electrónico_____
- Perifoneo (información mediante megáfono) _____
- Emisora_____
- Red social de la EAS/operador (Facebook, Twitter, etc.) _____
- Página web de la EAS/operador_____
- Llamada telefónica_____
- Voz a voz X
- Otros medios_____

3. ¿De qué forma fue realizada la jornada de socialización de los servicios? (marque con una X la opción que aplique):

Presencial X Virtual_____

4. ¿Sabe cuál es el objeto o finalidad del contrato o convenio que tiene el operador de los servicios para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

5. ¿Le explicaron las cuatro modalidades que tiene el ICBF para la atención de la primera infancia?

Sí X No_____

6. ¿Le explicaron los seis componentes de calidad que debe tener la atención que el operador brinda a la primera infancia?

Sí X No_____

7. Comprendió los derechos, deberes y corresponsabilidad de las familias en la educación inicial de las niñas y de los niños en primera infancia.

Sí X No_____

8. ¿Le informaron la fecha de inicio del contrato y la fecha de terminación del contrato que tiene firmado el operador de los servicios con el ICBF?

   Sí X No_____

9. ¿Comprendió a qué tienen derecho niñas, niños y mujeres gestantes en los servicios de la primera infancia?: (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5	

10. ¿Le brindaron información sobre el número de usuarias y usuarios que debe atender el operador y cuántos está atendiendo?

    Sí X No_____

11. ¿Le enseñaron o mostraron fotos de los lugares donde se atiende a las usuarias y los usuarios de los servicios?

    Sí X No_____

12. ¿Le presentaron el listado del talento humano contratado por servicio para atender a los usuarios, explicando el perfil que tienen estas personas, su rol y el salario que reciben?

    Sí X No_____

13. ¿Le informaron cuáles son los proveedores de los alimentos para la atención de los usuarios de los servicios y de qué lugares provienen dichos alimentos?

    Sí X No_____

14. ¿Le informaron el valor total del contrato o de los contratos que tiene firmado(s) el operador para atender a la primera infancia en los servicios establecidos?

    Sí X No_____

15. ¿Le explicaron cómo se van a invertir o ejecutar los recursos o monto del contrato?

    Sí X No_____

16. Las contrapartidas o los valores técnicos agregados son recursos que aporta la EAS a la operación del servicio de acuerdo con las necesidades del servicio identificadas por el supervisor del contrato/interventor y avaladas en el primer Comité Técnico Operativo. **¿Le informaron si el**

operador de los servicios debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado al servicio o a los servicios que brinda?

Sí_X_ No_____

17. Si el operador debe aplicar contrapartida o valor técnico agregado ¿le informaron el valor o monto de esto y la forma en que se ejecutaría o invertirían esos recursos?

Sí_X_ No_____

18. ¿Durante la realización de la jornada de socialización se desarrolló alguna actividad o taller para explicar los temas? (seleccione la opción que aplique):

Sí_X_ No_____

19. ¿La información presentada en la jornada de socialización fue clara y adecuada? Evalúe de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5 X	

20. ¿La información presentada en la jornada de socialización respondió a sus inquietudes? Califique de 1 a 5 (siendo 1 la menor calificación y 5 la mayor): (Marque con una X el número que considere)

1		2		3		4		5 X	

21. ¿La información presentada en la jornada le dejó claro qué es el control social a los servicios de la primera infancia, su importancia y cómo puede ser miembro de un comité o una veeduría ciudadana? (Marque con una X la opción que aplique)

Sí_X_ No_____

22. Los comités de control social y las veedurías ciudadanas son mecanismos con que cuentan los miembros de las familias usuarias de los servicios e integrantes de la comunidad para vigilar y hacer seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a las niñas, niños y mujeres gestantes. **¿Usted quisiera ser parte del comité de control social o de una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su comunidad?** (seleccione la opción que aplique):

- Sí_X_ No_____
- Ya es parte de un comité de control social o una veeduría ciudadana_____

RECUERDE: Si quiere crear un comité o una veeduría ciudadana para hacer control social a los servicios de la primera infancia de su barrio o comunidad solicite información al operador, a la unidad donde se prestan los servicios, a la sede más cercana del ICBF. Si ya existe un comité o una veeduría con este propósito regístrese y participe. Consulte la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, publicada en el portal web del ICBF/Modelo de Operación por Procesos/Proceso Promoción y Prevención/Primera Infancia.

PÚBLICA

CONTROL SOCIAL

ACTAS DE VERIFICACION

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

VERIFICACIÓN Nº: 5	
Fecha:	13 Agosto 2025
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Carmen De San Pablo
Centro zonal: Tadó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Chocó Social
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e Intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 128
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Sd Milena Mosquera V.
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Guapondo	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3206941375
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Guapondo	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 12 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 12	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité de Control Social Guapondo
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al ejercicio del contrato 128
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar los dotaciones de la unidad de servicio

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se presento ningunas novedades durante la visita.

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

Que la fundación siga tomando todos los suplementos de la dotación del día.

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: Vanesa Gonzales

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: NO APLICA
- Número Celular y/o fijo: 3206941370

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

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 5		
Fecha:	10 DÍA / agosto MES / 2022 AÑO	
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: cantón del san Pablo	
Centro zonal: Todo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundchoso.	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 128	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial.	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Flor María Mena Palacios	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Puerto Perul	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3105861645	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Puerto Perul		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 15		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité de control social Puerto Perul.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al ejercicio del contrato 128
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar las dotación de la unidad de servicio.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se presento ninguna novedad durante la visita

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

Que la fundacion choco social siga teniendo las dotaciones al dia.

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: Samira Hinestroza

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No tiene
- Número Celular y/o fijo: 3147088163

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

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

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

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: 5	
Fecha:	22 Agosto 2025
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Canton De San Pablo
Centro zonal: Tadó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación Chocó Social
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia E Intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 128
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Emiliano Sabugava
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Campo Bonito	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3225125087
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Campo Bonito	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite de Control Social Campo Bonito
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al proceso del Contrato 128
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar las dotaciones de la unidad de Servicio de Campo Bonito.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se presento ninguna novedad durante la visita realizada.

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

Que la Fundación siga teniendo las donaciones al dia.

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: NO Tiene
- Número Celular y/o fijo: 311 256 47 89

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

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

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

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 5	
Fecha:	15 agosto 2025
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Carmen del San Pablo
Centro zonal: Tado	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundchoso
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 428
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Flory maria Palacios Tello Emith Sariva Palacios
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Tadó	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3133826446
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Tadó	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	comite de control social Tadó
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al ejercicio del contrato 428
Propósito o finalidad de la visita:	verificar las dotaciones de la unidad de servicio

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se presento ninguna novedad durante la visita

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

Que la fundación siga teniendo las dotaciones al dia

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: Claribeth Palacios C.

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No tiene
- Número Celular y/o fijo: 3181602788

ÚLC

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 1	
Fecha:	4 DIA Septiembre MES 2025 AÑO
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Cantón del san Pablo
Centro zonal: Tadó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundchosó
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 128
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cindy Paola Murillo Cordoba Tania Ministroza Hurtado
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Managua	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3106016310
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Managua	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité de control social Managua.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al ejercicio del contrato 128.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar las dotación de la unidad de servicio.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se presento ninguna novedad durante la visita

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

Que la fundación siga teniendo todos los implementos de la dotación al dia.

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: Natalia Moreno Montoya

Powered by CamScanner

ACTAS DE REUNION

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

ACTA DE REUNIÓN N 5

FECHA: DÍA 13 **MES** Agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 02: PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El día 13 de agosto del año en Curso se realizo una reunión en la unidad de servicio de Guapundo con el Comite de control social de la UCA para tratar el tema relevante a la Unidad de servicio Conforme a la verificación que se realizo en dicho lugar en aras de hacer seguimiento a las dotaciones, se evidencio que la Fundación Choco Social. Cumple Con el seguimiento de las dotaciones Contando en todo lo requerido, y los miembros del Comite de Control social, se comprometen a seguir realizando un seguimiento oportuno para garantizar una mejor prestación del servicio y brindar tambien para que los usuarios esten Contentos en el servicio

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar las dotaciones Cando Cacaderan Deficiencia	Comite de Control social y talento humano	Durante la vigencia del Contrato
Preguntar sobre las dotaciones Cuando sirven al gran Palla	Comite de Control Social y talento humano	Durante la vigencia del Contrato

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/a/representante/a/delegado, secretario/a/, integrante. (Si hay otro rol indíquelo)
Samira Hernandez	Participante
Vanesa Gonzales	Participante
KATHERIN DAYANA	Participante

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier duda remita la misma a nuestra mesa de ayuda
LOS DATOS PERSONALES RECOLECTADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF

Powered by CamScanner

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

ACTA DE REUNIÓN N. 5

FECHA: DÍA 14 **MES** agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 02: Pm.

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El dia 14 de agosto del año en curso se realizo una reunion en la unidad de servicio puerto Nevel con el comite de control social de la UCA para tratar el tema relulante a la unidad de servicio conforme a la verificacion que se realizo en dicho lugar en aras de hacer seguimiento a las dotación, se evidencio que la fundación Chocó social Comple con el requerimiento de los dotación contando con todo lo requerido y los miembros del comite de control social se comprometen a seguir realizando un seguimiento oportuno para garantizar una mejor Prestación del servicio y orientar tambien la misma en aras de que los usuarios esten contentos con la Prestación del servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar las dotacion cuando lo consideren necesario.	Comité de control Social y talento humano	Durante la Vigencia del Contrato.
Preguntar sobre las dotaciones Cuando miren alguna falla.	Comité de control Social y talento humano	Durante la Vigencia del Contrato.

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Yuranny Mena Palacios	Participante
Ana Milena Mosquera	Participante
Ingrid Yuranny M.M.	Participante
Samira Hinestroza	Presidenta.

Powered by CamScanner

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

ACTA DE REUNIÓN N. 5

FECHA: DÍA 22 **MES** Agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 02: Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El día 22 de agosto del año en curso se realizo una reunion en la unidad de servicio de Campo Bonito con el Comite de Control Social de la UCA, para tratar el tema relevante a la unidad de servicio conforme a la verificacion que se realizo en dicho lugar en aras de hacer seguimiento a las dotaciones, se evidencio que la fundacion Choco Social cumple con el requerimiento y los integrantes del Comite de control social se comprometen a seguir realizando un seguimiento oportuno para garantizar una mejor prestacion del servicio y orientar tambien la misma en aras de que los usuarios esten Contentos con la Prestacion del Servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar las dotaciones Cuando sean deben necesarias	Comite de Control Social y talento humano	Durante la vigencia del Contrato
Preguntar sobre las dotaciones Cuando especifiquen alguna Falla	Comite de Control Social y talento humano	Durante la vigencia del Contrato

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
[redacted]	Participante
[redacted]	Participante
[redacted]	Presidente

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

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

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

Powered by CamScanner

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

ACTA DE REUNIÓN N 6

FECHA: DÍA 15 **MES** agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 02:Pm.

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El día 15 de agosto del año en curso se realiza una reunion en la unidad de servicio tando con el comite de control social de la UCA Para tratar el tema relevante a la unidad de servicio conforme a la verificacion que se realiza en dicho lugar en pro de hacer seguimiento a la dotacion se evidencio que la fundacion social cumple con el requerimiento de las dotacion contando con todo lo requerido y los miembros del comite de control social se comprometen a seguir realizando un seguimiento oportuno para garantizar una mejor prestacion del servicio y otienar tambien sobre la misma entrega de que los usuarios esten contentos con la prestacion de servicio

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
verificar las dotaciones cuando miren algunas falla.	comite de control social y talento humano	Durante la vigencia del contrato
Preguntar sobre las dotaciones cuando consideren necesario	comite de control social talento humano	durante la vigencia del contrato

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Claribeth Palacios C.	Participante
sandra Paola P.C	Participante
Clarita Palacios	Participante

Powered by CamScanner

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

ACTA DE REUNIÓN N. 1

FECHA: DÍA 4 **MES** Septiembre **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 01:Pm.

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El dia 4 de septiembre del año en curso se realizo una reunión en la unidad de servicio Managua con el comité de control social de la UCA para tratar el tema relevante a la unidad de servicio conforme a la verificación que se realizo en dicho lugar en aras de hacer seguimiento a las dotación, se evidencio que la fundación chocó social cumple con el requerimiento de las dotación contando con todo lo requerido y los miembros del comite de control social se comprometen a seguir realizando un seguimiento oportuno para garantizar una mejor prestación del servicio y orientar la misma en aras de que los usuarios esten contentos con la prestación del servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar las dotaciones cuando sea necesaria	Comité de Control Social y talento humano.	Durante la Vigencia del Contrato.
Preguntar sobre las dotación cuando miren alguna falla.	Comité de control social y talento humano	Durante la vigencia del Contrato.

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

Powered by CamScanner

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Natalia Moreno	Presidenta
Marleidys Mosquera	Participante
Alexandra Paola Moreno	Secretaria

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

VEEDURIA CIUDADANA

ACTA DE VERIFICACION

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

VERIFICACIÓN N°: 5	
Fecha:	4 DIA agosto MES 2025 AÑO
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: cantón del san Pablo
Centro zonal: Tadó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundchoso
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 128
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial.	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Flor Mira Mena Palacios
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Puerto Pervel	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3105861645
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Puerto Pervel	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 15	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité de Veeduría Ciudadana "Unidos por un Propósito"
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer seguimiento al ejercicio du contrato 128
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar las dotaciones

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se presento ninguña novedad durante la visita.

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

Que la fundacion siga teniendo los dotaciones al dia.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Samira Hinestroza.

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: No tiene
- Número Celular y/o fijo: 3147088163

¡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

PROCESOS DE FORMACION A FAMILIAS

ACTA DE REUNION

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

ACTA DE REUNIÓN N 5

FECHA: DÍA 4 **MES** agosto **AÑO:** 2025 **HORARIO:** 02: Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: El dia 4 de agosto del año en curso se realizo una reunión en la unidad de servicio Puerto Pereil con el comite de veeduria Ciudadana de la UCA para tratar el tema relevante a la unidad de servicio conforme a la verificación que se realizo en dicho lugar en aras de hacer seguimiento a las dotaciones, se evidencia que la fundación choco social cumple con el requerimiento de las dotacipnes con todo lo requerido y los miembros del comite de veeduria ciudadana se compromete a seguir realizando un seguimiento oportuno, para garantizar una mejor prestacion del servicio y orientar tambien la misma en aras de que los usuarios esten contentos con la prestación del servicio.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Verificar las dotacion cuando consideren necesario.	comite de control social y talento humano	Durante la vigencia del contrato.
Preguntar sobre las dotación cuando miren alguna falla	comite de control social y talento humano	Durante la vigencia del contrato

¡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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Samira Menestroza	participante
Yuranny Mena Palacios	Participante
Karen Valencia	Participante

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