| VERIFICACIÓN Nº: 09 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 06 | NOVIEMBRE | 2025 |
| **Regional/Departamento: HUILA** | **Municipio: RIVERA** | | |
| **Centro zonal:** LA GAITANA | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación De Mujeres Productoras De Cárnicos Del Caquetá** | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar** | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 41001182025** | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):**<br>**Educación Inicial En El Hogar**<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:**<br>DEJANDO HUELLAS 3<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:**<br>**CARRERA 5 # 5-25** | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:**<br><br>**MARIA CECILIA PUENTES**<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):**<br>3123308588 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 49 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 49** | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | COMITÉ DE CONTROL SOCIAL DEJANDO HUELLAS 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Se busca verificar el cumplimiento de los lineamientos técnicos del ICBF, el uso responsable de los recursos públicos y la implementación de buenas prácticas de manipulación y conservación de los alimentos, asegurando así que los niños y niñas beneficiarios reciban productos en óptimas condiciones y con el valor nutricional requerido. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | La visita tuvo como finalidad realizar una verificación integral de los procesos relacionados con la entrega de los complementos alimentarios, observando su estado físico, fecha de vencimiento, condiciones de almacenamiento, limpieza del área, y cumplimiento de los protocolos de registro y control. Además, se buscó fortalecer los espacios de participación y vigilancia ciudadana, promoviendo el compromiso activo de las familias en la supervisión de la gestión alimentaria, para garantizar la calidad del servicio y el bienestar nutricional de la población infantil atendida en el marco del programa. |



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.

Scanned with CamScanner

**Procedimiento sugerido para la visita:**

1. El procedimiento inició con la presentación del comité y la explicación del propósito de la visita a los responsables del programa. Posteriormente, se efectuó un recorrido detallado por el área de almacenamiento, verificando las condiciones higiénicas, el orden, la ventilación y la protección contra agentes contaminantes. Se revisaron los registros de ingreso y salida de la RPP y la Bienestarina, así como los listados de entrega a las familias. Se entrevistó brevemente al personal encargado para conocer el proceso de control de inventario y se tomaron registros fotográficos como soporte. Finalmente, se realizó una reunión de cierre en la cual se socializaron los hallazgos y se acordaron compromisos para fortalecer la gestión y la rendición de cuentas ante la comunidad.

| ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA) | Marque con una X según la respuesta que corresponda | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | No se está haciendo control social a este tema o no aplica |
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | N/A |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | N/A |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | N/A |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | ✓ | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | ✓ | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | ✓ | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | ✓ | | |




Scanned with CamScanner

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



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.

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | N/A |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | | | N/A |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | | | N/A |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | | | N/A |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | | | N/A |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | | | N/A |

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

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

**OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA**

el Comité de Control Social observó que el espacio físico cuenta con condiciones generales adecuadas para el desarrollo de las actividades pedagógicas; sin embargo, se identificaron aspectos que requieren atención, como la necesidad de reforzar la señalización de rutas de evacuación, mejorar la organización del material didáctico y realizar mantenimiento preventivo a ciertos elementos del mobiliario. Asimismo, se evidenció la disposición del equipo responsable para implementar las recomendaciones, lo cual favorece el cumplimiento de los estándares de calidad exigidos por el programa..

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

Durante la visita se identificó la necesidad de reforzar el registro fotográfico de las entregas de RPP y Bienestarina como evidencia de transparencia ante los entes de control. Asimismo, se verificó que el libro de inventarios está actualizado y cuenta con las firmas de verificación correspondientes, lo cual refleja un manejo ordenado del proceso. Adicionalmente, se comprobó que las familias beneficiarias conocen los días de entrega y las recomendaciones de preparación, aunque se sugiere continuar con las estrategias de educación nutricional para fortalecer el uso adecuado de los complementos en el hogar.




Scanned with CamScanner

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

El Comité recomienda mantener el orden, la limpieza y el control permanente de las fechas de vencimiento de los productos, así como reforzar la señalización del área de almacenamiento con información visible sobre normas de manipulación segura. Se sugiere implementar capacitaciones periódicas dirigidas a las familias sobre la correcta preparación y conservación de la RPP y la Bienestarina, enfatizando su valor nutricional. Además, se propone llevar un registro fotográfico mensual de la entrega de los complementos como evidencia de gestión transparente. Finalmente, el comité exhorta a continuar con las buenas prácticas observadas y fortalecer los espacios de rendición de cuentas con las familias y la comunidad.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: LAUREN QUIMBAYA
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: LQUIMBAYAHORTA@Gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3223558804



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.

Scanned with CamScanner