# Participación Ciudadana


Cel. 3117115495
E-mail: fundapazcificovive@gmail.com
Quibdó- Chocó

# CONTROL SOCIAL


Cel. 3117115495
E-mail: fundapazcificovive@gmail.com
Quibdó- Chocó

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:10/11/2025**
**HORA DE INICIO: 3:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 10 de noviembre del 2025 siendo las 3 de la tarde la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la UCA vive la paz 1 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Karen Daniela Córdoba Palacios
- Merlin Yassiris Mayorla Mosquera.

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

¡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.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 2 de 3 |

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

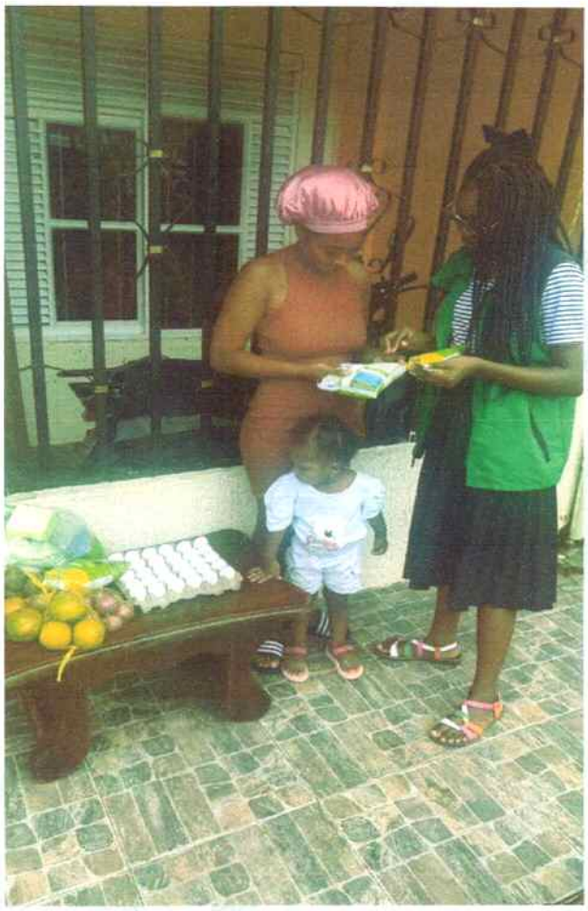
| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| Karen Daniela Córdoba Palacios | **Presidente** |
| Merlin Yassiris Mayorla Mosquera. | Secretario |
| | |
| | |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.



Firma quien realiza en acta

Ruth Karina R.H.



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 10 Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundacion Pazcifico Vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion inicial<br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la paz 1<br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Jazmin | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Mary leidy Sinisterra Córdoba<br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 310 489 7662 | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la paz 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduria ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |



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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios fisicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduria. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad | | | | |

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

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



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:10/11/2025**
**HORA DE INICIO: 10:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 10 de noviembre del 2025 siendo las 10 de la mañana la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive la paz 2 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.



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

273

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

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




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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.





Firma quien realiza el acta

Ruth Katrina Robledo



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 10 | Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pacífico vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Margarita | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3205351032 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Piñal de Medrano | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

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

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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


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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | | | |



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

277

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad | | | | |

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

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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:12/11/2025**
**HORA DE INICIO: 4:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 12 de noviembre del 2025 siendo las 4 de la tarde la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la UCA vive la esperanza 3 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Yury Ruiz Oki
- Luria Quintero Tanicamo

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.



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

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| Yury Ruiz Oki | **Presidente.** |
| Luria Quintero Tanicamo | Secretario. |
| | |
| | |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.



Firma quien realiza el acta

Ruth Karina R. M.

¡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.

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

| VERIFICACIÓN N°: ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 11 Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pacífico Vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bahía Solano<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** _____ | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Diana Isabel Murillo Mosquera<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3103822099 | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la esperanza 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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


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

| | | | |
|---|---|---|---|
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 3 de 4 |

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

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

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

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

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

**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:**
Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad

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

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

284

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:11/11/2025**
**HORA DE INICIO: 3:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 11 de noviembre del 2025 siendo las 3 de la tarde la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la UCA vive la esperanza 1 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Leidy Marmolejo Blandón
- Yenifer Palacios Córdoba.

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 2 de 3 |

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| Leidy Marmolejo Blandón | **Presidente.** |
| Yenifer Palacios Córdoba | Secretario. |
| | |
| | |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.





Firma quien realiza el acta

Ruth Karina R.



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: _____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 11 | Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pacífico Vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la esperanza 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Poblado | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Salvadora Cordoba de Diego<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 314 6698188 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la esperanza 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas, y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |




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

289

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduria. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad | | | | |

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

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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:6/11/2025**
**HORA DE INICIO: 3:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 6 de noviembre del 2025 siendo las 3:00 de la tarde la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive el amor 3 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Mauricio Ruiz Guarabata
- Wilner Damaza Conde
- Felegrino valencia Duaves
- Eutimio Sucre Forastero

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:



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

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| Mauricio Ruiz Guarabata | Presidente |
| Wilner Damaza Conde | Representante |
| Felegrino valencia Duaves | Lider |
| Eutimio Sucre Forastero | Secretario |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA.**



Firma quien realiza el acta

Ruth Karina R. H.

¡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.

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

| VERIFICACIÓN N°: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** 6 | 6 | Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive el amor 3<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Taina | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Zicanio Achito Forastero<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3145472639 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive el amor 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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


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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las caracteristicas propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquin de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | X | | * |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | X |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios fisicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guia de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad | | | | |

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

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



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:7/11/2025**
**HORA DE INICIO: 11:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 11 de la mañana la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive el amor 2 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduria es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Olivia Cabrera Becheche
- Luz Mery Sucre Saitano

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

¡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.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 2 de 3 |

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| Olivia Cabrera Becheche | Presidente |
| Luz Mery Sucre Saitano | secretario |
| | |
| | |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.





Firma quien realiza el acta

Ruth Karina R.

¡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.

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

| VERIFICACIÓN N°: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 7 | Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundacion Pazcifico Vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion Inicial<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive el amor 2<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Obapo | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yaneth Lozano<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320 995 2078 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

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

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

300

| | | | |
|---|---|---|---|
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | ✓ | | |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | ✓ | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | ✓ | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | ✓ | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | ✓ | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | ✓ | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | ✓ | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | ✓ | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las caracteristicas propias del territorio y la comunidad? | ✓ | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | ✓ |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | ✓ | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | ✓ | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | ✓ | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | ✓ | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | ✓ | | |
| D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | ✓ | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | ✓ | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | ✓ | | |

301

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |

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

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

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

Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad

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

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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:7/11/2025**
**HORA DE INICIO: 3:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 3 de la tarde la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la UCA familia 1 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Yelitza Rentería Córdoba
- Gladys Valois Palacios.

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.



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

- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| Yelitza Rentería Córdoba | Presidente |
| Gladys Valois Palacios. | 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.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.



Firma quien realiza el acta

Ruth Karina R.

¡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.

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 7 Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Inicial<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive en familia 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cabi, buenos aires | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Lili Yohana Quejada<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3187004107 | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive familia 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes, mediante un servicio de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquin de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |

307

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduria. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad | | | | |

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

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




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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:10/11/2025**
**HORA DE INICIO: 2:00 PM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 10 de noviembre del 2025 siendo las 2 de la tarde la psicosocial RUTH KARINA ROBLEDO MURILLO se reúne con los participantes de la UCA vive el amor 1 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Daly Johana Rentería Córdoba
- Sandra Patricia Angulo Cortes
- Yeny Paola Palacios Quejada

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.



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

- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| • Daly Johana Rentería Córdoba | Presidente |
| • Sandra Patricia Angulo Cortes | Representante |
| • Yeny Paola Palacios Quejada | Secretario |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.






Firma quien realiza el acta

Nth Karina R.



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: ____ | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 10 | Noviembre | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcífico Vive. | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive el amor 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Batallon - zona Minera | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leidy Palacios Blandon<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3205325024 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive el amor 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar los derechos de los niños, niñas y mujeres gestantes. mediante un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social de los servicios que presta la modalidad |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

312

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 3 de 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Continuar trabajando por el bienestar de la comunidad | | | | |

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

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


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

34

**ACTA DE REUNIÓN N__08**

**FECHA:** 7/11/2025
**HORA DE INICIO:** 3:00 PM
**HORA FINA:** 5:00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 7 de noviembre del 2025 siendo las 3 de la tarde la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes de la comunidad UCA alto necora dos con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se le entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta como se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Dalio González Dumaza
Angelica Bailarín
Lina Bailarín Dumaza
Yesica González

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

315

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**





**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | ROL:presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Dalio González Dumaza | Presidente |
| Angelica Bailarín | Líder |
| Lina Bailarín Dumaza | Secretaria |
| Yesica González | Integrante |

Firma quien realiza en acta
Nidia Cadena

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 7 / 11 / 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** pazafico vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educacion Inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Orlando Bailarin Tuna Y | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Alto nelora uno | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3225402211 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad alto nelora uno | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Alto nelora uno |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestantes tengan una atención integral y de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que ofrece la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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



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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduria. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Seguir trabajando por el desarrollo o bienestar de 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: Gabriela Balaun
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____



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

319

**ACTA DE REUNIÓN Nº__08**

**FECHA:** 7/11/2025
**HORA DE INICIO:** 1:00 PM
**HORA FINA:** 3:00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 1 de la tarde la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes de la comunidad UCA alto necora uno con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se le entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta como se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Charore Bailarin Dumaza
Rubiela Gonzalez Cuñapa
Ligia Dumaza
Amancio Panesso Dumaza

Para continuar los participantes encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |



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

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**





**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Charore Bailarin Dumaza | Presidente |
| Rubiela Gonzalez Cuñapa | Líder |
| Ligia Dumaza | Secretaria |
| Amancio Panesso Dumaza | Integrante |

Firma quien realiza en acta
Nidia Caleres



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 7 / 11 / 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazatilo Cruz | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** educación inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yemerson Gonzalez Chony | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias/y usuarios:** Alto Nelora dos | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3147532124 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad Alto nelora dos | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Alto Nelora 1000 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestantes tengan una atención integral y de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer Control social a los Servicios que ofrece la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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



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

322

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |



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

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

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

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

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

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

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

seguir trabajando en union por el desarrollo o bienestar de 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: Angela Balarin
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____




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

324

**ACTA DE REUNIÓN Nº__08**

**FECHA:** 8/11/2025
**HORA DE INICIO:** 2:00 PM
**HORA FINA:** 4:00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 8 de noviembre del 2025 siendo las 2 de la tarde la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes de la comunidad UCA boca salina con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se le entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Naila Quintero
Demetrio Panesso
Mirella Maniza Dumaza
María Alis Panesso Dumaza

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |




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

325

| | | |
|---|---|---|
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**

**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**







**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Naila Quintero | Presidente |
| Demetrio Panesso | Líder |
| Mirella Maniza Dumaza | Secretaria |
| María Alis Panesso Dumaza | Integrante |

Firma quien realiza en acta

Nidia Caleres




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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 8 \| 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Parafilo Ulue | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cleider Bailann | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Boca salina | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3217352963 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad Boca salina | | |
| **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:** | Boca salina |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestante tengan una atención integral y de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que ofrece la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

327

| | | | |
|---|---|---|---|
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las caracteristicas propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |




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

328

| | | | |
|---|---|---|---|
| B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA**: incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Seguir trabajando por el desarrollo y bienestar de 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: Yaneth Quintero
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____




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

329

## ACTA DE REUNIÓN N__08

**FECHA:** 8/11/2025
**HORA DE INICIO:** 10:00 AM
**HORA FINA:** 12:00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 8 de noviembre del 2025 siendo las 10 de la mañana la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes de la comunidad UCA conondo con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se le entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.

Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Zulia Moreno Rentería
Ovidio Chimarra Moreno
Maria Nela Mecha Birry
Claudio Undagama Isabare

Para continuar los encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |




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

330

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**

**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**





**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | ROL:presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Zulia Moreno Rentería | Presidente |
| Ovidio Chimarra Moreno | Líder |
| Maria Nela Mecha Birry | Secretario |
| Claudio Undagama Isabare | Integrante |

Firma quien realiza en acta

Nidia Cuero J.




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

331

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | 8 / 11 / 2025 | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazifico Vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propio intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luis eduardo undagama | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Conondo<br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad de Conondo | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3134481976 | |
| **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:** | Conondo |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestantes tengan una atención de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Haler Control social a los servicios que ofrele la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |



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

333

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduria. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Trabajar en union por el bienestar y desarrollo de 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: Olvidio Chirama
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____




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

## ACTA DE REUNIÓN Nº__08

**FECHA:** 7/11/2025
**HORA DE INICIO:** 9:00 AM
**HORA FINA:** 11:00 AM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Dinámica rompe hielo
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 7 de noviembre del 2025 siendo las 9 de la mañana la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes pertenecientes al comité de control socia de la comunidad UCA el tigre con el objetivo de hacer seguimiento al mismo, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
Se les recuerda que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Lucinda Tapi Lana
Alicia Dogari Bailarin
Mariela Dumaza
Cesilia Dumasa Isarama

Para continuar los usuarios encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |



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

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**





**ASISTENTES A LA REUNION**

| NOMBRES Y APELLIDOS | ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Lucinda Tapi Lana | Presidente |
| Alicia Dogari Bailarin | Líder |
| Mariela Dumaza | Secretaria |
| Cesilia Dumasa Isarama | Integrante |

Firma quien realiza en acta
Nidia Calera.




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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | |
|---|---|
| Fecha: 7 / 11 / 2025 | |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Pazafico Vive |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: willinton Isarama |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El Tigre | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3218229521 |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Comunidad el tigre. | |
| 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: | El tigre |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestantes tengan una atención integra y de Calidad. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer control social a los servicios que ofrece la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

337

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las caracteristicas propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduria ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |



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

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

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

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

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

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

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

Trabajar en union por el desarollo y bienestar de 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: Lucinda Tapi
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

339

## ACTA DE REUNIÓN N__08

**FECHA:** 8/11/2025
**HORA DE INICIO:** 9:00 AM
**HORA FINA:** 10:00 AM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 8 de noviembre del 2025 siendo las 9 de la mañana la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes de la comunidad UCA playa alta con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se le entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
David Tunay Guacamayo
Liliana Dumaza González
Sindi Tapi González
Claudia Perea Bailarín

Para continuar los usuarios encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |




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

340

| | | |
|---|---|---|
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**





**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | ROL:presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| David Tunay Guacamayo | Presidente |
| Liliana Dumaza González | Secretaria |
| Sindi Tapi González | Líder |
| Claudia Perea Bailarín | Integrante |

Firma quien realiza en acta
Nidia Cuicare



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

341

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | |
|---|---|
| Fecha: 8 11 2025 | |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdó |
| Centro zonal: Quibdó | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Porafico Unue |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Nelson Dumaza Isama |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Playa Alta | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3206473324 |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Comunidad Playa Alta. | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita: 20 | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Playa Alta |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestantes tengan una atención integral y de Calidad. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer Control social a los servicios que ofrece la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

342

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |



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

343

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Seguir trabajando unidos por el bienestar de 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: Daelis Amar
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____

344

**ACTA DE REUNIÓN Nº__08**

**FECHA:** 7/11/2025
**HORA DE INICIO:** 10:00 AM
**HORA FINA:** 12:00 AM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 10 de la mañana la psicosocial NIDIA KATERINE CACERES ASPRILLA se reúne con los participantes de la comunidad UCA Pueblo nuevo con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se le entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta como se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana. Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Andes Rivas Omana
Juliana Cunampia Dumaza
María Elena Panesso
Nercy rojas Isarama

Para continuar los participantes del comité realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Se les explica que es el último paquete que se les entrega en el año debido a que desde ICBF se le notificó a la fundación que se opera hasta el día 13 de noviembre.
Como profesional psicosocial se le dan las gracias a cada una de las personas por hacer parte de este proyecto y por su participación activa.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.



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

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**





**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | ROL:presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Andes Rivas Omana | Presidente |
| Juliana Cunampia Dumaza | Líder |
| María Elena Panesso | Secretaria |
| Nercy rojas Isarama | Integrante |

Firma quien realiza en acta
Nidia Cortes




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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 01 | 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifico Unit | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Jhon Jairo Rojas Prato | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Pueblo Nuevo | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3233730617 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Comunidad Pueblo nuevo | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Pueblo Nuevo |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y mujeres gestantes tengan una atención integral y de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer Control social a los servicios que ofrece la modalidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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


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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | X | | |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | X | | |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | X | | |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | X | | |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | X | | |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | X | | |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | X | | |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | X | | |
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | X | | |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | X | | |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | X | | |



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

348

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | X | | |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | X | | |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | X | | |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | X | | |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | X | | |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | X | | |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | X | | |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | X | | |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | X | |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |
| **RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** Seguir trabajando por el bienestar de 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: Andres Ricas Omaña
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: _____



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

**ACTA DE REUNIÓN -8**

**FECHA:** 11/11/2025
**HORA DE INICIO:** 3.10 PM
**HORA FINA:** 4: 15 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 11 del mes de noviembre del año 2025 siendo las 3:10 pm de la tarde la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA Kilometro 7 – 2 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Carmela Conde Achito
Norverina Ortega Cuñapa
Henerilia Rojas Mecha
Marleni Sapia Berrugate

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Novedad: El queso que se les entregaba fue reemplazado por leche en polvo, esto solicitado por las familias beneficiarias.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- Verificar la cobertura de los usuarios de la UCA
- Verificar las acciones laborales del talento humano.
- Trabajar con responsabilidad y compromiso

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |




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

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**
**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Nolverina Ortega Cuñapa | Presidente |
| Carmela Conde Achito | Líder |
| Herneriali Rojas Mecha | Secretaria |
| Marleni Sapia Berrugete | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**Registro fotográfico**



UCA: Kilometro 7 -dos

Verificación comité de control social




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

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

**VERIFICACIÓN Nº:** 8

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** Noviembre | **DIA** 11 | **MES** 11 | **AÑO** 2025 | | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Parroquia Vda | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial Propia e. Intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria Elsa Conde Hinestroza | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Kilometro 7 - 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 321 [illegible] 3206 86 | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Vda - Quibdo Yuto | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Kilometro 7 # 2. |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Velar por la garantia de derechos y ofrecer Servicio de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control Social a los Servicios que Presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Hacer las respectivas Verificaciones esto para Prestar un Servicio de calidad donde se beneficien todos los Familias de 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: o Inerneria roja
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: o
- Número Celular y/o fijo: o

355

**ACTA DE REUNIÓN -08**

**FECHA:** 10-11- 2025
**HORA DE INICIO:** 3.15 :00 PM
**HORA FINA:** 4.15 00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 10 de noviembre del 2025 siendo las 3. 15 minutos de tarde la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA KIPHARA con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Novedad: El queso que se les entregaba fue reemplazado por leche en polvo esto solicitado por las familias beneficiarias.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- verificar la cobertura
- Hacer seguimiento al talento humano
- Trabajar con responsabilidad y compromiso.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |



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

356

| | | |
|---|---|---|
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**

| | |
|---|---|
| | |

**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Daisy Conde Dumaza | Presidente |
| Rubiela Forastero Forastero | Líder |
| Maria ligia Panesso Rojas | Secretaria |
| Marlenis Caizamo Garabato | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA**




**UCA**: Kiphara

Verificación control social




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

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

| **VERIFICACIÓN Nº:** 6 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** Noviembre | **DIA** 19 | **MES** 11. | **AÑO** 2025 | | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Parduco | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural. | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación Propia e Intercultural | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Cruz Lenis Rojas | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Alphard. | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 314.642.3219. | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Villa Aveling la invasión casa 61 | | | | | |
| **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:** | Alphard |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Velar por la garantia de derechos mediante un servicio de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control Social a los Servicios que Presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Se recomienda al comité de control social traer las respectivas verificaciones, y trabajar con compromiso y responsabilidad por las familias beneficiarias.

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



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

**ACTA DE REUNIÓN -8**

**FECHA:**11 /11\2025
**HORA DE INICIO:** 3: 10 PM
**HORA FINA:** 4. 15 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 11 del mes de noviembre 2025 siendo las 3 10 pm de la tarde la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA Kilometro 7 – 1 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Amparo Conchave Chami
Nora Chamorro
María forastero Isarama
Manuela Achito Conde

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Novedad: El queso que se les entregaba fue reemplazado por leche en polvo esto solicitado por las familias beneficiarias

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- Verificar la cobertura
- Verificar el cumplimiento del talento humano
- Trabajar con compromiso y responsabilidad.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |




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

362

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**
**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Maylin Conchave Conde | Presidente |
| Nora Chamorro | Líder |
| Amparo Conchave Chami | Secretaria |
| Manuela Achito Conde | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**Registro fotográfico**




UCA: Kilometro 7-uno

Verificación comité de control social




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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 6 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha: Noviembre | DIA | 11 | MES | 11 | AÑO 2023 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdo | | | | |
| Centro zonal: Quibdo | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Diocesano | | | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e Intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial Preescolar | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Yolanda Quiroz | | | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Kilometro 7 UNO | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o), madre o padre comunitaria(o): 314.686.6866 | | | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Quibdo Yuto. | | | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 20 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 20 | | | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Kilometro 7 – UNO |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Velar por la Garantia de derechos mediante un Servicio de calid. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer control Social a los Servicios que Presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

Hacer las respectivas verificaciones esto con la finalidad de obtener un servicio donde todos los participantes estén a gusto, y sus derechos sean prioridad.

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



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.

367

**ACTA DE REUNIÓN -8**

**FECHA:** 10/11 /2025
**HORA DE INICIO:** 2 00 PM
**HORA FINA:** 3 :00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 10 de noviembre del 2025 siendo las 2 de la tarde la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA EYAZAKE con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Novedad: El queso que se les entregaba fue reemplazado por leche en polvo esto solicitado por las familias beneficiarias.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- Verificar la cobertura y que el talento humano cumpla con lo establecido en la garantía de derechos de niños y niñas.
- Trabajar con compromiso y responsabilidad.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |




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

368

| | | |
|---|---|---|
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

**Anexo**
**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Lili Johana Baquiaza Conde | Presidente |
| Deyanira Rubiano Maniza | Líder |
| Eudosia Bailarín Tanay | Secretaria |
| Zoraida Forastero Rubiano | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**Evidencias fotográficas**




UCA: Eyasake

Verificación comité control social



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: Noviembre | DIA | MES 11 | AÑO 2025 |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: Quibdo | | |
| Centro zonal: Quibdo | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Parauhio | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Relevancia Mod Propia e Intercultural | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Carlos Arthur Tunay | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Eyabare | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o), madre o padre comunitaria(o): 320 [illegible] 7.1495 | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Comunidad Indígena Bl el Curaro | | | |
| 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: | Eyabare |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Velar por la garantía de derechos mediante un Servicio de calidad. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer Control Social a los Servicios que Presta la modalidad |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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

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

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

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

Se recomendo al comité de control Social hacer las respectivas Verificaciones esto con la finalidad de mejorar la calidad del Servicio y garantia de derechos

**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: Yovanda Tovasterio
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3103241121

¡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.

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

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

373

**ACTA DE REUNIÓN -8**

**FECHA:** 11/11/2025
**HORA DE INICIO:** 2:00 PM
**HORA FINA:** 3:00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 11 de noviembre del 2025 siendo la 2 de la tarde la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA Bendición 2, con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

Yulieth Lana Lana
Maria Yurleydis Rojas Mecha
Maritza Martinez Cabrera
Dora Elena Becheche Rubiano

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Novedad: El queso que se les entregaba fue reemplazado por leche en polvo esto solicitado por las familias beneficiarias

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes
- Verificar la cobertura
- La puntualidad y compromiso del talento humano de la fundación
- Trabajar con compromiso y responsabilidad.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |




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

379

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

## ASISTENTES A LA REUNION

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Yulieth Lana Lana | Presidente |
| Maria Yurleydis Rojas Mecha | Líder |
| Maritza Martinez Cabrera | Secretaria |
| Dora Elena Becheche Rubiano | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**Evidencia fotográfica**



UCA: Bendición dos

Verificación del comité de control social




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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 8 | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** Noviembre | **DIA** 11 | **MES** 11 | **AÑO** 2025 |
| **Regional/Departamento:** Choco | **Municipio:** Quibdo | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Pazcifico V[illegible] | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Atención propia e intercultural. | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Toto Cabrera Dumano | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bendición dos | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3226[illegible]7053 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Vía Yuto (Cabí | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 26 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Bendición dos. |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Velar por la garantía de derecho de las familias apreciando un servicio de calidad |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control Social a los Servicios que presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

Continuar trabajando con responsabilidad, compromiso, disciplina y mucho amor por las familias beneficiarias

**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: o Dora Elena Becheche
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: o no

PRUEBA

**ACTA DE REUNIÓN -8**

**FECHA:** 11/11/2025
**HORA DE INICIO:** 2:00 PM
**HORA FINA:** 3 00 PM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 11 de noviembre del 2025 siendo las 2 de la tarde la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA Bendición 1, con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

- Jorgita Mejia Nampia
- Cruz Elena Nanpia Becheche
- Yarleyza Lana Becheche
- Geni Conde Martinez

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Novedad: El queso que se les entregaba fue reemplazado por leche en polvo esto solicitado por las familias beneficiarias.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- Verificar con trasparencia la prestación del servicio
- Verificar la cobertura
- Hacer seguimiento al talento humano
- Continuar trabajado con responsabilidad y compromiso por las familias beneficiarias.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|




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

380

| | | |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Jorgita Mejia Nampia | Presidente |
| Cruz Elena Nanpia Becheche | Líder |
| Yarleyza Lana Becheche | Secretaria |
| Geni Conde Martinez | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**evidencia fotográfica**



UCA: Bendición uno

Verificación del comité de control social




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

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

**VERIFICACIÓN Nº:** 5

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** Novembe | **DIA** 11 | **MES** 11 | **AÑO** 2025 | | |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdo | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Porvenir [illegible] | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial Propia e Inter | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Leonardo Nemqueta. | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bendición Uno | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 313 43 [illegible] 33 | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Vía - Quibdo - Yuto | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20. | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Bendición Uno |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Velar por la Garantía de derechos y brindar un Servicio de calidad a todas las familias |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control Social a los Servicios que Presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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



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

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



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

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

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

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

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

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

Trabajar con disponibilidad hacer las verificaciones pertinentes para ayudar a la garantía de un servicio de calidad.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Cruz Elena
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: -
- Número Celular y/o fijo: 3134312133



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 01/03/2025 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 2 |

**ACTA DE REUNIÓN __08**

**FECHA:** 10/11/2025
**HORA DE INICIO:** 09.00 AM
**HORA FINA:** 10:00 AM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 10 de noviembre del 2025 siendo las 9 de la mañana la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA El 15 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Luz Erika Velasquez Dosavia
Diana Marcela Saldarriaga Tirado
Laura Carolina Florez Florez
Alicia Maria Calle Panchi

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- Verificar con trasparencia la prestación del servicio
- Verificar la cobertura
- Hacer seguimiento al talento humano
- Continuar trabajado con responsabilidad y compromiso por las familias beneficiarias.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

| | | |
|---|---|---|
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

**Anexo**
**Registro fotográfico del seguimiento del comité de control social**

| | |
|---|---|
| | |

**ASISTENTES A LA REUNION**

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Luz Erika Velasquez Dosavia | Presidente |
| Diana Marcela Saldarriaga Tirado | Líder |
| Laura Carolina Florez Florez | Secretaria |
| Alicia Maria Calle Panchi | Integrante |

Firma quien realiza en acta

Evidencia fotográfica



UCA: El 15
Verificación control social



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

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

**VERIFICACIÓN Nº:** 8

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** Noviembre | **DIA** | 20 | **MES** | 11 | **AÑO** 2022 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdo | | | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Parcialmente A | | | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia e intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial Propia e intercultural. | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Alejandro Bitoca M. | | | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vía Quibdo Medellín | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320.950.0967 | | | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** El 13 | | | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignadas(os) 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:** | El 13 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Velar por la garantia de derechos y ofrecer Servicio de calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control Social a los Servicios que Presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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



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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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? | | | V |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | X | | |

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

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

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

Se recuerda al comité de control Social hacer las verificaciones pertinentes ojto con la finalidad de hacer un buen ejercicio donde todos los participantes salen ganando.

**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: Diana Marcela Saltango
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 3105214151


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

**ACTA DE REUNIÓN -8**

**FECHA:** 10 /11 /2025
**HORA DE INICIO:** 10:00 AM
**HORA FINA:** 11:00 AM

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: CONTROL SOCIAL**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El 10 del mes de noviembre del 2025 siendo las 10 de la mañana la psicosocial LEYDA ARIAS se reúne con los participantes de la comunidad UCA Bajo Pacurita con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Para iniciar se les explica que el control social debe hacerse todos los meses con el objetivo de que ellos como comité puedan revisar el estado de los productos de RPP que se les entrega a los beneficiarios pertenecientes al programa, además de eso se les pregunta cómo se han sentido con los servicios que brinda la fundación Pazcífico vive en la modalidad propia e intercultural, donde se pudieron obtener respuestas muy positivas.

Se les hace una breve retroalimentación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Diciéndoles que no olviden que son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante. Recordándoles que deben tener en cuenta cuáles son sus funciones o responsabilidades, las cuales deben cumplir, permitiendo que la comunidad este informada sobre los servicios que brinda la fundación PAZCIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que podrán supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:
Aura ibamia Birry
María Elena Panesso Amagara
Herminia González González
Maria Luisa Lana

Para continuar los ciudadanos encargados del control social realizaron la verificación de los RPP manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a los siguientes acuerdos:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.
- Verificar con trasparencia la prestación del servicio
- Verificar la cobertura
- Hacer seguimiento al talento humano
- Continuar trabajado con responsabilidad y compromiso por las familias beneficiarias.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |




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

391

| | | |
|---|---|---|
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social y veeduría ciudadana. | Mes a mes |

## ASISTENTES A LA REUNION

| Nombres y apellidos | Rol presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| Aura Ibamia Birry | Presidente |
| María Elena Panesso Amagara | Líder |
| Herminia González González | Secretaria |
| María Luisa Lana | Integrante |

Firma quien realiza en acta

**Evidencias fotográficas**




**UCA:** Bajo pacurita
Verificación control social



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

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

| VERIFICACIÓN Nº: 2 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Fecha: Noviembre | DIA 10 | MES 11 | AÑO 2023 | |
| Regional/Departamento: Chocó | Municipio: | | | |
| Centro zonal: Quibdo | Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Parcialco [illegible] | | | |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e Intercultural | Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 138 | | | |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion Inicial Propia e Intercultural | Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Evelio Gonzalez. | | | |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Bajo Pacurita. | Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o), madre o padre comunitaria(o): 313324[illegible]99 | | | |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Via [illegible] | | | | |
| Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 17 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 17 | | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Bajo Pacurita. |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Velar por la garantia de derechos de los Niños Niñas Servicios de calidad. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer Control Social a los Servicios que Presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 3 de 4 |

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

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

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

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

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

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

Se recomienda al equipo de control social hacer constantemente las Verificaciones para ofrecer un mejor Servicio a las familias beneficiarias de la fundacion.

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


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA: DÍA 7 MES noviembre AÑO: 2025 HORARIO:1pm**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 1pm de la tarde la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA VIVE EN FAMILIA 3 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes, para continuar hace una oración donde se le da gracias a Dios por la vida, la salud y las cosas maravillosas que les regala cada día.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

ELCY MARIA MORENO PALACIOS

YADIRA SANCHEZ PALACIOS
ANDY LILIANA MOSQUERA MOSQUERA
YIRA MILENA PALACIOS SANCHEZ



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 2 de 3 |

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| **ELCY MARIA MORENO PALACIOS** | PRESIDENTA |
| **YADIRA SANCHEZ PALACIOS** | REPRESENTANTE |
| **ANDY LILIANA MOSQUERA MOSQUERA** | SECRETARIA |
| **YIRA MILENA PALACIOS SANCHEZ** | LÍDER |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 3 de 3 |

Evidencia fotográfica.






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

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

| **VERIFICACIÓN Nº:** ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Choco | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazifico vive. | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propio Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Heidy Palacios Murillo. | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive en familia 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3226639329 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ el obrero | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive en familia 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tengan atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad propia. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA | F4.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 3 de 4 |

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


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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yuici Lanis Palacios Cordoba
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3206820004

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

| **VERIFICACIÓN Nº: ____** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 | MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazufico vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Educación inicial | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Propia intercultural<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la magia 2<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ los mil quinientas | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Mayra Abuatad<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3124766946 | | |
| **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:** 16 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la magia 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tengan atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad propia. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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


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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | X | | |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |



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.

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



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.

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Karen Mena Parra.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3203926595



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA: DÍA 8 MES noviembre AÑO: 2025 HORARIO: 3 pm**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 8 de noviembre del 2025 siendo las 3 de la tarde la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA viviendo la magia 1 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dan do un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

ANDREA MILENA PANTOJA CORTES

JOHN FREDDY FLOREZ MORENO SALAS

ADRIANA PATRICIA RODRIGUEZ

YENI ROMAÑA MARQUEZ



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

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| ANDREA MILENA PANTOJA CORTES | PRESIDENTA |
| JOHN FREDDY FLOREZ MORENO SALAS | REPRESENTANTE |
| ADRIANA PATRICIA RODRIGUEZ | SECRETARIA |
| YENI ROMAÑA MARQUEZ | LÍDER |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

**Evidencia fotográfica.**





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

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA: DÍA 7 MES noviembre AÑO: 2025 _ HORARIO: 2pm**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 2 de la tarde la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA VIVE LA MAGIA con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

KAREN MENA PARRA

DANIELA RIVERA SALGADO

ANGIE YISELA CORTES MUÑOZ

DANIEL RIVERA SALGADO
Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.



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

411

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| NOMBRES Y APELLIDOS | ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| KAREN MENA PARRA | PRESIDENTA |
| DANIELA RIVERA SALGADO | REPRESENTANTE |
| ANGIE YISELA CORTES MUÑOZ | SECRETARIA |
| DANIELA RIVERA SALGADO | LÍDER |




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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

Evidencia fotográfica





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

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

| **VERIFICACIÓN Nª: ____** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 | MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazafico vivé | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la magia 1<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ las mil quinientas | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yaliza Salas Gamboa<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3232079072 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la magia 1 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tenga atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad propia. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |


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.

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



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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Andrea Milena Pantoja Cortes
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3102185131


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 4 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA: DÍA 7 MES noviembre AÑO: 2025 HORARIO: 4pm**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 4pm de la tarde la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UC VIVE LA MAGIA 3 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

ISABEL CRISTINA PIÑERES DIAZ

DANNY JULIETH MARTINEZ ASPRILLA

ANA YULISA IROBO SANCHEZ

VIVIAN MENA HINESTROZA



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

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| NOMBRES Y APELLIDOS | ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| ISABEL CRISTINA PIÑERES DIAZ | PRESIDENTA |
| DANNY JULIETH MARTINEZ ASPRILLA | REPRESENTANTE |
| ANA YULISA IROBO SANCHEZ | SECRETARIA |
| VIVIAN MENA HINESTROZA | LÍDER |

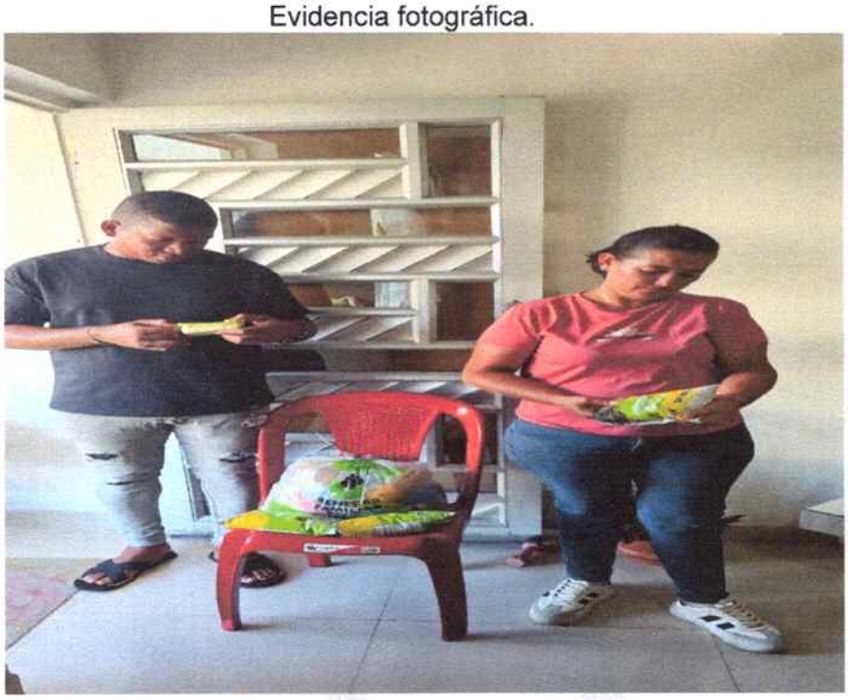


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

¡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.

Evidencia fotográfica.



¡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.

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

| VERIFICACIÓN Nª: ____ | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | DÍA 6 MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazufico Vive | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Joan Manuel Arboleda P. | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la magia 3 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3147581272 | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ el Jardín | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la magia 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tengan atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad propia. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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



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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. | ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. | ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. | ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. | ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. | ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. | ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. | En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | | |
| A. | ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. | ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. | ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. | ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |



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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Isabel Cristina Piñeres Diaz
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3116197656


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA: DÍA 8 MES noviembre AÑO: 2025 HORARIO: 11am**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 8 de noviembre del 2025 siendo las 11 de la mañana la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive en familia con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

NEICY LENIS PALACIOS CORDOBA

YENIFER CHAVERRA CAICEDO

HEIDY JOHANA MURILLO ABADIA

MARIA YORLADYS CARMONA LOPEZ



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

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| NEICY LENIS PALACIOS CORDOBA | PRESIDENTA |
| YENIFER CHAVERRA CAICEDO | REPRESENTANTE |
| HEIDY JOHANA MURILLO ABADIA | SECRETARIA |
| MARIA YORLADYS CARMONA LOPEZ | LÍDER |



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

Evidencia fotográfica





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

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

| **VERIFICACIÓN Nª: ____** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 | MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazífico Vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propio Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia<br><br>**Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive en familia 3<br><br>**Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Alfonso Lopez | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ana Gloria Palacios<br><br>**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3215740087 | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive en familia 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tengan atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |

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



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

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

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

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

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


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA: DÍA 7 MES noviembre AÑO: 2025 HORARIO: 10 am**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 10am de la tarde la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive esperanza 2 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.
Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

| | |
|---|---|
| TATIANA MORENO | PEREA |
| MARIA JOSE | REDIN RAMIREZ |
| KELLY VALENCIA | ASPRILLA |
| LUZ MARINA | QUEJADA BLANDON |

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| NOMBRES Y APELLIDOS | ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo). |
|---|---|
| TATIANA MORENO PEREA | PRESIDENTA |
| MARIA JOSE REDIN RAMIREZ | REPRESENTANTE |
| KELLY VALENCIA ASPRILLA | SECRETARIA |
| LUZ MARINA QUEJADA BLANDON | LÍDER |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

Evidencia fotográfica.




¡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.

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

| **VERIFICACIÓN Nª: ____** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 | MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcifico VIVE | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ketty Yohana Gaiud | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive esperanza 2 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3112020502 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ la esmeralda | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive esperanza 2 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tengan atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |



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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | | | X |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | | | X |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | | | X |
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | | | X |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | | | X |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | | | X |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | | | X |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | | | X |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | | | X |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | | | X |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | | | X |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | | X |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | | | X |

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

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



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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Tatiana Moreno Parra
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3113150976


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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 1 de 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_____**

**FECHA:7 /11/2025**
**HORA DE INICIO: 10:00 AM**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

**Desarrollo:** El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 10 de la mañana de la tarde la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive en hogar con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.
Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.
Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.
La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.
El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.
El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.
La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.
El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

GENOBIA ISAMARA ISAMARA

CARLINA FORASTRO PEDROZA

ORDILIA PEDROZA CAIZAMO

MARIELA CABRERA CABRERA

Para continuar los usuarios realizaron la verificación de los RPP es decir miraron si las fechas de vencimientos de los productos son fechas vigentes manifestando que todo está en buen estado.



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

Después de haber culminado el encuentro se pido llegar a las siguientes decisiones:

- Participar en todos los encuentros verificando y haciendo seguimiento a lo impartido y entregado en cada encuentro.
- Hacer seguimiento al buzón de sugerencia.
- Verificar que se le haga entrega de RPP a todos los participantes.

Para finalizar se les agradece a todas las personas que sacaron un espacio de su valioso tiempo para acompañar en esta reunión, se despiden con un fuerte aplauso y palabras de agradecimiento.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Verificar la calidad de los servicios | Comité de control social | Mes a mes |
| Presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad | Comité de control social | Mes a mes |
| Actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social y la veeduría ciudadana | Comité de control social | Mes a mes |
| Vigilar los procesos de planeación | Comité de control social | Mes a mes |
| Comunicar a la comunidad avances del proceso de desarrollo | Comité de control social | Mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| **GENOBIA ISAMARA ISAMARA** | Presidente |
| **CARLINA FORASTRO PEDROZA** | Representante |
| **ORDILIA PEDROZA CAIZAMO** | Lider |
| **MARIELA CABRERA CABRERA** | Secretario |



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 3 de 3 |

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA.**





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

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

| **VERIFICACIÓN Nº: ____** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 | MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazcifico VIVE | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Disnel Chamorro Isorama | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive en hogar | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3225381603 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ Casa blanca Sonu norte | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive en hogar |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas y madres gestantes tengan atencion con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |
| **Procedimiento sugerido para la visita:**<br>1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>2. Presentar el objetivo del control social y de la visita.<br>3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios.<br>4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social.<br>5. Entrega de los resultados de la visita. | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |



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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | | | X |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | | | X |
| **6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.<br>***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio? | | | X |
| B. | ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*** | | | X |
| A. | Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio? | | | X |
| B. | Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas? | | | X |
| C. | ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños. | | | X |
| D. | ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños? | | | X |
| E. | ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada? | | | X |
| F. | Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes? | | | X |
| **7. ESPACIO FÍSICO:** si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | | |
| A. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación? | | | X |
| B. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación? | | | X |
| C. | ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet). | | | X |
| D. | En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención? | | | X |
| E. | ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad? | | | X |
| **OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA:** incluya las observaciones sobre las verificaciones realizadas, según el objetivo del control social que se haya acordado con las(os) demás integrantes del comité o la veeduría. | | | | |
| **SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:** | | | | |



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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Genobra Isorama Isorama
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3137120411

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 3 |

**ACTA DE REUNIÓN N_01_**

**FECHA: DÍA: 7 MES: noviembre AÑO: 2025 HORARIO: 12pm**

**TEMA(S) DE LA REUNIÓN: comité de control social.**

Agenda:

- Saludo de bienvenida y oración
- Socialización de la temática
- Momento practico
- Compromisos
- Cierre y despedida

Desarrollo: El día 7 de noviembre del 2025 siendo las 12pm de la mañana la psicosocial LINA MARIA PALACIOS POTES se reúne con los participantes de la comunidad UCA vive la paz 3 con el objetivo de hacer seguimiento al comité de control social y veeduría ciudadana, se presenta dando un caluroso saludo de bienvenida a todos los presentes.

Pasa a hacer una breve explicación de lo que es un comité de control social y veeduría ciudadana.

Los comités de control social y las veedurías son formas de participación ciudadana que permiten a las familias usuarias de los servicios y demás personas interesadas, verificar las condiciones de calidad de los servicios de ICBF dirigidos a niñas, niños y mujeres en gestación, velando porque reciban una atención integral y de calidad.

Este control social y veeduría ciudadana está integrado por: presidente, representante, líder, secretario(a) e integrante.

La función del presidente en el comité de control social y veeduría es liderar y coordinar las actividades del comité.

El representante es el encargado de defender los derechos e intereses de la comunidad.

El líder se encarga de coordinar las actividades del comité y asegurarse de que se estén llevando a cabo de manera eficiente y eficaz.

La secretaria se encarga de registrar y mantener la documentación del comité.

El integrante debe asistir a las reuniones del comité y participar en las decisiones que allí se tomen.



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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.G23.PP | 04/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA | Versión 1 | Página 2 de 3 |

Es de gran importancia tener un comité de control social y veeduría ciudadana porque esto permite que la comunidad esté informada sobre los servicios que brinda la fundación PACIFICO VIVE en LA MODALIDAD PROPIA E INTIRCURTURAL, ya que les va a permitir supervisar la gestión pública y la utilización de los recursos para asegurar que se estén utilizando de manera eficiente y transparente.

Las personas que conforman el control social o veeduría ciudadana son:

LUCELLY CAICEDO GUTIERREZ

LUDYS OBREGON GARCIA

MAIRA ALEXANDRA PALACIOS PALACIOS

YERLYN EMILSEN COSSIO VALENCIA

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| verificar la calidad de los servicios | comité del control social | mes a mes |
| presentar reportes sobre las situaciones identificadas en la comunidad. | comité del control social | mes a mes |
| actuar con integridad y ética en todas las actividades relacionadas con el control social | comité del control social | mes a mes |
| vigilar los procesos de planeación. | comité del control social | mes a mes |
| comunicar a la ciudadanía avances del proceso en desarrollo. | comité del control social | mes a mes |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| LUCELLY CAICEDO GUTIERREZ | Presidente |



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

448

| | |
|---|---|
| LUDYS OBREGON GARCIA | Representante |
| MAIRA ALEXANDRA PALACIOS PALACIOS | Líder |
| YERLYN EMILSEN COSSIO VALENCIA | Secretario |

EVIDENCIA FOTOGRAFICA.




¡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.

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

| **VERIFICACIÓN Nº: ____** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | DIA 6 | MES 11 | 2025 |
| **Regional/Departamento:** Chocó | **Municipio:** Quibdó | | |
| **Centro zonal:** Quibdó | **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Fundación Pazífico vive | | |
| **Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):** Propia Intercultural | **Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 138 | | |
| **Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):** Educación inicial propia | **Nombres y apellidos del agente educativo o madre/ padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Lucelly Caicedo Gutierrez | | |
| **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Vive la paz 3 | **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3226623988 | | |
| **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** B/ la playita | | | |
| **Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados):** 20 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 20 | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:** | Vive la paz 3 |
| **Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:** | Garantizar que los niños, niñas madres gestantes tengan atención con calidad. |
| **Propósito o finalidad de la visita:** | Hacer control social a los servicios que presta la modalidad. |

**Procedimiento sugerido para la visita:**

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD:** si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio). | | | X |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros). | | | X |
| C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene? | | | X |
| **2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP):** si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio). | X | | |
| B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros). | X | | |
| C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura? | X | | |
| D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente? | X | | |
| **3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES:** se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad? | | | X |
| B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad? | | | X |
| C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad? | | | X |
| D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?<br><br>Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio. | | | X |
| **4. TALENTO HUMANO:** si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. | | | |
| A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes? | | | X |
| B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello? | | | X |
| **5. DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.** | | | |
| A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente? | | | X |
| B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios? | | | X |
| C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren? | | | X |



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.

| | | | |
|---|---|---|---|
| D. | ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS? | | X |
| E. | ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia? | | X |

**6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.
***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Ludys obregon Garcia.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: N/A
- Número Celular y/o fijo: 3206822003