ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Amiguitos del Mundo | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Aurora Ardila |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** B/ Nuevo Milenio | **TELÉFONO U.A:** 3226888628 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12-11-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Durante la visita no se encuentran novedade se observa organización y aseo para la entrega de paquetes
Los paquetes estaban todos completos acoides a la edad que entregan, en buenas condiciones todo.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

No se hace recomendaciones de parte de comité de control social.

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Durante la entrega de paquetes alimentarios se hizo presente la señora Yudy Tatiana Gómez en la cual procedio a observar y verificar es estado de los paquetes encontrando todos en buenas condiciones y completos acordes a el rango de edad. Por ende la agente educativa felicita y agradece a la madre por su responsabilidad y cumplimiento con su cargo como veedora del grupo.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Yudy Tatiana Gomez | 3154587613 | Yudy Gomez |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN**

**FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS**

Regional: Putumayo Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar Fecha: 12-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | LA Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Amiguitos del Mundo |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Aurora Ardila |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Se observa responsabilidad por parte de los usuarios para ir a tiempo a recibir los paquetes como también organización e higiene. Todos los paquetes se encuentran en buen estado

Firma de quién diligenció la ficha:

Yudy Tatiana Gomez

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Angelitos de vida I | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Yuleth 3192253436 Cuaran |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** V/ El Palmar | **TELÉFONO U.A:** 3163309900 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11 11 2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

No se edintificaron situaciones durante la visita

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

NO se realizan recomendaciones durante la visita

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

No se realizan observaciones.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Idalia Tello | 3132871290 | Idalia Tello |
| Maria Jose Ramirez | 3209066767 | Maria Jose Ramirez. |
| Luz Ely Betancourt | 3209182569 | Luz Ely Betancourt |
| Tatiana Rueda | 3134109160 | Tatiana Rueda |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 11 11 2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Angelitos de vida 1 |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Yolith cuarán |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

NO se realizan observaciones

Firma de quién diligenció la ficha:

Luz Ely Betancourt

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Illuias de sol | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** adriana Baijiuo |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** vereda Guadalito | **TELÉFONO U.A:** 3124439776 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** Illuia de sol | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12-11-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

el comite saluda A Todos los asistentes, ocserva los acuientes estan llenando las encuestas de satisFacción del servicio, se relatixo la respentiva relicion de paquetes corespondicente la edad 6ma 5 años y de jestantes y lactantes los cuales se esuetra en buen estado, Y por ultimo se prosede a hacer la entrega de los paquetes corespondiente a cada usuario

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

no se realiza ninguna recomendacion

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

las maestras agradecen por la visita y el apollo a los del control sosial

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| maria teresa | 3209227223 | maria teresa |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 12-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | la hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | lluvias de sol |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | adriana cagigabioy |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

ninguna

Firma de quién diligenció la ficha:

maria Teresa

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Adriana Jaguilos |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** Vereda las delicias. | **TELÉFONO U.A:** 3204439716. |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11-11-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Se realiza cordial saludo a todos los asistentes.
en la visita se identifica que las padres de Familia y acudientes estan registrando la encuesta de Satisfaccion del servicio.
las maestras agradecen por la vicita y el apoyo que se da por parte del comite.
todos los paquetes fueron entregados de manera ordenada.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

nose realiza ninguna recomendacion

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

agra los maestros agradecen por la visita

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| NUVIA EGAS | 3107968445 | NUVIA EGAS. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | · Regional putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | · La hormiga. | Nombre de la unidad de servicio UDS: | · mundo magico 1. |
| Modalidad: | · Familiar. | Nombre del responsable de la UDS | adriana Juagivioy |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

todos los paquetes fueron entregados adecuadamente

Firma de quién diligenció la ficha:

NUVIA EGAS

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Colibris | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** 3192253436 Yulieth Cuaran |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** V/ San Andres | **TELÉFONO U.A:** 3163309900 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11-11-2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

S No se identificaron Situaciones durante la visita.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

No se realiza recomendaciones

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

No se realizan observaciones.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Diana Maria Cuaran | 3124056944 | Diana Cuaran |
| Naila Rocio Ramos Basto | 3203994428 | Naila Rocio Basto |
| Luz Medina Ceballos | 3132077730 | Luz Medina |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 11-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Tolibas |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Julieth Garán |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

no se realizan Observaciones.

Firma de quién diligenció la ficha:

Diana María Cuarán

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Manita creativa I | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Yulieth Cuarán 3192253436 |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** Verda Comboy | **TELÉFONO U.A:** 3163309900 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12 Nov/2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

No se identificaron situaciones durante la visita

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

No se realiza recomendaciones

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

No se realizan observaciones

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Anyi Gomez | 3142051873 | Anyi Gomez |
| Edith Fabiola Ortiz C | 3774754383 | Edith Ortiz C |
| Rubiela Pinta | 3212887630 | Rubiela Pinta |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 12-noviembre-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Manitas creativas 1 |
| Modalidad: | familiar | Nombre del responsable de la UDS | Yuleth Guarán |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

no se realiza observaciones

Firma de quién diligenció la ficha:

Edith Ortiz C

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| REGIONAL: PUTUMAYO | CENTRO ZONAL: LA HORMIGA |
| MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ | NOMBRE EAS: Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Semillitas de amor | NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA: Adriana Jaramillo |
| DIRECCIÓN DE LA U.A: Santa Teresa. | TELÉFONO U.A: 3124439716 |
| MODALIDAD: FAMILIAR | SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR |
| FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL: 11-11-020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:

Hoy miercoles 11 de noviembre. lo Primero que se realizo la Presentacion. hacia los usuarios. lo segundo a realizar. el estado de los Paquetes que. esten en buen estado y ubicados en un lugar adecuado. lo tercero Fue el saludo y Presentacion de nuestras Profesoras. y explicacion. como devemos realizar la encuesta de satisFaccion. del servicio. y Por ultimo la entrega. de Paquetes a cada. de los usuarios.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

No se realiza ninguna recomendacion.

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

las maestra agradecen por la visita y el apoyo. a los. de control social.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Maria Elizabeth Guerron | 3203985883 | Maria Guerron |
| Nelly Tafacha | 3122788217 | Nelly Tafacha |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 11-11-020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo. | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | la Hormiga. | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Semillitas de amor. |
| Modalidad: | Familiar. | Nombre del responsable de la UDS | Adriana. Juagibioy |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X. |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X. |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X. |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X. |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Todos los alimentos se encuentran en buen estado.

Firma de quién diligenció la ficha:

Maria Guerron

ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| REGIONAL: PUTUMAYO | CENTRO ZONAL: LA HORMIGA |
| MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ | NOMBRE EAS: Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Luz del amanecer | NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA: Aurora Ardila Sandoval |
| DIRECCIÓN DE LA U.A: Sector Montañita. | TELÉFONO U.A: 3226888628 |
| MODALIDAD: FAMILIAR | SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR |
| FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL: 12 - Noviembre - 2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:

A la hora de entrega de paquetes alimentarios no se encuentran novedades, hubo buena organización y aseo para la entrega

Los paquetes estaban todos completos y en buenas condiciones generales.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

No se hace recomendaciones por parte del comité de control social

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

A la hora de inicio de entrega de paquetes estuvo presente la señora Angi Lorena chitan la cual se acerca pide la lista de RPP. y procede a verificar que esten todos los paquetes acorde al rango de edad, como tambien observa el estado de cada uno de ellos. La agente educativa le agradece por su participación y la felicita por sacar tiempo y cumplir con la verificación y control social.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Angi Lorena Chitan Portilla | 3144231654 | Angi Lorena Chitan P. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

### FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 12- NOV -2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Luz del amanecer |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Aurora Ardila |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Los paquetes alimentarios estan en buen estado, para ser entregados a cada usuario.

Firma de quién diligenció la ficha:

Angi Lorena Chitan Portilla

**ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA**

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Aurora Ardila |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** V/ Villa Duarte | **TELÉFONO U.A:** 3226888628 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11-Nov-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Durante la visita no se encuentran novedades puesto que al verificar con planilla en mano de RPP se observa que todo está completo acorde al rango de edad que se esta entregando los paquetes por cada usuario Hubo una buena organización y aseo para la entrega de paquetes.

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:

No hubo recomendaciones por parte de comité de control social

Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.

La señora Rocio Magaly Montenegro con anticipación estuvo en la unidad verificando y observando que todo este bien, encontrando paquetes en buenas condiciones, completos como tambien la organización a la hora de entregar.
La agente educativa da agradecimiento por la participación y cumplimiento en esta labor encargada.

NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Rocio Magali Montenegro | 3202247876 | Rocio Montenegro |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

### FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 11-Nov-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | LA Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Tiernos Angelitos |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Aurora Ardila |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Se observa buena organizacion y aseo en la entrega de paquetes.

Firma de quién diligenció la ficha:

Paola Magaly Montenegro

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 12/17/2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Dulce Angelito |
| Modalidad: | familiar | Nombre del responsable de la UDS | Paola Escue |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Firma de quién diligenció la ficha:

Jenny Cueltan

ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| REGIONAL: PUTUMAYO | CENTRO ZONAL: LA HORMIGA |
| MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ | NOMBRE EAS: Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Dulce Angelito | NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA: Paola Escúe |
| DIRECCIÓN DE LA U.A: V/ la Providencia | TELÉFONO U.A: 312 865 7215 |
| MODALIDAD: FAMILIAR | SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR |
| FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL: 12 Noviembre 2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:

Ninguna

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:

Ninguna

Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.

Es muy importante que se realice la visita de control social cada mes, para que en caso que se presente alguna anomalia se pueda mejorar y así prestar un buen servicio a los usuarios del programa Modalidad familiar.

NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Mery Rivera | 3107587985 | |
| Jenny Cuellar | 3223237911 | Yenny Cuellar |
| Sirley Criollo | 3143600844 | Sirley Criollo |
| Erica Cortes | 3156929866 | Erica Cortes |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 11/11/2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo. | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Hormigas |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Paola Escué |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Firma de quién diligenció la ficha:

Uriel Yela

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Pada Escué 3128657215. |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** V/ Rosal | **TELÉFONO U.A:** 3128657215. |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11/11/2020. | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Ninguna.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

Ninguna.

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Es muy importante que se realice la visita de control social cada mes, ya que permite mejorar a la fundación y al equipo de trabajadores en caso de que se presenten anomalías

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Escolastica Ortega | 3133750306. | Escolastica ortega |
| Lily Esmir Yela | 3112103911 | Lily Yela |
| Judit Hernandez | 3125211235. | Judit Hernandez. |
| Yenni Cuaran | 3213480747 | Yenni Cuaran |
| | | |
| | | |

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Mundo Magico | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Nibia Cuaran 3123508179 |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** B/ San Francisco | **TELÉFONO U.A:** 3123508179 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11 - 11 - 2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

se evidencia orden a la hora de entrega. los complementos alimentarios.

CS Escaneado con CamScanner

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

Ninguna

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

No hay Ninguna novedad.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Leidy Margoth Diaz | 3157317000 | Leidy Margoth Diaz |
| Dayra Vargas Cuervo | 320 431 8984 | |
| Danna Aldana | 3224567782 | Danna Aldana |
| | | |
| | | |
| | | |

Escaneado con CamScanner

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

### FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 11-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Mundo Magico |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Nibia Franco Cuevas. |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

CS Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Firma de quién diligenció la ficha:

Leidy Murgoth Diaz

Escaneado con CamScanner

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Pinguinos | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Nibia Fancy Cuavan. |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** El Placer. | **TELÉFONO U.A:** 312.350 8179. |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12 /11 /2020. | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

se observa organización en la entrega de complementos y se cumple con el protocolo de seguridad.

CS Escaneado con CamScanner

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

Ninguna

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Ninguna

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Nathaly yaipaz | 3126848065 | Nathaly yaipaz |
| Jessika Andrea Burgos | 3143054007 | Jessika Burgos |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CS Escaneado con CamScanner

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 12-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo. | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | la Hormiga. | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Pinguinos. |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Nibia Francia Cuaran |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | SI |
| NO APLICA | SI. |

CS Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | SI |
| NO APLICA | SI |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | SI |
| NO APLICA | SI |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | SI |
| NO | SI |
| NO APLICA | SI |

Observaciones:

ninguna

Firma de quién diligenció la ficha:

Nathaly Johana Yarpaz.

CS Escaneado con CamScanner

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Rayitos de Sol | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** Nibia Cuaran 3123508179 |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** V/ Varadero | **TELÉFONO U.A:** 3123508179 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12-11-2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Hay buena organización de la entrega de los alimentos de los niños.

Los alimentos se encuentran en un lugar alto.

Las profesoras y padres de familia utilizan tapabocar para cuidar de la salud de todos

CS Escaneado con CamScanner

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

Ninguna

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Ninguna

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Yuleidy Gamboa O. | 3135808304 | Yuleidy Gamboa. |
| Patricia Erazo | 3212743679 | Patricia Erazo |
| Jessica Tello M. | 3148535475 | Jessica Tello M. |
| | | |
| | | |
| | | |

CS Escaneado con CamScanner

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 12-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Ranitos de sol |
| Modalidad: | Familiar. | Nombre del responsable de la UDS | Nibia Francia Cuaran. |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

CS Escaneado con CamScanner

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Ninguna

Firma de quién diligenció la ficha:

Patricia Erazo

CS Escaneado con CamScanner

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÓN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 12-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La Hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Ñankara |
| Modalidad: | DIMF - Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Paola Ecué |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

los paquetes alimentarios estan en buen estado.

Firma de quién diligenció la ficha:

ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| REGIONAL: PUTUMAYO | CENTRO ZONAL: LA HORMIGA |
| MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ | NOMBRE EAS: Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: | NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA: Paola Escue - 3128657215 |
| DIRECCIÓN DE LA U.A: Cabildo Awatachan | TELÉFONO U.A: 3128657215 |
| MODALIDAD: FAMILIAR | SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR |
| FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL: 12-11-2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.
2. Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.
3. Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.
4. Entrega de resultados de la visita.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:

Ninguna situación encontrada en mal estado; ya que los paquetes alimentarios estan en buen estado

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:

Ninguna

Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.

(los paquetes alimentarios estan en buen estado)

Es muy importante que se realice la visita de control social cada mes para en caso que se presentara alguna anomalia poder mejorar y asi prestar un mejor servicio a los usuarios del programa Modalidad familiar.

NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Luisa Maria Hernandez | 3207134909 | |
| Yanexi Fajardo Solarte | 3502707886 | Yanexi Fajardo |
| Elsa Betancourt | 3102828350 | Elsa Betancourt |
| Diana Chasoy | 3213717222 | Diana Chasoy |
| | | |
| | | |

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Lobos | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** katherine villa tomes - 3206443170 |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** vereda tierra linda | **TELÉFONO U.A:** |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12. noviembre 2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

no se identifico ninguna situacion durante la entrega de los complementos alimentarios, su organizacion y contenido fue de buena calidad.

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

En el paquete de este mes, no realizaron recomendaciones los paquetes se encontraban con su respectivo contenido y de buen calidad.

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Durante la entrega de paquetes, se observo dispocicion por parte de todos los usuarios, verificando cada uno su contenido.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Esmeralda Y | 3208776096 | Esmeralda Y |
| Yuleidy Ipia | 3141063968 | Yuleidy Ipia |
| Sandra Meza | 3127182608 | Sandra Meza |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

## FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 12-NOV-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | La hormiga | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Lobos |
| Modalidad: | Familiar. | Nombre del responsable de la UDS | Katherine Vilca T. |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

Firma de quién diligenció la ficha:

yuleidy ipia

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
|---|---|
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Sonreir | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** 41.181.347 Mercedes Quemag Vallejos |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** Vereda primeras colonos | **TELÉFONO U.A:** 3132465379 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 12- Noviembre-2020 | |

**Desarrollo de la visita:**

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

Durante la visita no se presenta ninguna situación

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

No se hacen recomendaciones ya que hasta el momento todo se realiza en buen orden.

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Se realiza el encuentro de una manera normal

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Sara Juliana Tascon | 3114842983 | Sara Naigara |
| Ilda Marlene Guerron | 3118804027 | Ilda Marlene Guerron Firmado |
| Nubia Asmaza | 3128727715 | Nubia Asmaza |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

### FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo

Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar

Fecha: 12-NOV 2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | Valle del Guamuez | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Sonreir |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Mercedes Guemag |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**
¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

las madres y cuidadores agradecen el cumplimiento y buen estado de los alimentos

Firma de quién diligenció la ficha:

Sara Mangana.

## ACTA DE VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

| | |
|---|---|
| **Objetivo:** Registrar la información asociada con todas las situaciones identificadas y recomendaciones que hace el comité de control social, como resultado de la visita adelantada a una unidad de servicio de primera infancia. | |
| **REGIONAL: PUTUMAYO** | **CENTRO ZONAL: LA HORMIGA** |
| **MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ** | **NOMBRE EAS:** Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| **NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO:** Pequeños Valientes | **NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** 41.181.347 Mercedes Guemag Vallejos |
| **DIRECCIÓN DE LA U.A:** vereda la Soltana | **TELÉFONO U.A:** 3132465379 |
| **MODALIDAD: FAMILIAR** | **SERVICIO: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR** |
| **FECHA DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:** 11 de noviembre 2020 | |

Desarrollo de la visita:

1. **Presentación del comité de control social ante el responsable de la U.A.**
2. **Identificación de las actividades a desarrollar por parte del comité de control social.**
3. **Entrevista con el responsable de la Unidad de atención.**
4. **Entrega de resultados de la visita.**

**SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA:**

No se presentan situaciones durante la visita

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL:**

**Observaciones realizadas POR EL RESPONSABLE DE LA U.A.**

Se observa conformismo en el momento de revisar el lugar de encuentro.

**NOMBRES COMPLETOS Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE REALIZARON LA VISITA**

| Nombre completo | Contacto | Firma |
|---|---|---|
| Rosa Cifuentes | 3224516239 | Rosa Cifuentes |
| Lenis Hernandez | 3223667844 | |
| Yuli Garzón | 3124045085 | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ANEXO 4: FORMATOS FICHAS DE VERIFICACIÒN

### FICHA VERIFICACIÓN ALIMENTOS

Regional: Putumayo  Centro Zonal: La Hormiga

Modalidad: DIMF - Familiar  Fecha: 11-11-2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Regional: | Putumayo | Nombre del operador: | Fundación de profesionales enfocados a la reconstrucción social - FUNPERS |
| Centro Zonal: | Valle del Guamuez | Nombre de la unidad de servicio UDS: | Pequeños Valientes |
| Modalidad: | Familiar | Nombre del responsable de la UDS | Mercedes Quemag. V. |

**PARA TENER EN CUENTA A LA HORA DE DILIGENCIAR ESTA FICHA:**

1. Busque la minuta patrón, que son los alimentos para preparar entregados cada mes.
2. Este documento debe estar en un lugar visible.
3. Si durante su visita, observa la entrega de alimentos a niñas, niños o mujeres gestantes, verifique que se está entregando lo definido en la minuta patrón

**A continuación, marque SI -si cumple, NO -si no cumple o NA -si no aplica.**

¿Los alimentos son los mismos a los establecidos en la minuta patrón?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos que revisó están en buen estado? Sin lesiones (magulladuras), buena apariencia, olor y color.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿La fecha de vencimiento de los alimentos es la indicada para el tiempo de consumo?

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

¿Los alimentos están bien almacenados? (que no se encuentren directamente sobre el piso, alejados de elementos de aseo, los alimentos abiertos se encuentran sellados).

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |
| NO APLICA | |

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

Firma de quién diligenció la ficha:

x _____