| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°*08*** | | |
|---|---|---|
| **Hora: 11:00 AM** | **Fecha: 06 MAYO *2026*** | |
| **Lugar:** | **PLATAFORMA TEAMS** | |
| **Dependencia que Convoca:** | **Coordinación Centro Zonal Engativá** | |
| **Proceso:** | **Adquisición de Bienes y Servicios** | |
| **Objetivo:** | **Realizar Informe Técnico del mes de ABRIL con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales del Contrato de Aporte No. No.11024072025 suscrito entre el ICBF y la EAS CORPORACION EDUCATIVA MINUTO DE DIOS que opera la modalidad Institucional, en el servicio HI** | |

**Agenda**:

1. Saludo y Bienvenida
2. Identificación de contrato
3. Certificado d cobertura Abril
4. Ingresos y egresos Abril
5. Atenciones priorizadas
6. Formatos RAM Abril
7. Reporte del certificado de NO ocurrencia de hechos violencias
8. Novedades de talento Humano
9. Cualificación talento humano
10. Experiencias pedagógicas
11. Novedades de accidentes o incidentes
12. Formato Informe técnico de actividades F8 Abril
13. IAS Talento humano (contraloría, procuraduría, RNMC, delitos sexuales, REDAM, antecedentes Policía)
14. Acta de reunión miembros de control social
15. Visitas realizadas por los miembros de control social
16. Decisiones
17. Varios

**1. DESARROLLO**

Siendo las **11:00 AM** en las instalaciones del Centro Zonal Engativá, se realiza la apertura de Informe Técnico Operativo del mes de ABRIL de Contrato de Aporte No. **11024072025** por la supervisora del contrato Dra. Claudia Alexandra Salazar Córdoba y la profesional Enlace de Seguimiento a la Ejecución Técnica Johanna Paola Páez Torres y en representación de la Entidad Administradora del Servicio **CORPORACION EDUCATIVA MINUTO DE DIOS** delegada Luz Neyla Diaz León Directora HI Nazareth, Directora HI Rafael García Herreros Fanny Esperanza Orjuela.

**2. IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **No de contrato** | 11024072025 |
| **Nombre Entidad administradora del servicio** | Corporación Educativa Minuto de Dios |
| **NIT** | 800215465-7 |
| **Fecha de suscripción** | 29 de diciembre de 2025 |
| **Fecha de Inicio** | 31 de diciembre de 2025 |
| **Fecha de finalización** | 31 de julio de 2026 |

CLASIFICADA

| | |
|---|---|
| **Fecha de inicio de la operación** | 02 febrero 2026 |
| **Objeto contractual** | Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral a la primera infancia de conformidad con los manuales técnicos, guías operativas para la atención a la primera infancia y los lineamientos establecidos por el ICFB, en armonía con la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de "cero a siempre" - zona 405 |
| **Modalidad** | Institucional Hogar Infantil |
| **Total de cupos contratados** | 176 |
| **Numero de UDS** | 2 |

## 3. CARACTERIZACIÓN CERTIFICADO DE COBERTURA

Presenta Formato F29.MT1.PP versión 1 certificado de cobertura atendida para el mes de Abril con 18 días de atención donde se identifica atención a 149 participantes y 27 bajas coberturas

| Nombre UDS | Código Cuéntame | Cupos contratados | Cupos Atendidos | Bajas Coberturas |
|---|---|---|---|---|
| H.I NAZARETH | 1100100051813 | 96 | 79 | 17 |
| H.I RGH | 1100100082779 | 80 | 70 | 10 |

CLASIFICADA

| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA<br>MODALIDADES: INSTITUCIONAL- HOGAR INFANTIL | F29.MT1.PP | 27/04/2026 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS) | CORPORACION EDUCATIVA MINUTO DE DIOS | | | NIT DE LA EAS | 800.215.465-7 | |
| REGIONAL | BOGOTA | CENTRO ZONAL | ENGATIVA | MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO | Bogota | |
| Nº CONVENIO | 11024072025 | FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO | 29 de diciembre de 2025 | PLAZO DE EJECUCIÓN | Desde: | 31 de diciembre de 2025 |
| CODIGO CUENTAME | 1100100082779 - 1100100051813 | | | | Hasta: | 31 de julio de 2026 |
| MODALIDADES DE ATENCIÓN | Institucional - Hogar Infantil | | OPERACIÓN DIRECTA | PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA | Desde: | 1/04/2026 |
| | | | | | Hasta: | 30/04/2026 |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | Dr. CAMILO AURELIO VELANDIA RODRIGUEZ | | | | | |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | Dra.CLAUDIA ALEXANDRA SALAZAR CORDOBA | | | | | |

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes de Abril del año 2026 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

| COBERTURA PROGRAMADA | | | | COBERTURA ATENDIDA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRUPOS DE EDAD | Nº DE UDS | Nº DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS | DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO | GRUPOS DE EDAD | Nº DE UDS | Nº DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS | DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD |
| Mujeres gestante y en periodo de lactancia | 0 | 0 | 0 | Mujeres gestante y en periodo de lactancia | 0 | 0 | 0 |
| Niños/as menores de 24 meses | 2 | 40 | 18 | Niños/as menores de 24 meses | 2 | 27 | 18 |
| Niños/as entre 24 y 36 meses | 2 | 66 | 18 | Niños/as entre 24 y 36 meses | 2 | 37 | 18 |
| Niños/as mayores de 36 meses | 2 | 70 | 18 | Niños/as mayores de 36 meses | 2 | 85 | 18 |
| TOTAL | 2 | 176 | 18 | TOTAL | 2 | 149 | 18 |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES | Para el mes de Abril se presentan 27 bajas cobertura; 10 en HI RAFAEL GARCIA y 17 en HI NAZARETH. asi mismo 278 inasistencias.Se descuenta un dia de reflexion pedagogica. |

La presente certificación se expide a los 04 días del mes de Mayol del año 2026 en la cuidad de Bogota a solicitud del supervisor del contrato.

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS |
|---|---|
| CAMILO AURELIO VELANDIA RODRIGUEZ | |
| NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | |
| 79.558.178 | |

REVISADO
JOHANNA PAEZ

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

**4. INGRESOS EGRESOS**

| Nombre UDS | Código Cuéntame | INGRESOS | EGRESOS |
|---|---|---|---|
| H.I NAZARETH | 1100100051813 | 4 | 0 |
| H.I RGH | 1100100082779 | 2 | 2 |

**5. ATENCIONES PRIORIZADAS**

| Código cuéntame | Nombre UDS | Total, de usuarios sin Esquema de Vacunación completo para la edad | Total, usuarios con garantía de derechos en Esquema de Vacunación completo para la edad | Total, usuarios sin afiliación efectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud | Total, usuarios con garantía de derechos en Afiliación efectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud | Total, usuarios con valoración integral (crecimiento y desarrollo) | Total, usuarios sin valoración integral (crecimiento y desarrollo) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1100100051813 | H.I NAZARETH | 8 | 71 | 1 | 78 | 61 | 18 |
| 1100100082779 | H.I RGH | 6 | 64 | 0 | 70 | 60 | 10 |

Frente a los participantes que no cuentan con el esquema de vacunación completo, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y/o asistencia a la valoración integral en salud, la Entidad Administradora del Servicio (EAS) realiza seguimiento a través del registro de novedades y la suscripción de compromisos con las familias, los cuales reposan en las carpetas individuales de los participantes, con el fin de promover la garantía de sus derechos.

**6. FORMATOS ASISTENCIA MENSUAL RAM**

La EAS Presenta formatos RAM F27.MT1.PP Versión 1 con adecuado diligenciamiento.

| Código Cuéntame | Nombre UDS | Número de inasistencia |
|---|---|---|
| 1100100051813 | **H.I NAZARETH** | 97 |
| 1100100082779 | **H.I RGH** | 181 |
| | | **TOTAL**: **278** |

CLASIFICADA

**7. REPORTE DEL CERTIFICADO DE NO OCURRENCIA DE HECHOS VIOLENCIAS**

Para el mes de Abril no se presentaron casos de vulneración, la EAS presenta certificado F8.G12.PP FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE LA NO OCURRENCIA DE PRESUNTOS HECHOS DE VIOLENCIA, LESIONES Y FALLECIMIENTOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA versión 1



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F8.G12.PP

11/08/2020

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE LA NO OCURRENCIA DE PRESUNTOS HECHOS DE VIOLENCIA, LESIONES Y FALLECIMIENTOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

Versión 1

Página 1 de 1

YO, CAMILO AURELIO VELANDIA RODRIGUEZ IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CUIDADANÍA 79.598.178 EXPEDIDA EN BOGOTÁ , COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO CORPORACIÓN EDUCATIVA MINUTO DE DIOS IDENTIFICADA CON NIT800215465-7

CERTIFICO QUE

Durante los días comprendidos entre el 01 y el 30 de abril del año 2026, no se presentaron presuntos hechos de violencia, lesiones y/o fallecimientos de usuarios de los servicios de Primera Infancia en la Unidad de Servicio relacionada a continuación en el Hogar Infantil Rafael García Herreros y Hl Nazareth del Contrato/Convenio Nº 1102407220251 del 29 de diciembre del 2025 suscrito con la Regional Bogotá del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En constancia de ello se firma a los treinta (30) días del mes de abril 2026.

CAMILO AURELIO VELANDIA RODRIGUEZ
Representante Legal
C.C. Nº 79.598.178 expedida en Bogotá

Antes de imprimir este documento... piense en el medio

CLASIFICADA

**8. NOVEDADES DE TALENTO HUMANO**

| INCAPACIDADES | INGRESOS | RETIROS | LICENCIAS | REEMPLAZO |
|---|---|---|---|---|
| | NA | NA | 1 | NA |

**9. CUALIFICACIÓN TALENTO HUMANO**

| **NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN** | **OBJETIVO** | **DÍA** |
|---|---|---|
| BENEFICIOS DE LA LACTANCIA HUMANA. | Educar a talento humano de la UDS en los beneficios tanto para la madre, el niño, la familia y la sociedad en general que trae consigo la práctica de la lactancia humana. | 14 ABRIL 2026 HI RGH.<br>16 ABRIL 2026 HI NAZARETH. |
| DIA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FISICA: IMPORTANCIA EN LA PRIEMRA INFANCIA. | Combatir el sedentarismo y promover un estilo de vida activo y saludable para los usuarios, sus familias y personal del talento humano y toda la comunidad en general. | 06 ABRIL 2026 RGH.<br>09 ABRIL 2026 HI NAZARETH. |
| PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS EN LA PRIMERA INFANCIA | Sensibilizar e identificar qué es y cuáles son los tipos de violencia que se pueden presentar como garantes de derecho en la primera infancia a través del reconocimiento del enfoque de derechos, los derechos de la política pública, las diferent es formas de violencia y rutas de atención respectivas. | 24 ABRIL 2026 RGH.<br>24 ABRIL 2026 HI NAZARETH. |

## 10. EXPERIENCIAS PEDAGOGICAS

| **NOMBRE DE LA EXPERIENCIA** | **OBJETIVO** | **DÍA** | |
|---|---|---|---|
| **LA MAGÍA DE HABLAR, NARRAR Y ESCUCHAR.** | Fortalecer la expresión oral y la escucha activa de los niños y niñas mediante la narración de experiencias, la recreación de cuentos y la participación en diálogos ampliando su vocabulario y la confianza para comunicarse con otros. | 6 al 10 de abril | |
| | Propiciar procesos de creación literaria en los que los niños y las niñas, a través del lenguaje, el arte y el juego, expresen ideas, | | |

CLASIFICADA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CREACIONES LITERARIAS.** | emociones y experiencias de manera libre y significativa. | 13 al 17 de abril | |
| **ARTISTAS EN ESCENA.**<br><br>**EL MUNDO DE LAS FÁBULAS** | **EL MUNDO DE LAS FÁBULAS**<br>Favorecer el acercamiento de los niños y niñas a fábulas mediante experiencias sensoriales, artísticas y comunicativas que favorezcan el reconocimiento de personajes, acciones y emociones básicas | Favorecer el acercamiento de los niños y niñas a fábulas mediante experiencias sensoriales, artísticas y comunicativas que favorezcan el reconocimiento de personajes, acciones y emociones básicas. | 27 al 30 27 al 30 de abril de abril |

**11. NOVEDADES DE ACCIDENTES O INCIDENTES**

| INCAPACIDADES | INGRESOS | RETIROS | LICENCIAS | REEMPLAZO |
|---|---|---|---|---|
| NA | 1 | 0 | 1 | NA |

**12. FORMATO INFORME TÉCNICO DE ACTIVIDADES F8**

Presenta F8. MO12.PP Formato Informe Técnico de Actividades Mensuales V2 de Abril con porcentaje de 57.14% donde se describen las acciones y actividades relacionadas para el periodo y teniendo en cuenta las obligaciones contractuales por parte de la EAS, así mismo presenta sus respectivos soportes.

**Nota:** *En caso de no realizar acciones para alguna de las clausula contractuales se debe registrar N/A*

**13. IAS TALENTO HUMANO (CONTRALORÍA, PROCURADURÍA, RNMC, DELITOS SEXUALES, REDAM, ANTECEDENTES POLICÍA)**

| NOMBRES Y APELLIDOS H.I NAZARETH | PRESENTA INHABILIDAD SI/NO | FECHA CERTIFICADOS |
|---|---|---|
| DIAZ LEON LUZ NEYLA | NO | 05/05/2026 |
| TOVAR RUIZ LAURA CATALINA | NO | 05/05/2026 |
| LOPEZ MENESES JENNIFER ALEJANDRA | NO | 05/05/2026 |
| SARRAZOLA TORRES LUCENITH | NO | 05/05/2026 |
| HERNANDEZ VARGAS JUDY HERMENCIA | NO | 05/05/2026 |
| HERRERA GARZON YULY ANDREA | NO | 05/05/2026 |

CLASIFICADA

| | | |
|---|---|---|
| RODRIGUEZ ALDANA LINA MARCELA | NO | 05/05/2026 |
| FANNY CORREAL MOYANO | NO | 05/05/2026 |
| MARTINEZ HERNANDEZ LIZ GISEL | NO | 05/05/2026 |
| ROJAS VILLALBA YEMMY FARLEY | NO | 05/05/2026 |
| MORALES ACERO MARIA NELCY | NO | 05/05/2026 |
| PINTO MARTINEZ YURI ANGELICA | NO | 05/05/2026 |
| DIAZ LEMUS IVONNE MARITZA | NO | 05/05/2026 |
| **NOMBRES Y APELLIDOS H.I RGH** | **PRESENTA INHABILIDAD SI/NO** | **FECHA CERTIFICADOS** |
| ORJUELA BUITRAGO FANNY ESPERANZA | NO | 05/05/2026 |
| PATERNINA MONTES YOJAIRA KARINA | NO | 05/05/2026 |
| RIVERA BONILLA ANGIE PAOLA | NO | 05/05/2026 |
| GUTIERREZ RUIZ EVELIN JUDITH | NO | 05/05/2026 |
| RIVERASUAREZ SANDRA MILENA | NO | 05/05/2026 |
| MARTINEZ JIMENEZ MERCEDEZ | NO | 05/05/2026 |
| RUIZ DELGADILLO MARIA EUGENIA | NO | 05/05/2026 |
| VASQUEZ PULGARIN NAHORA YELITHCE | NO | 05/05/2026 |
| MORENO PILI ESMERALDA | NO | 05/05/2026 |
| RICO CARDONA MARBY SAYURI | NO | 05/05/2026 |
| GONZALEZ GARCIA ANGIE KATH ERINE | NO | 05/05/2026 |

CLASIFICADA

**14. ACTA DE REUNIÓN MIEMBROS DE CONTROL SOCIAL**



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

F2.G23.PP | 04/08/2022 | Versión 1 | Página 1 de 3

ACTA DE REUNIÓ

FECHA: DÍA: 9 MES: 04 AÑO: 2026 HORARIO: 12:00 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: REUNIÓN MENSUAL MES DE ABRIL DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL DEL HOGAR INFANTIL RAFAEL GARCIA HERREROS

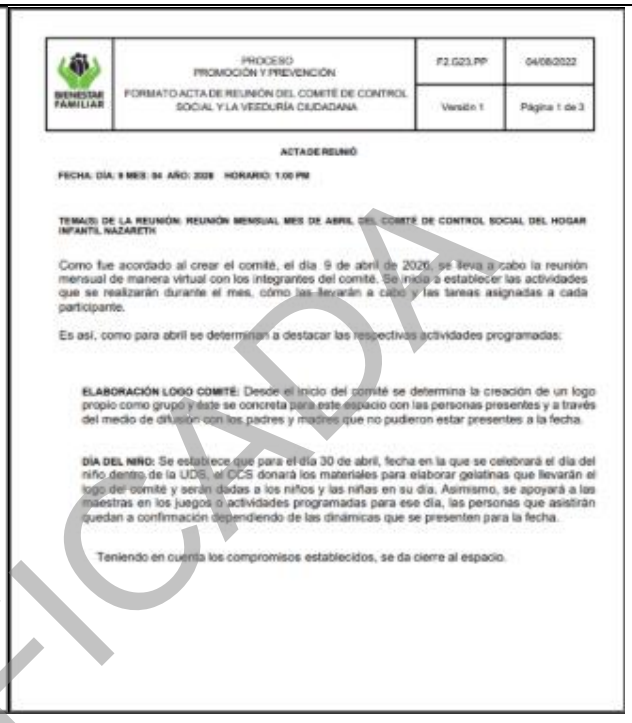
Como fue acordado al crear el comité, el día 9 de abril de 2026, se lleva a cabo la reunión mensual de manera virtual con los integrantes del comité. Se inicia a establecer las actividades que se realizarán durante el mes, cómo las llevarán a cabo y las tareas asignadas a cada participante.

Es así, como para abril se determinan a destacar las respectivas actividades programadas:

- **ELABORACIÓN LOGO COMITÉ:** Desde el inicio del comité se determina la creación de un logo propio como grupo y éste se concreta para este espacio con las personas presentes y a través del medio de difusión con los padres y madres que no pudieron estar presentes a la fecha.

- **DÍA DEL NIÑO:** Se establece que para el día 30 de abril, fecha en la que se celebrará el día del niño dentro de la UDS, el CCS donará los materiales para elaborar gelatinas que llevarán el logo del comité y serán dadas a los niños y las niñas en su día. Asimismo, se apoyará a las maestras en los juegos o actividades programadas para ese día, las personas que asistirán quedan a confirmación dependiendo de las dinámicas que se presenten para la fecha, pero una de las madres si confirma asistencia desde la fecha.

Teniendo en cuenta los compromisos establecidos, se da cierre al espacio.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y LA VEEDURÍA CIUDADANA

F2.G23.PP | 04/08/2022 | Versión 1 | Página 1 de 3

ACTA DE REUNIÓ

FECHA: DÍA: 9 MES: 04 AÑO: 2026 HORARIO: 1:00 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: REUNIÓN MENSUAL MES DE ABRIL DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL DEL HOGAR INFANTIL NAZARETH

Como fue acordado al crear el comité, el día 9 de abril de 2026, se lleva a cabo la reunión mensual de manera virtual con los integrantes del comité. Se inicia a establecer las actividades que se realizarán durante el mes, cómo las llevarán a cabo y las tareas asignadas a cada participante.

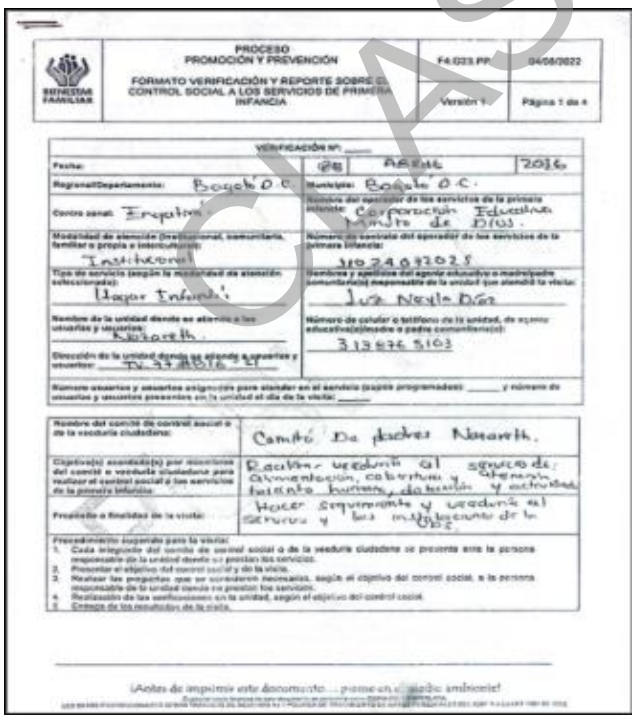
Es así, como para abril se determinan a destacar las respectivas actividades programadas:

**ELABORACIÓN LOGO COMITÉ:** Desde el inicio del comité se determina la creación de un logo propio como grupo y éste se concreta para este espacio con las personas presentes y a través del medio de difusión con los padres y madres que no pudieron estar presentes a la fecha.

**DÍA DEL NIÑO:** Se establece que para el día 30 de abril, fecha en la que se celebrará el día del niño dentro de la UDS, el CCS donará los materiales para elaborar gelatinas que llevarán el logo del comité y serán dadas a los niños y las niñas en su día. Asimismo, se apoyará a las maestras en los juegos o actividades programadas para ese día, las personas que asistirán quedan a confirmación dependiendo de las dinámicas que se presenten para la fecha.

Teniendo en cuenta los compromisos establecidos, se da cierre al espacio.

## 15. VISITAS REALIZADAS POR LOS MIEMBROS DE CONTROL SOCIAL



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

F4.G23.PP | 04/08/2022 | Versión 1 | Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____

| | |
|---|---|
| Fecha: | 28 ABRIL 2026 |
| Regional/Departamento: | Bogotá D.C. |
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Centro zonal: | Engativá |
| Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: | Corporación Educativa Manito de Dios. |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): | Institucional |
| Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: | 3102407025 |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): | Hogar Infantil |
| Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(a) responsable de la unidad que atendió la visita: | Luz Neyla Díaz |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: | Nazareth. |
| Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativo(a)/madre o padre comunitario(a): | 313 676 5103 |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarios y usuarios: | Tv 33 80 76 54 |
| Número usuarios y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarios y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____ | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Comité De padres Nazareth. |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Recibir veeduría al servicio de: alimentación, cobertura y atención, talento humano, dotación y actividades. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer seguimiento y veeduría al servicio y los mobiliarios de la UDS |

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

F4.G23.PP | 04/08/2022 | Versión 1 | Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____

| | |
|---|---|
| Fecha: | 29 ABRIL 2026 |
| Regional/Departamento: | Bogotá D.C. |
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Centro zonal: | Engativá |
| Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: | Corporación Educativa Manito de Dios. |
| Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): | Institucional |
| Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: | 3102407025 |
| Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): | Hogar Infantil. |
| Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(a) responsable de la unidad que atendió la visita: | Fanny Esperanza Oyuela. |
| Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: | Central García Herrero. |
| Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativo(a)/madre o padre comunitario(a): | 310 2160565 |
| Dirección de la unidad donde se atiende a usuarios y usuarios: | Calle 81 # 92 - 24 |
| Número usuarios y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarios y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____ | |

| | |
|---|---|
| Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana: | Comité de padres CCH. |
| Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia: | Recibir veeduría al servicio de alimentación, cobertura y atención, talento humano y dotación. |
| Propósito o finalidad de la visita: | Hacer seguimiento y veeduría al servicio e instalaciones de la UDS |

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.

CLASIFICADA

## 16. DECISIONES

- Se establece como compromiso por parte de la Entidad Administradora del Servicio (EAS) Corporación Educativa Minuto de Dios adelantar las acciones necesarias para completar la cobertura establecida en cada una de las Unidades de Servicio (UDS)**,** teniendo en cuenta las bajas coberturas identificadas para el mes de Abril.
- La EAS continuará realizando seguimiento a los participantes que no cuentan con esquema de vacunación completo, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y/o valoración integral en salud**,** mediante registro de novedades y compromisos con las familias, dejando los respectivos soportes en las carpetas de los participantes.
- Desde la supervisión del contrato se realizará seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos, así como a la ejecución de las obligaciones contractuales reportadas en el Informe Técnico de Actividades (Formato F8).

## 17. VARIOS

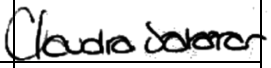
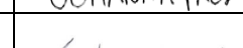
- Se recuerda a la EAS la importancia de continuar con el adecuado diligenciamiento de los formatos institucionales y el reporte oportuno de información en el marco de la ejecución contractual.
- No se presentan otros temas adicionales a tratar durante la sesión.

***Siendo las 12:20 AM se da por terminado el presente Informe Técnico***

***La presente sesión se llevó a cabo de forma virtual mediante PLATAFORMA TEAMS*** INFORME TECNICO FEBRERO EAS CEMID | Reunión-Unirse | Microsoft Teams ***contando con la participación de los miembros relacionados. En constancia de lo actuado,*** el acta se aprueba y suscribe medi ante firma electrónica/digital, la cual tiene la misma validez y efecto jurídico que la firma manuscrita

| **Compromisos / tareas** | **Responsable(s): Nombre / Cargo o rol** | **Fechas** |
|---|---|---|
| COMPLETAR LA COBERTURA ESTABLECIDA EN CADA UNA DE LAS UDS | RL/CORPORACION MINUTO DE DIOS | 10 JUNIO 2026 |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | **Cargo o rol / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
|---|---|---|---|
| CLAUDIA ALEXANDRA SALAZAR CORDOBA | COORDINADORA/SUPERVISORA | ICBF-CENTRO ZONAL ENGATIVA |  |
| JOHANNA PAOLA PAEZ TORRES | PROFESIONAL ENLACE DE SEGUIMIENTO EJECUCION TECNICA | ICBF-CENTRO ZONAL ENGATIVA |  |
| LUZ NEYLA DIAZ | DIRECTORA NAZARETH | CEMID |  |
| FANNY ORJUELA | DIRECTORA RAFAERL GARCIA HERREROS | CEMID |  |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | POR CONFIRMAR | POR CONFIRMAR | POR CONFIRMAR |
| **Colaborador que elabora el acta:** | JOHANNA PAOLA PAEZ TORRES | | |

CLASIFICADA