Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

COMPONENTE FAMILIA COMUNIDAD Y REDES EIC

ENCUENTROS COMUNITARIOS

Estándar 6: Elabora e implementar un plan de acompañamiento a familias o cuidadores, mujeres gestantes que responde a sus necesidades, intereses y características, para fortalecer las prácticas de cuidado y crianza de niñas y niños, de manera que se promueva su desarrollo integral.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**13, 14 y 15 de abril del 2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	PASO SALADO, GUADUALITO y BETE
N° ACTA:	**N° 3**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Encuentro Comunitario.		
TEMAS TRATADOS:	✦ Garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos, casos de vulneración		
OBJETIVO:	✦ Garantizar la protección y restablecimiento de los derechos de la población en condición de vulnerabilidad mediante atenciones priorizadas, identificación oportuna de casos de inobservancia de derechos y activación de rutas de atención integrales.		
ORDEN DEL DIA:	• Saludo y bienvenida • Oración • Desarrollo • Dudas e inquietudes • Compromisos • Despedida.		

DESARROLLO DE LA REUNION

Los dias 13, 14 y 15 del mes de abril del 2026, el equipo interdisciplinario se dirigió a las comunidades de Paso Salado, Guadualito y Bete , con el propósito de impulsar espacios de encuentro comunitario, que integren el diálogo y la toma de decisiones conjunta, fortaleciendo la corresponsabilidad en el cuidado, la protección y el desarrollo integral de las niñas, niños y mujeres gestantes, desde la primera infancia, en armonia con la cultura y el territorio.

Luego se hizo una actividad lùdica recreativa, con el fin de entrar en confianza con los participantes del encuentro, seguido a ello se socializó las temáticas:

Desde el componente psicosocial la garantia de derechos en atenciones priorizadas

Desde el componente de salud socialización de rutas de atención en salud, saneamiento básico-vivienda saludable y ventajas de la lactancia materna.

La **garantía de derechos en atenciones priorizadas en zonas rurales** se refiere al compromiso de asegurar que todas las personas, especialmente **niños, niñas, mujeres gestantes y personas con discapacidad**, reciban servicios oportunos, dignos y de calidad, sin importar la distancia o condiciones geográficas donde vivan.

En las zonas rurales muchas familias enfrentan dificultades como lejania de centros de salud, falta de transporte, pobreza, barreras culturales y escasez de personal profesional. Por eso, las atenciones priorizadas buscan reducir esas desigualdades y proteger derechos fundamentales como:

Derechos que se garantizan:

1. **Derecho a la salud:** acceso a controles médicos, vacunación, nutrición, atención materna e infantil y prevención de enfermedades.
2. **Derecho a la alimentación adecuada:** seguimiento nutricional, entrega de suplementos y orientación alimentaria.
3. **Derecho a la educación:** acceso a procesos pedagógicos y acompañamiento integral en primera infancia.
4. **Derecho a la protección:** prevención de violencia, maltrato, abandono y vulneración de derechos.
5. **Derecho a la identidad cultural:** respeto por costumbres, lengua y prácticas propias de comunidades rurales e indígenas.

¿Como se logra en zonas rurales?

- Jornadas extramurales y brigadas de salud.
- Visitas domiciliarias y seguimiento familiar.
- Articulación entre salud, educación, bienestar social y líderes comunitarios.
- Priorización de casos con riesgo de desnutrición, enfermedad o vulnerabilidad social.
- Participación comunitaria en la toma de decisiones.

Garantizar derechos en zonas rurales permite mejorar la calidad de vida, prevenir riesgos, disminuir desigualdades y fortalecer el bienestar de las familias y comunidades.

La **inobservancia de derechos en casos de vulneración en zonas rurales** ocurre cuando no se reconocen, protegen o garantizan los derechos fundamentales de las personas, especialmente de **niños, niñas, adolescentes, mujeres, adultos mayores y comunidades indígenas o campesinas**. Esto sucede cuando existen situaciones de abandono, negligencia o falta de respuesta frente a riesgos que afectan su bienestar.

En zonas rurales, la vulneración de derechos puede presentarse con mayor frecuencia debido a factores como la lejanía geográfica, pobreza, limitado acceso a servicios básicos, falta de transporte, barreras culturales y escasa presencia institucional.

Ejemplos de inobservancia de derechos en zonas rurales:

1. **Desnutrición infantil** sin atención o seguimiento oportuno.
2. **Niños sin acceso a educación** por distancia o falta de recursos.
3. **Falta de atención en salud** para gestantes, niños o adultos mayores.
4. **Trabajo infantil** en labores del campo o domésticas excesivas.
5. **Violencia intrafamiliar** no reportada ni atendida.
6. **Negligencia en el cuidado** de niños, niñas o personas dependientes.
7. **Falta de registro civil o documentos**, limitando acceso a programas sociales.
8. **Discriminación cultural** hacia comunidades indígenas o rurales.

Consecuencias:

- Afectación física, emocional y social.
- Retraso en crecimiento y desarrollo infantil.
- Riesgo de enfermedades y mortalidad.
- Deserción escolar.
- Reproducción de pobreza y exclusión social.

¿Qué hacer ante un caso?

- Identificar señales de riesgo.
- Activar rutas de atención con salud, educación, comisaria de familia, ICBF u otras entidades competentes.
- Realizar seguimiento familiar y comunitario.
- Promover redes de apoyo y orientación.
- Garantizar atención con enfoque diferencial y respeto cultural.

La inobservancia de derechos en zonas rurales requiere atención inmediata y trabajo articulado entre comunidad e instituciones, para proteger la dignidad y bienestar de las personas más vulnerables.

las ollas comunitarias, es un proceso de organización y acuerdo colectivo mediante el cual las familias con el equipo interdisciplinario se reúnen para planificar, coordinar y desarrollar espacios de alimentación compartida en beneficio de toda la comunidad, especialmente de las niñas y los niños.

la olla comunitaria no es solo un espacio para preparar alimentos, sino un acto de solidaridad, unión y trabajo colectivo, a través de la concertación, se dialoga y se definen aspectos como:

- Qué alimentos se prepararán.
- Cómo se distribuirán las responsabilidades.
- En qué fecha y lugar se realizará.

- Cómo se priorizará a la primera infancia, mujeres gestantes o personas mayores.

Esto permite que las decisiones se tomen de manera participativa, respetando la voz de todos, que cada familia aporta según sus posibilidades (alimentos, leña, tiempo, trabajo), reforzando el sentido de corresponsabilidad, se preparen alimentos tradicionales, fortaleciendo la identidad cultural y transmitiendo saberes culinarios a las nuevas generaciones, mientras se cocina y comparte la comida, se fortalecen los lazos comunitarios y se resuelven situaciones a través de la palabra.

Se concluye resaltando a las familias la importancia de tener mes a mes, presente los acuerdos preestablecido durante el encuentro, que ellos como miembros de la comunidad y parte del núcleo familiar de los niños y niñas, tiene responsabilidades que ayudaran al buen desarrollo de la modalidad, para darle cumplimiento a lo establecido en el manual.

Al finalizar el encuentro se resolvieron las dudas, se tomó la asistencia y se agradeció por la presencia y participación de cada uno de los asistentes y se dio por terminado el encuentro.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- Realizar acuerdos previos mediante diálogo comunitario, garantizando la participación de autoridades tradicionales, madres, padres y cuidadores.
- Cumplir a cabalidad con los acuerdos preestablecidos en el encuentro
- Aprovechar el espacio como momento pedagógico, promoviendo valores como solidaridad, respeto y trabajo colectivo en los niños y niñas

ACUERDOS O COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Replicar y tener en cuenta la temática abordadas durante los encuentros, cumplir sus responsabilidades mes a mes	Sistema familiares	Vigencia del contrato
Informar constantemente sobre el estado de salud de los beneficiarios y sus familias.	- Agentes educativos - Sistemas familiares - Equipo interdisciplinario	Vigencia del contrato

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: Encuentro comunitario**
Fecha: 13 /04/2026	**Fecha: 13/04/2026**
Lugar: Guadualito	**Lugar: Guadualito**
	
Nombre de la actividad: encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: encuentro comunitario**
Fecha: 14/ 04/2026	**Fecha: 14/04/2026**
Lugar: Paso Salado	**Lugar: Paso Salado**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: Encuentro comunitario**
Fecha: 15 /04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Lugar: BETE	**Lugar: BETE**
	
Nombre de la actividad: encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: encuentro comunitario**
Fecha: 15/ 04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Lugar: BETE	**Lugar: BETE**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: Encuentro comunitario**
Fecha: 13 /04/2026	**Fecha: 14/04/2026**
Lugar: GUDUALITO	**Lugar: PASO SALADO**
	
Nombre de la actividad: encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: encuentro comunitario**
Fecha: 15/ 04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Lugar: BETE	**Lugar: BETE**

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-4-2016 **LUGAR(UCA):** GUADUALITO **RESPONSABLE:** [illegible]

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	CHARLINSON PANESSO DUMASA	REGISTRO CIVIL	1078104615	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	Maria W Dumasa
2	CRISTIAN CHAMORRO SABUGARA	REGISTRO CIVIL	1128527672	MAZORMA SABUGARA MECHA	
3	MARUL ZUL PANESSO AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1128527499	SULY YOMARI AMAGARA AMAGARA	
4	NILDO AMAGARA OLEA	REGISTRO CIVIL	1128527742	MIRIAM OLEA PANESSO	Mirian Olea
5	DANIEL DOGARI PANESSO	REGISTRO CIVIL	1128527593	MARIANA PANESSO OLEA	
6	YAIR CUNAMPIA VALENCIA	REGISTRO CIVIL	1128527592	PATRICIA VALENCIA OKI	
7	ALCIRA DUMAZA IBAMIA	CEDULA	1128525275	ALCIRA DUMAZA IBAMIA	
8	YEISON DAVID OLEA CUNAMPIA	REGISTRO CIVIL	1128527725	ROMELIA CUNAMPIA VALENCIA	Romelia cunampia
9	ERARSON OLEA CUNAMPIA	REGISTRO CIVIL	1078474469	ROMELIA CUNAMPIA VALENCIA	Romelia Cunampia
10	VALERIA VALENCIA CONAMPIA	REGISTRO CIVIL	1128527762	JACKELIN CONANPIA LANA	Jackelin C.
11	PLACINA OLEA PANESSO	REGISTRO CIVIL	1128527641	GLORIA PANESSO VALENCIA	
12	LUIS ANGEL CONAMPIA AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1077488727	ANDREA AMAGARA BAQUIASA	
13	STEVAN CONAMPIA AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1128527752	ANDREA AMAGARA BAQUIASA	
14	NAYELI OLEA PANESSO	REGISTRO CIVIL	1128527753	DIGNA OLEA PANESSO	Digna Olea
15	KILYAN CHAMORROOLEA	REGISTRO CIVIL	1077487716	DIGNA OLEA PANESSO	Digna Olea
16	JAIME AMAGARA VALENCIA	REGISTRO CIVIL	1077491415	ABILIA VALENCIA DUMAZA	Abilia
17	CRISTOBALINA LANA AMAGARA	CEDULA	1128525409	CRISTOBALINA LANA AMAGARA	
18	YOSMAN DARIO TUNAY OLEA	REGISTRO CIVIL	1128527688	VICENTA ULEA RUBIANO	Vicenta

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-4-2016 **LUGAR(UCA):** Guadualito **RESPONSABLE:** BIOSOCIAL

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	EYLIN JHOANA MENA CHAVERRA	REGISTRO CIVIL	1128527724	NIRIS JHOANA CHAVERRA CACERES	Niris
2	JHOANA CHAMORRO OLEA	REGISTRO CIVIL	1128527467	MARIA PAOLA OLEA PEREA	Maria
3	YEILIN AMAGARA CUNAMPIA	REGISTRO CIVIL	1128527396	CANDELARIA CUNAPIA PEREA	
4	YUSIRY AMAGARA VALENCIA	REGISTRO CIVIL	1128527640	ANDRES AMAGARA MOYA	Andres
5	DAINER SABUGARA DUMAZA	REGISTRO CIVIL	1077490837	LUCARINA DUMAZA CUNAMPIA	
6	EINER SABUGARA DUMAZA	REGISTRO CIVIL	1078474468	LUCARINA DUMAZA CUNAMPIA	
7	JHON ALEXANDER DOGARI VALENCIA	REGISTRO CIVIL	1128527779	ELEUTERIA VALENCIA AMAGARA	
8	MARI YANELEIZA VALENCIA AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1128527738	JUANA VALENCIA AMAGARA	Juana A
9	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	CEDULA	1148202721	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	Maria W. Dumasa C
10	YURELY FLACO BAILARIN	REGISTRO CIVIL	1128527610	ROSALBA BAILARIN CUNAMPIA	
11	LEINY YURANNY FLACO AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1128527518	MARIA NELIA PEREA AMAGARA	
12	MANUELITO CONAMPIA DUMAZA	REGISTRO CIVIL	1128527550	ALCIRA DUMAZA IBMANIA	
13	BRALY OLEA AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1128527483	BICERDINA AMAGARA LANA	
14	ROMIRA CUNAMPIA VALENCIA	REGISTRO CIVIL	1128527517	MARICELA CUNAMPIA VALENCIA	Maricela
15	TIBERIO SABUGARA PEREA	REGISTRO CIVIL	1128527687	EVELITA PEREA SABUGARA	Evelita
16	ANDY YURENA CANSARI AMAGARA	TARJETA DE IDENTIDAD	1007451329	CELIA AMAGARA AMAGARA	Celia
17	ORLEIDA CHAMORRO AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1078104566	CELIA AMAGARA AMAGARA	Celia
18	YANILA TAPI AMAGARA	REGISTRO CIVIL	1128527510	RUMINIA TAPI AMAGARA	Ruminia

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( )

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-4-2026 **LUGAR(UCA):** PASO SALADO 2 **RESPONSABLE:** PSICOSOCIAL

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	FABIAN FLACO TUNAI	RC	1077492593	YANEIBA TUNAI DUMASA	Yaneiba tunai
2	JHON NEY ROJAS CONAMPIA	RC	1128527803	YADIRA CONAMPIA PEREA	
3	BHRALIN OLEA ROJAS	RC	1077487971	DASEIBA ROJAS TUNAY	
4	DEICY LORENA FLACO PEREA	RC	1077490080	JOSE IVAN FLACO TUNAY	
5	ISABELLA PEREA FLACO	RC	1077492201	IDALIDE FLACO TUNAY	
6	CRISTINA FLACO TUNAI	RC	1077492206	CRISELDINA FLACO TUNAY	
7	DAVID FLACO TUNAY	RC	1078106001	CARMEN ELENA FLACO TUNAY	
8	JAIDER TAPI AMAGARA	RC	1128527281	LUCIANA TAPI AMAGARA	Luciana
9	ISAIDA ROJAS FLACO	RC	1128527369	CRISELDINA FLACO TUNAY	
10	LUZ NELLI FLACO TAPI	RC	1128527370	JOSE IVAN FLACO TUNAY	Jose Ivan
11	MARLIRIS LANA GONZALEZ	RC	1128527431	DIONICIA GONZALEZ FREA	
12	YACIRA TUNAY CONDE	RC	1128527450	EVILIA CONDE TAPI	EVILIA CONDE
13	YAMILENI FLACO TUNAI	RC	1128527581	YANEIBA TUNAI DUMASA	Yaneiba tunai
14	EMILIO FLACO LANA	RC	1128527589	MARIA LINA ROJAS TAPI	Maria Lina
15	JULIO ROJAS TUNAY	RC	1128527636	PRINCIPA TUNAY GONZALEZ	
16	LUIS DARLIN TUNAY CONDE	RC	1128527704	EVILIA CONDE TAPI	EVILIA CONDE
17	LINA FLACO TAPI	RC	1128527824	VIRGELINA TAPI ROJAS	
18	DIONICIA GONZALEZ FREA	C.C.	1129364377	DIONICIA GONZALEZ FREA	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

D

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-4-2026 **LUGAR(UCA):** PASO SALADO **RESPONSABLE:** Fsocial

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	NEIRA VERONICA DUMASA ROJAS	RC	1077488319	ALIPIO DUMASA	Alipio Dumasa
2	JHON MANUEL ROJAS LANA	RC	1077488407	ERLINDA LANA BIRRY	
3	MARIA YISEPI QUIRO LANA	RC	1077490032	MARIA QUIRO LANA	
4	NAIRA LILIANA OLEA TAPI	RC	1077491312	NILIA TAPI ISRAMA	Nilia Tapi
5	GERARDO TUNAI CHAMORRO	RC	1078104074	TIBERIO TUNAY CONDE	Tiberio Tunay
6	JOSE LUIS FLACO TAPI	RC	1128527432	VIRGELINA TAPI ROJAS	
7	TATIANA FLACO TUNAY	RC	1128527433	CAROLINA FLACO TUNAY	
8	JOSE HANIER ROJAS DOGIRAMA	RC	1128527463	JOSE GIL ROJAS TAPI	Jose Rojas
9	YONNI ROJAS IBAMIA	RC	1128527531	CLAUDIA IBAMIA TUNAY	
10	DIANA LUCIA TUNAI ROJAS	RC	1128527580	DIANA MARCELA ROJAS TAPI	Diana marcela Rojas
11	MARYORI CONDE LANA	RC	1128527582	GRACIELA LANA TAPI	
12	OSWALDO TUNAY ULEA	RC	1128527609	AUROSIA ULEA RUBIANO	Aurosia
13	JHONIFER TUNAI CHAMORRO	RC	1128527685	ALEIDA CHAMORRO ROJAS	
14	DIANA MARIA TUNAI ROJAS	RC	1128527686	DIANA MARCELA ROJAS TAPI	Diana marcela Rojas
15	YOLEISON TUNAY OLEA	RC	1128527689	ADRIANA OLEA RUBIANO	
16	SAYNI ROJAS FLACO	RC	1128527706	CAROLINA FLACO TUNAY	
17	MERGELINO FLACO QUIRO	RC	1128527750	MARIA QUIRO LANA	
18	NILIA LANA SABUGARA	T.I.	1078009747	NILIA LANA SABUGARA	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-4-2026 **LUGAR(UCA):** Retén **RESPONSABLE:** Psicosocial

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ESMEL JOSE TAPI DOMBASA	R.C	1128527300	SILVIA DOMBASA SAPIA	
2	MEJELLE TAPI DOMBASA	R.C	1077489485	SILVIA DOMBASA SAPIA	
3	YEISCY DUMASA OLEA	R.C	1128527774	RUBIELA DUMASA OLEA	
4	DANILSA DUMASA OLEA	R.C	1128527470	RUBIELA DUMASA OLEA	
5	DIRLE CHAMORRO GUARABATA	R.C	1077492474	DIRLA GUARABATA DUMASA	
6	JESUS ZAHIR PALACIOS PADILLA	R.C	1128527813	DIRLEIBI PADILLA MORENO	Dirleibi Padilla
7	ARIA LINA VALENCIA VALENCIA	R.C	1128527741	ANA ÑIBI VALENCIA AMAGARA	ANA ÑIBI
8	EMA LICETH RIVAS MORENO	R.C	1077492150	EVANY MORENO MARTINEZ	Evani moreno
9	DAMARIS MORENO MARTINEZ	C.C	1128525232	DAMARIS MORENO MARTINEZ	Damaris moreno
10	SAMUEL DAVID PALACIOS PALACIOS	R.C	1105937916	MARIA MIRLEDYS PLACIOS PALACIOS	Maria Mirledy
11	AILIN XIOMARA CORDOBA MOYA	R.C	1128527682	YAMILET MOYA ROMAÑA	YAMILETH
12	OLIVIA TUNAY DUMASA	C.C	1077464579	OLIVIA TUNAY DUMASA	olivia
13	DULCE MARIA TAPIAS ROJAS	R.C	1077492518	IMELINA ROJAS IBAMIA	Imelina
14	YUMARY FLACO LANA	R.C	1128527831	GRACIELA LANA TAPI	GRACIELA
15	LIAM FELIPE ALBORNOZ CAICEDO	R.C	1128527833	ANLLY CELINA C. GUERRERO	Caicedo uerero
16	CARLA VALENTINA CANSARI LANA	R.C	1078103689	CRISTOBALINA L. AMAGARA	Cristobalina
17	YARLEYSA VALENCIA PEREA	R.C	1128527811	YALI PEREA QUIRO	
18					
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-4-2026 LUGAR(UCA): Bebé 2 RESPONSABLE: Psicosocial

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	STEISERT E. PALACIOS RAMÍREZ	RC	1078475676	DIANA MARCELA RAMÍREZ MURILLO	Diana Marcela
2	EITHAN ANDRES P. BEJARANO	RC	1128527791	VANESSA BEJARANO SALAS	Vanessa Bejarano
3	LIZ YOHANA MORENO VELÁSQUEZ	RC	1128527795	FRANCISCA VALENCIA PALACIOS	Francisca Valencia
4	DIANA PATRICIA SAUCEDO SANTOS	C.C	1077465534	DIANA PATRICIA SAUCEDO SANTOS	Diana Patricia
5	ZULY YOMARY NATIGAY WAITOTO	C.C	1128525556	ZULY YOMARY NATIGAY WAITOTO	Zuly Yomary
6	YOMAISA LANA FORASTEROS	RC	1077490582	CRUZ HELENA FORASTERO ISARAMA	Cruz elena
7	JHONI ESTIWAR ROJAS TUNAY	RC	1128527572	MILENA TUNAY CONDE	Milena Tunay
8	ALAN ESMIR RUBIANO CAIZAMO	RC	1078473146	LUNA LEICY CAIZAMO PEREA	[huella]
9	NEISBER TAPI ROJAS	RC	1078473982	IMELINA ROJAS IBAMIA	Imelina
10	LUZ NEIDI LANA FORASTERO	RC	1128527374	CRUZ HELENA FORASTERO ISARAMA	Cruz elena
11	MARÍA LEONILDE MOYA CÓRDOBA	C.C	35897957	MARÍA LEONILDE MOYA CÓRDOBA	María Leonilde
12	BETZY ROJAS TUNAY	RC	1.078.106.343	DASEIBA ROJAS TUNAY	[huella]
13	ADRIANA OLEA RUBIANO	C.C.	1.128.524.628	ADRIANA OLEA RUBIANO	Adriana
14	FLORIANA ROJAS BAILARIN	C.C.	1.128.525.885	FLORIANA ROJAS BAILARIN	[huella]
15	PORFELINA ACHITO FLACO	C.C.	1.128.525.888	PORFELINA ACHITO FLACO	[huella]
16	MIRIAN PEREA CHARRERO	C.C.	26.261.579	MIRIAN PEREA CHARRERO	[huella]
17	AILANA LUCIA ORTIZ CAICEDO	RC	1.087.564.574	MELIZA LICETH M. MOSQUERA	Meliza Liceth
18					
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**15, 16, 17 de abril de 2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	Agua clara, vueltabuey, aurobuey
N° ACTA:	**3**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Encuentro comunitario		
TEMAS TRATADOS:	Garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos, casos de vulneración		
OBJETIVO:	Fortalecer la garantía de derechos de mujeres gestantes, niños y comunidad mediante la identificación de situaciones de inobservancia y vulneración, y la promoción de acciones prioritarias en salud para asegurar protección integral y bienestar de la población atendida		
ORDEN DEL DIA:	1. Saludo 2. socialización de a temática 3. Preguntas orientadoras 4. Cierre		

DESARROLLO DE LA REUNION

En las fechas indicadas al inicio de la presente acta se realizó un encuentro comunitario con la participación de mujeres gestantes, niños y miembros de la comunidad, orientado por el equipo psicosocial y agentes educativos. El objetivo fue abordar el tema de garantía de derechos en atenciones priorizadas, así como analizar las situaciones de inobservancia y vulneración de derechos que afectan a la primera infancia y a las mujeres gestantes.

En primer lugar, se explicó que la inobservancia de derechos corresponde a aquellas situaciones en las que, por desconocimiento, falta de acción o negligencia, no se cumplen las obligaciones establecidas para proteger a los niños y mujeres gestantes. Aunque no siempre implica una acción directa de daño, sí genera riesgos al dejar desprotegidos a quienes requieren atención prioritaria.

Por otro lado, se abordó el concepto de vulneración de derechos, entendido como la acción u omisión que afecta de manera directa la dignidad, la salud, la integridad o el bienestar de las personas. Se enfatizó que la vulneración constituye una forma grave de incumplimiento, que exige respuesta inmediata y articulada entre instituciones y comunidad.

El equipo psicosocial presentó ejemplos concretos de inobservancia y vulneración, tales como la falta de acceso oportuno a controles prenatales, inasistencia a controles de seguimiento y desarrollo, vacunación y servicios de salud, la ausencia de acompañamiento en procesos de gestación y situaciones de violencia intrafamiliar que afectan tanto a mujeres como a niños. Estos casos fueron expuestos para sensibilizar y promover la reflexión colectiva.

Posteriormente, los agentes educativos destacaron la importancia de reconocer que la garantía de derechos no es únicamente responsabilidad de las instituciones, sino también de las familias y la comunidad. Se subrayó que la corresponsabilidad es un principio fundamental para prevenir y atender situaciones de riesgo. En este contexto, se abrió un espacio de diálogo comunitario en el que las familias compartieron sus experiencias y preocupaciones, manifestando la necesidad de fortalecer las rutas de atención y de consolidar redes de apoyo comunitarias.

La segunda parte del encuentro estuvo a cargo de la enfermera, quien inició su intervención con el tema de la lactancia materna. Se explicó que la lactancia materna es el proceso mediante el cual la madre alimenta a su hijo con leche producida naturalmente, siendo esta el alimento más completo y adecuado para los primeros meses de vida.

Entre las ventajas de la lactancia materna, se mencionaron:

- Proporciona nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Refuerza el sistema inmunológico, previniendo enfermedades infecciosas.
- Favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo, fortaleciendo la seguridad emocional.
- Contribuye a la economía familiar al no requerir gastos adicionales en fórmulas lácteas.
- Reduce riesgos de enfermedades en la madre, como cáncer de mama y ovario.

Seguidamente, la enfermera expuso las generalidades del plan de saneamiento básico, destacando la importancia de mantener condiciones adecuadas de higiene en el hogar y la comunidad. Se enfatizó en el acceso a agua potable, la disposición adecuada de residuos, el control de vectores y la limpieza de espacios comunes como medidas esenciales para prevenir enfermedades.

Posteriormente, se socializaron las rutas de atención en salud, explicando que estas constituyen los mecanismos organizados para garantizar el acceso oportuno y adecuado a servicios de salud. Se detallaron las principales rutas:

- Ruta de atención frente a la desnutrición: activada cuando se identifican signos de déficit nutricional en niños o mujeres gestantes, garantizando acompañamiento médico y nutricional.
- Ruta de atención frente al fallecimiento: orientada a brindar acompañamiento psicosocial y humano a las familias, así como a garantizar el reporte pertinente y la sensibilización sobre el acceso a la salud.
- Ruta de atención frente a cambios en el estado de salud: diseñada para responder de manera inmediata a variaciones en la condición física de niños y gestantes, asegurando acceso a servicios médicos y seguimiento oportuno.

La enfermera subrayó que conocer y utilizar estas rutas es fundamental para garantizar la protección integral de los derechos, evitando la inobservancia y la vulneración.
El encuentro avanzó con la integración de aportes de las familias, quienes manifestaron la necesidad de recibir información clara y accesible sobre los servicios disponibles, así como el acompañamiento constante de los equipos institucionales.

Asimismo, se resaltó la importancia de fortalecer la articulación entre comunidad e instituciones, de manera que las rutas de atención no solo sean conocidas, sino también efectivas en la práctica cotidiana.

En la fase final del encuentro, se promovió un espacio de integración mediante la realización de ollas comunitarias, actividad que permitió compartir alimentos, fortalecer lazos de solidaridad y reafirmar el sentido de pertenencia entre los participantes.

Este cierre simbolizó la unión de esfuerzos en torno a la protección de la vida y la dignidad de las familias, consolidando el mensaje de que la comunidad organizada es capaz de generar cambios significativos en la garantía de derechos.

Finalmente, se acordó dar continuidad a estos espacios de formación y reflexión, estableciendo compromisos de seguimiento y evaluación de las acciones emprendidas. El acta concluye con el reconocimiento al trabajo articulado entre psicosociales, agentes educativos, personal de enfermería y comunidad, reafirmando que la defensa de los derechos es un proceso permanente que requiere constancia, compromiso y corresponsabilidad.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES		
Reducir la exposición a factores y situaciones de riesgo en el entorno.		
ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Tener prácticas de autocuidado y poner en práctica lo socializado en caso de ser necesario	Sistemas familiares	Vigencia del contrato

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: Encuentro comunitario**
Fecha: 15/4/2026	**Fecha: 15/4/2026**
Lugar:Vueltabuey	**Lugar: Aurobuey**
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: Encuentro comunitario**
Fecha: 16/4/2026	**Fecha: 17/4/2026**
Lugar: Aurobuey	**Lugar: Agua clara**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15 ABRIL 2026 LUGAR(UCA): _BUELTA BUEY_____ RESPONSABLE: _____UTILIANO OLEA DOGARI_____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	BETANIA ASPRILLA PEREA	R.C.	1128527578	YONIER ASPRILLA CHALA	Yonier Asprilla
2	ANNY YORLEIDI ASPRILLA PEREA	R.C.	1128527449	YONIER ASPRILLA CHALA	Yonier Asprilla
3	TIAGO AMAGARA PEREA	R.C.	1128527676	SOL INES PEREA QUIRO	Sol perea
4	YURELI	R.C.	1128527291	SOL INES PEREA QUIRO	Sol perea
5	SOL INES PEREA QUIRO	C.C.	1128525805	SOL INES PEREA QUIRO	Sol perea
6	YOLIMA QUIRO OKI	R.C.	1128527570	DORILA OKI PEREA	Dorila oki
7	NANCI CHARRERO PANESSO	R.C.	1120527494	LINDORCITO CHARRERO PEREA	Lindorcito Perea
8	CAMILA CONAMPIA PEREA	R.C.	1128527438	ERMICIA OLEA CHARRERO	Ermicia olea
9	MAISON PEREA CONAMPIA	R.C.	1128527304	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela conampia
10	LUZ BEIRA PEREA CONAMPIA	R.C.	1128527569	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela Conampia
11	MARIA ELMA AMAGARA PANESSO	R.C.	1077491173	DORA ELENA PANESSO URAGAMA	Dora panesso
12	NILA PANESSO CONAMPIA	R.C.	1128527594	MARIA DORALINA CONAMPIA CONAMPIA	Maria conampia
13	EMILIO PEREA PEREA	R.C.	1128527514	AMANCIO PEREA DUMAZA	Amancio perea
14	JUBERNILO PEREA KIRO	R.C.	1128527512	MANCIO PEREA DUMAZA	Amancio Perea
15	STIWAR KIRO AMAGARA	R.C.	1128527590	LUZ MARINA AMAGARA OKI	luz oki
16	ELIH DEIZA OLEA BAQUIAZA	R.C.	1077491589	UTILIANO OLEA DOGARI	utiliano olea
17	YECELI AMAGARA PEREA	R.C.	1128527748	MILTON KIRO BUGAMA	milton kiro
18	EIDER AMAGARA MECHA	R.C.	1078104012	DAMAZO AMAGARA PANESSO	Damazo panesso
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15 ABRIL 2016 LUGAR(UCA): VUELTA BUEY RESPONSABLE: LUZ MARIA LEMOS CORDOBA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ISAIA AMAGARA OLEA	R.C	1077491653	UTILIANO OLEA DOGARI	Utiliano olea D.
2	CELENIA AMAGARA PEREA	R.C	1128527439	LEIDY PEREA QUIRO	
3	KILIAN ANDRES CONAMPIA PANESSO	R.C	1077487241	ANILDA PANESSO OLEA	
4	YUNEIRI KIRO PANESSO	R.C.	1128527306	WILSON PANESSO CONAMPIA	Wilson Panesso P.
5	AMALIA AMAGARA CAIZAMO	R.C.	1128527406	FLOREMIROAMAGARA PEREA	Floremiro
6	ESTEFANY OLEA PEREA	R.C	1128527371	UTILINIANO OLEA DOGARI	Utiliano olea D.
7	SALOMON CONAMPIA DUMAZA	R.C.	1128527441	MARIA DORALINA CONAMPIA	
8	MARILIBIA CONAMPIA CHAITO	R.C	1128527595	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	
9	EUTIMIO CONAMPIA CHAITO	R.C.	1128527440	LINDOCITO CHARRERO PEREA	
10	MELISA KIRO OLEA	R.C.	1128521652	YANILA OLEA CHARRERO	
11	RUT DIANA CONAMPIA PANESSO	R.C.	1128527831	ANILDA PANESSO OLEA	
12	MILADIS KIRO AMAGARA	R.C.	1128527360	FLOREMIRO AMAGARA PEREA	Floremiro
13	NIÑO CONAMPIA PANESSO	R.C	1028527643	ELDA PANESSO CONAMPIA	
14	MARILY PANESSO AMAGARA	R.C.	1077492602	RONAIRA PANESSO PEREA	
15	ROSA SILVIA AMAGARA PEREA	C.C.	1128525813	ROSA SILVIA AMAGARA PEREA	Rosa Silva
16	ELDA PANESSO CONAMPIA	C.C.	1128252857	ELDA PANESSO CONAMPIA	
17	ANILDA PANESSO OLEA	C.C.	1078916079	ANILDA PANESSO OLEA	
18	DISNAIDA QUIRO OLEA	T.I.	1148202772	YANILA CHARRERO OLEA	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 16-4-2026 LUGAR(UCA): AUROBUEY RESPONSABLE: Bicosocial

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	MIRIAN PEREA CHARRERO	CC	26261579	MIRIAN PEREA CHARRERO	Mirian Perea
2	CRISTINA RUBIANO PACHECO	CC	1075021323	CRISTINA RUBIO PACHECO	Cristina Rubio Pacheco
3	NELBIA AMAGARA PEREA	CC	1128525875	NELBIA AMAGARA PEREA	Nelbia Amagara
4	RONAIDA ROJAS FORASTERO	CC	1128525899	RONAIDA ROJAS FORASTERO	ronaida rojas forastero
5	MARIANITA PEREA CUNAMPIA	CC	1077477674	GRACELIANA CUNAMPIA OLEA	graceliña cunampia
6	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	CC	1148202798	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela Conde
7	AGUSTINA KIRO CHARRERO	CC	35920212	AGUSTINA KIRO CHARRERO	Agustina Kiro
8	ISABELINA CONDE AMAGARA	CC	1148195142	ISABELINA CONDE AMAGARA	Isabelina Conde
9	HILARITA BAILARIN MOJARE	CC	1128525303	HILARITA BAILARIN MOJARE	Hilarita Bailarin
10	KARINA PEREA KIRO	CC	1128525804	KARINA PEREA KIRO	Karina Perea
11	RUBIANO FLACO AMAGARA	RC	1077492507	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Uldalina Amagara
12	YASMIRA KIRO PEREA	RC	1128527320	ANORIA PEREA OLEA	Anoria Perea
13	NAILA ROJAS BAILARIN	RC	1077489428	HILARITABAILARIN MOJARE	Hilarita Bailarin
14	LUIZ JHOAN KIRO AMAGARA	RC	1128527804	DERMIRO KIRO BUGAMA	dermiro kiro
15	SILVINITO AMAGARA ACHITO	RC	1128527617	SILBIO AMAGARA PEREA	Silbio Amagara
16	YIRLIANA PANESSO PEREA	RC	1128527730	RIQUILDO PEDREA CHAJITO	Riquilda Amagara
17	ANA YURLEIDY	RC	1077474678	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Uldarina Amagara
18	CLARA PANESSO PEREA	RC	1128527729	RUFINO CONAMPIA PEREA	Rufino conampia

Tipo de encuentro desarrollado, si la actividad realizada no es la sugerida, seleccione otro y especifique en el nombre de la actividad.

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____

12
06

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 16-4-2026 LUGAR(UCA): Aguaclara RESPONSABLE: Psicosocial

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ARLIN ROMAÑA ASPRILLA	CC	1003930226	ARLIN ROMAÑA ASPRILLA	Arlin Romaña
2	NANCY AMAGARA AMAGARA	CC	1128525386	NANCY AMAGARA AMAGARA	
3	ARIAN DAVID GUTIERREZ MARTINEZ	RC	1077489496	MARTHA CECILIA MARTINEZ PARRA	Martha P.Q.
4	KIMBERLYN DAHIARA MURILLO MENA	RC	1077489118	LAURA MAYTETH MENA MOSQUERA	Laura Mena
5	DAILIN YULIANA RIVAS ORTIZ	RC	1128527557	YULIZA ORTIZ ROBLEDO	Yuliza ortiz
6	HEILYS YOHANA CAICEDO RIVAS	RC	1128527456	JULIA MARIA CAICEDO RIVAS	Julia maria arara
7	FRAILYN JOHANA CAICEDO RIVAS	RC	1078473796	JACKELINE MORENO RIVAS	Jackeline Moreno
8	AXEL DAEL MURILLO RIVAS	RC	1078102896	ANLLY RIVAS ROMAÑA	Anyi Rivas R.
9	SOLANYI RIVAS RENTERIA	RC	1078473213	EDILMA RENTERIA QUEJADA	Edilma Renteria a
10	ELIAN SAMUEL ORTIZ LOPEZ	RC	1078475401	EMELINA LOPEZ MOSQUERA	Emelina lopez m
11	JAZLIN YIRETH ORTIZ ROBLEDO	RC	1078474888	MIGDALIA ROBLEDO MOYA	migdalia robledo
12	KEILIN NAHOMI QUEJADA PALACIOS	RC	1078475313	YUDY PAOLA PALACIOS QUEJADA	yudy paola palacios
13	NERSITA PANESSO CONAMPIA	RC	1077492733	ROBINSON AMAGARA PEREA	Robinson Amagara
14	YAMI SAPIA MOYA	RC	1128527337	FIOLA FLACO AMAGARA	
15	YAZURI DUMASA FLACO	RC	1128527419	MARCELA FLACO FLACO	
16	YALEISA DUMASA FLACO	RC	1128527611	MARCELA FLACO FLACO	
17	ELIO AMAGARA PEREA	RC	1128527747	LEIDY PEREA QUIRO	
18					
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 7-4-2026 **LUGAR(UCA):** Agua Clara 2 **RESPONSABLE:** PSICOSOCIAL

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	EVELITA PEREA SABUGARA	CC	1128525408	EVELITA PEREA SABUGARA	EVELITA P.
2	ALFREDO VIRRI CUNAPIA	RC	1128527796	MARIA INEZ CUNAPIA PEREA	MARÍA INES
3	YINA AMAGARA FLACO	RC	1128527800	EUGENIA FLACO LANA	
4	YARELI CHAMI AMAGARA	RC	1077490787	LIGIA AMAGARA MOYA	Ligia amagara
5	CARRI OLEA MOYA	RC	1128527634	MARIA SELITA MOYA FLACO	maria selita
6	ARISMENDY CANSARI CHAMI	RC	1077490208	JULIANA CHAMI SANAPI	juliana chami
7	ISMAEL QUIRO CONAMPIA	RC	1128527719	MANUEL EMIRO CONAMPIA ISABARE	manuel emiro c.
8	MARIA DEISY TAPI RUBIANO	RC	1128527599	MERCIDA RUBIANO TUNAY	MERCIDA RUBIANO
9	LAILA VIRRI SABUGARA	RC	1077489586	MARIA INEZ CUNAPIA PEREA	MARÍA INES
10	NORFELIA DOGARI VALENCIA	RC	1077488694	ELEUTERIA VALENCIA AMAGARA	
11	SELINA AMAGARA SABUGARA	RC	1078104031	EVELIA SABUGARA MECHA	EVELIA S.
12	MARIA DAYANA TAPI RUBIANO	RC	1128527354	MERCIDA RUBIANO TUNAY	MERCIDA RUBIANO
13	VALENTINA VALENCIA CONAPIA	RC	1128527357	JACKELINE CONAPIA LANA	Jackeline C.
14	YIMAR TAPI FLACO	RC	1128527426	CECILIA FLACO MOYA	
15	YUNERI VIRRI CUNAPIA	RC	1128527468	MARIA INEZ CUNAPIA PEREA	MARÍA INES
16	JANER YIRSON AMAGARA FLACO	RC	1128527473	EUGENIA FLACO LANA	
17	EMIRO PEREA PEREA	RC	1128527513	ARQUILLO PEREA QUIRO	Arquillo P.
18					
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**13-17/04/2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	Bebaracito, Bebaracito 2, Bebarama, Bebarama 2, Bebarama 3, San José, Chimirrido, Chimirrido 2, Chirrinchao, Chirrinchao 2, Alto Bebarama, Alto Bebarama 2, Bebará, Bebará 2.
N° ACTA:	**3**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Encuentro comunitario		
TEMAS TRATADOS:	Garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos, casos de vulneración. Práctica 16: Participar como comunidad en la protección y el desarrollo de las niñas y los niños.		
OBJETIVO:	Concientizar a las familias beneficiarias sobre la importancia de la garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos en casos de vulneración de derecho.		
ORDEN DEL DIA:	1. Saludo 2. Oracion 3. Desarrollo de las temáticas 4. Actividad lúdico-recreativa 5. Desarrollo de las temáticas 6. Lluvia de ideas 7. Establecimiento de acuerdos, compromisos, proposiciones y varios. 8. Firma de asistencia y cierre del encuentro		

DESARROLLO DE LA REUNION

En el mes de abril del año 2026 en el municipio de medio Atrato se realizaron encuentros comunitarios, por el equipo de talento humano de la fundación choco social, con el servicio en educación inicial campesina, dirigido por la psicosocial, la cual convoco a la población beneficiaria en las diferentes UCAS como: Bebarama, Bebarasito, San José, Alto Bebarama, Chimirrido, Chirrinchao y Bebará, estos encuentros tuvieron como objetivo, concientizar a las familias beneficiarias sobre la importancia de la garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos en casos de vulneración de derecho.

Como primero, se inició la reunión cumpliendo con el orden del día, se realizó un caluroso saludo de bienvenida, luego se hizo la oración en agradecimiento al señor por permitirnos realizar este encuentro, la oración estuvo a cargo de una beneficiaria.

se realizó una actividad lúdica recreativa repite el ritmo, la cual consiste en que crear un ritmo "hola a todos sean bienvenidos hoy aprenderemos todos unidos", luego cada uno de los participantes repite el ritmo agregaba otro propio y así sucesivamente, se realizará con el fin de fortalecer los procesos cognitivos,

divertirse, soltar la pereza, romper hielo y activar la energía de cada uno de los participantes, esta actividad estuvo dirigida por un participante del encuentro de la cual todos disfrutaron y se creó un ambiente amenizador y divertido, con el fin de romper el hielo y disponer a la comunidad para el desarrollo del encuentro.

De igual forma, se dio inicio al desarrolló la temática, la cual tuvo como objetivo Concientizar a las familias beneficiarias sobre la importancia de la garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos en casos de vulneración de derecho.

Comenzamos explicando que la garantía de derechos en atenciones priorizadas y la prevención de la inobservancia de derechos son fundamentales. Las atenciones priorizadas se enfocan en garantizar que todos los niños, niñas tengan acceso a servicios oportunos que les permitan desarrollar plenamente sus derechos. La inobservancia de derechos, por otro lado, implica incumplimientos, omisiones o negaciones de acceso a servicios o políticas, lo que puede generar vulneración de sus derechos.

Para continuar con el desarrollo de la temática se utilizó como estrategia una charla participativa, a través de la cual se expuso que el desarrollo integral de toda persona se entiende como el reconocimiento de sujetos de derechos, la garantía y el cumplimento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato.

Recordamos que los niños y niñas tiene unas atenciones priorizadas como:

Ruta integral de la primera infancia: en el marco de la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia, se definen atenciones priorizadas para niños y niñas, asegurando su acceso a servicios y políticas que garanticen el ejercicio de sus derechos.

Servicios de Atención: Estos servicios pueden incluir atención médica, nutricional, educativa, de recreación y protección social, entre otros, para garantizar el bienestar integral de los menores.

Inobservancia de derechos: se entiende por inobservancia la falta de cumplimiento de deberes y responsabilidades por parte de quienes tienen la obligación de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes. y las consecuencias de la inobservancia puede generar vulneración de derechos, lo que implica la transgresión de los derechos establecidos en la convención sobre los derechos del niño.

Cuando estos servicios de atención no se cumplen e incurrimos en la inobservancia de derechos debemos de realizar un proceso de Restablecimiento de derechos:

1. En caso de inobservancia, se puede abrir un proceso de restablecimiento de derechos, donde el Estado interviene para garantizar el cumplimiento de los derechos.

2. Ruta de Atención en Casos de Vulneración de Derechos: se debe llamar a las siguientes líneas o acudir a entes territoriales garantes de derechos como los siguientes:

- Línea 141: Línea gratuita nacional para protección, emergencia y orientación, disponible las 24 horas.

- Línea ICBF: Línea gratuita nacional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF para atender casos de vulneración de derechos, disponible de lunes a viernes.

- Defensoría de Familia: En caso de vulneración o amenaza de derechos, se remite la información a la Defensoría de Familia, la cual abre un proceso administrativo de restablecimiento de derechos y adopta medidas de atención.

Se explico que se debe acudir a los diferentes entes mencionados de acuerdo con las características y magnitud del caso se realiza un proceso de restablecimiento: el cual Incluye medidas como amonestaciones, curso pedagógico, ubicación del niño, niña o adolescente con su familia extensa o en un hogar de acogida.

Por último, realizamos una lluvia de ideas donde se escucharon las voces de todo el equipo de talento humano, se compartieron conocimientos y experiencias que se han presentado en las diferentes ucas, se establecieron estrategias para la activación de ruta por parte de los profesionales, construimos conocimiento colectivo entre todos y luego realizamos una dinámica.

De la misma manera, se les informo que si se llega a presentar cualquier caso de inobservancia de derechos o casos de vulneración de derecho a los niños y las niñas, interfiriendo en su libre desarrollo integral deben cumplir con un protocolo y manifestar la situación que se está presentando con el objetivo de revindicar los derechos de niños y niñas, también, se explicó de forma detallada la ruta integral de atención que se debe seguir frente a casos de maltrato infantil, debemos tener en cuenta que dependiendo el lugar donde se encuentren así mismo se debe implementar la ruta, en caso de esta unidad de servicios frente a la vulneración de derechos a los primeros que deben informar es al consejo comunitario, gobernador de la comunidad o al talento humano del programa de ICBF, para que activen la ruta de atención de manera inmediata.

Por último, realizamos una lluvia de ideas donde se escucharon las voces de la comunidad, se fortaleció el conocimiento de los participantes y construimos conocimiento colectivo entre todos, luego, realizamos una dinámica, se compartió una olla comunitaria donde se preparó en Bebará, arroz con leche; en Bebarama, arroz con pollo; en Alto Bebarama, arroz con queso, en Chimirrido, plátano con Huevo; en Chirrinchao, arroz con pollo; en Bebaracito, arroz con queso, en San José, arroz con leche, estos alimentos se prepararon en compañía de las madres cuidadoras y responsables y se compartieron con niñas, niños, mujeres gestante y cuidadores que participaron en los encuentros comunitario.

Finalmente, agradecimos la participación a cada uno al encuentro, establecimos compromisos, acuerdos y otros, se recogieron las firmas y se dio cierre al encuentro de forma exitosa.

Decisiones:

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

Todos los participantes se comprometen a acceder a las diferentes rutas de atención frente a alguna situación que vulneren los derechos de los niños y niñas, a estar alertas a las señales de amenaza y a comunicarse o dirigirse ante las entidades presentes en el territorio para salvaguardar los derechos de los niños y velas por su libre desarrollo integral.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Se estableció el compromiso entre beneficiarios, cuidadores y talento humano a estar presentes en el desarrollo infantil de los niños y niñas y a orientar cada uno de sus procesos y garantizarles un buen desarrollo y acceder a las diferentes rutas de atención frente a la inobservancia de derechos, en estos casos deben comunicarse o dirigirse ante las entidades presentes en el territorio para salvaguardar los derechos de los niños y velas por su libre desarrollo integral.

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Seguir la ruta integral de atención de acuerdo con las situaciones que se les presenten para salvaguardar los derechos de los niños y las niñas.	Beneficiarios, familias y talento humano.	Durante el desarrollo del programa
Dirigirse ante las entidades presentes en el territorio para proteger la integridad de los niños y las niñas.	Beneficiarios, familias y talento humano.	Durante el desarrollo del programa
Brindar apoyo y acompañamiento a familias, frente a situaciones de vulneración de derechos de los niños y niñas.	talento humano.	Durante el desarrollo del programa

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 13/04/2016	**Fecha:** 13/04/2016
Uca: San José	**Uca:** San José
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 13/04/2016	**Fecha:** 13/04/2016
Uca: San José	**Uca:** San José

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha:** 14/04/2026
Uca: Bebarama	**Uca:** Bebarama
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha:** 14/04/2026
Uca: Bebarama	**Uca:** Bebarama

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha:** 14/04/2026
Uca: Bebarama 2	**Uca:** Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha:** 14/04/2026
Uca: Bebarama 2	**Uca:** Bebarama 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha:** 14/04/2026
Uca: Bebarama 3	**Uca:** Bebarama 3
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha:** 14/04/2026
Uca: Bebarama 3	**Uca:** Bebarama 3

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2016	**Fecha:** 14/04/2016
Uca: Chirrichao	**Uca:** Chirrichao
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2016	**Fecha:** 14/04/2016
Uca: Chirrichao	**Uca:** Chirrichao

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha: 14/04/2026**
Uca: Chirrinchao 2	**Uca:** Chirrinchao 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/04/2026	**Fecha: 14/04/2026**
Uca: Chirrinchao 2	**Uca:** Chirrinchao 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Uca: Bebarasito	**Uca:** Bebarasito
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Uca: Bebarasito	**Uca:** Bebarasito

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Uca: Bebarasito 2	**Uca:** Bebarasito 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/04/2026	**Fecha: 15/04/2026**
Uca: Bebarasito 2	**Uca:** Bebarasito 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/2026	**Fecha:** 16/04/2026
Uca: Alto Bebarama	**Uca:** Alto Bebarama
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/2026	**Fecha:** 16/04/2026
Uca: Alto Bebarama	**Uca:** Alto Bebarama

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/2026	**Fecha: 16/04/2026**
Uca: Alto Bebarama 2	**Uca:** Alto Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/2026	**Fecha: 16/04/2026**
Uca: Alto Bebarama 2	**Uca:** Alto Bebarama 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 17/04/2016	**Fecha:** 17/04/2016
Uca: Chimirrido	**Uca:** Chimirrido
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/2016	**Fecha:** 16/04/2016
Uca: Chimirrido	**Uca:** Chimirrido

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/02026	**Fecha: 16/04/02026**
Uca: Chimirrido 2	**Uca:** Chimirrido 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 16/04/02026	**Fecha: 16/04/02026**
Uca: Chimirrido 2	**Uca:** Chimirrido 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 17/04/2016	**Fecha:** 17/04/2016
Uca: Bebará	**Uca:** Bebará
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 17/04/2016	**Fecha:** 17/04/2016
Uca: Bebará	**Uca:** Bebará

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 17/04/2016	**Fecha:** 17/04/2016
Uca: Bebará 2	**Uca:** Bebará 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 17/04/2016	**Fecha:** 17/04/2016
Uca: Bebará 2	**Uca:** Bebará 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 17-04-2026 **LUGAR(UCA):** SAN JOSE **RESPONSABLE:** Daniela Perea Salas

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	JHAMINTON CUNAPIA FLACO	RC	1128527585	DIANA FLACO LANA	diana Flaco
2	MANUEL STIVEN HINESTROZA PALACIOS	RC	10781019066	YINETH TATIANA PALACIOS ROBLEDO	Yineth tatiana P.
3	ANDERSON IBAMIA ACHITO	RC	1077489659	OMAIRA ACHITO FLACO	Omaira achito
4	MARLEN YINETH PALACIOS ROBLEDO	RC	1128527717	YINETH TATIANA PALACIOS ROBLEDO	Yineth tatiana P.
5	MARIELA ACHITO FLACO	CC	1128526214	MARIELA ACHITO FLACO	Mariela achito
6	KENNY FRANCELYS PANESSO MARTINEZ	RC	1078473487	JULIA MARTINEZ MENA	Julia martinez
7	JOSE YEINER DOJIRAMA MAJORE	RC	1128527574	LUZ NEIDA MAJORE BAILARIN	Luz neida majore
8	DALIA AMAGARA FLACO	CC	1128525901	DALIA AMAGARA FLACO	dalia anagara
9	YANELI PEREA AMAGARA	RC	1128527787	DALIA AMAGA FLACO	dalia anagara
10	MAROLIS YISE RENTERIA ROBLEDO	RC	1077490256	YULIETH TATIANA ROBLEDO MOYA	Yulieth tatiana Moya
11	ANA AIDES ASPRILLLA SALCEDO	CC	1010134464	ANA AIDES ASPRILLLA SALCEDO	Ana aides Salcedo
12	ABNER SMITH RENTERIA ROBLEDO	RC	1077405501	YULIETH TATIANA ROBLEDO MOYA	Yulieth tatiana Moya
13	EMERSON IBAMIA ACHITO	RC	1128527164	OMAIRA ACHITO FLACO	Omaira achito
14	JOSE ERLIN ISABARE IBAMIA	RC	1128527493	MIGUELINA IBAMIA GONZALEZ	Miguelina ibamia
15	LUZ MILA CUNAPIA FLACO	RC	1128527395	DIANA FLACO LANA	diana Flaco
16	RILIA PEREA ACHITO	RC	1128527586	MARIELA ACHITO FLACO	Mariela Achito
17	LUZ NEIDA MAJORE BAILARIN	CC	26261462	LUZ NEIDA MAJORE BAILARIN	Luz neida majore
18	NEIFER DUVAN CHALA ASPRILLA	RC	1128527249	ANA AIDES ASPRILLLA SALCEDO	Ana aides asprilla
19					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-04-2026 **LUGAR(UCA):** CHIRRINCHAO 2 **RESPONSABLE:** Danitza Perea Salas

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	MARIA ANGELA AMAGARA NATIGAY	RC	1120527756	MARITZA NATICAY AMAGARA	
2	MARIA ERMA PEREA FORASTERO	CC	1193480283	MARIA ERMA PEREA FORASTERO	
3	THIAGO ANDRES AMAGARA ZAPIA	RC	1128527809	MARLENYS ZAPIA DUMAZA	
4	HAILIN NAHIARA DOGARI ZAPIA	RC	1128527707	MELIDA ZAPIA FLACO	
5	YEISI FORSTERO DOGIRAMA	RC	1128527749	ELIRA BAILARIN DUMAZA	
6	MAIRA DOGARY ZAPIA	RC	1077488591	MELIDA ZAPIA FLACO	
7	SANTIAGO PEREA DUMAZA	RC	1128527749	SANDRA DUMAZA AMAGARA	
8	DARIEN FLACO DUMAZA	RC	1128527792	KEIDY DUMAZA NATIGAY	
9	YEREMY FLACO DUMAZA	RC	1128527566	KEIDY DUMAZA NATIGAY	
10	WILNER NATIGAY PERES	RC	1128527272	CLEMANCIA PEREA FORASTERO	
11	DAYANA TIMICANO MAJORE	RC	1128527765	OMAIRA FLACO PANESSO	
12	YEISON PEREA DUMAZA	RC	1128527349	SANDRA DUMAZA AMAGARA	
13	ANALY FORASTERO WARAWATA	RC	1128527711	CONCHITA WARAWATA GARGUITA	
14	YIRLEZA AMAGARA FRASTERO	RC	1128527532	NIRMA FRASTERO ISARAMA	
15	WILSON ANDRES FLACO NATIGAY	RC	1128527475	MARIELA NATICAY FLACO	
16	CINDY PATRICIA FLACO PEREA	T.I	1148195186	CINDY PATRICIA FLACO PEREA	
17	JHOAN AMAGARA PEREA	RC	1077487409	ROSABELINA PEREA FORASTERO	
18	NATALIA PEREA DUMAZA	RC	1128527538	SANDRA DUMAZA AMAGARA	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (x) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-04-2026 **LUGAR(UCA):** AME CHIRRINCHAO **RESPONSABLE:** Damélis Perea

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANA SHIRLEY ZAPIA FLACO	RC	1128527603	ANA LUCIA FLACO ISARAMA	
2	SANDI FLACO TANICAI	RC	1128527699	MARIELA NATICAY FLACO	Mariela N
3	CELINA OKI VALENCIA	RC	1193470126	CELINA OKI VALENCIA	Celina
4	ROSABELINA PEREA FORASTERO	CC	1007532011	ROSABELINA PEREA FORASTERO	Rosabelina
5	VICTOR ANDRES FLACO NATICAY	RC	1128527602	MARITZA NATICAY AMAGARA	maritza N
6	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	CC	1007532006	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	
7	ONORIO MOYA FLACO	RC	1078104982	ERELIA FLACO BARQUIRURA	Erelia
8	CONCHITA WARAWARA GARGUITA	CC	1128525579	CONCHITA WARAWATA	
9	LUIS ANDRES MAJORE FLACO	RC	1128527801	OMAIRA FLACO PANESSO	Omaira
10	WILDER NATIGAY PEREA	RC	1128527619	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	
11	ARLEY PANESSO ISARAMA	RC	1128527422	NINFA PANESSO ISARAMA	
12	YAKIRA FORASTERO NATIGAY	RC	1128527471	LUISA NATIGAY FLACO	Luisa N
13	ELIECER DUMAZA FORASTERO	RC	1128527379	MARIA LETINA FORASTERO PANESSO	maria L
14	YUNIOR FRASTERO ICARAMA	RC	1128527485	YOBANA FRASTERO ISARAMA	Yobana
15	YOICER FORASTERO NATIGAY	RC	1128527720	LUISA NATIGAY FLACO	Luisa N
16	JULIANA FORASTERO OKI	T.I	1148202751	MARIA LETINA FORASTERO PANESSO	maria L
17	YEREN SOFIA AMAGARA NATICAY	RC	1128527455	MARITZA NATICAY AMAGARA	maritza N
18	MARISOL PANESSO PEREA	RC	1128527642	MARIA ERMA PEREA FORATERO	Maria E
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-04-2026 **LUGAR(UCA):** BEBARAMA 3 **RESPONSABLE:** Daniela Perea Valoy

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ULALIA BAILARIN BIGUI	CC	35920127	CARLOS MARIO VALENCIA DOGIRAMA	carlos mario v
2	VANESSA VACORIZO IZARAMA	RC	1077488039	MARVEL IZARAMA MAJORE	
3	TATIANA MOCORRO ZARAMA	RC	1128527645	MARCELA ZARAMA MAJORE	
4	CLARA BAILARIN IZARAMA	RC	1128527568	YARLEIDA BAILARIN IZARAMA	
5	JEILER MORROCO MOLINA	RC	1128527621	CARMENZA MOLINA IZARAMA	
6	SEBASTIAN ISARAMA IZARAMA	RC	1128527637	DOLARIZA IZARAMA BAILARIN	
7	SANCHE MORROCO MOLINA	RC	1128527700	CARMENZA MOLINA IZARAMA	
8	ESTEFANI LANA CASAMA	RC	1128527650	KAREN CASAMA BAILARIN	
9	LAURENTINA CASAMA LANA	CC	35920128	ERNESTO HISARAMA BIGUI	Ernesto H
10	ELISA ZARAMA HISARAMA	RC	1077499023	MIRIAM HISARAMA CASAMA	
11	YULISA BAILARIN MOLINA	CC	1148195060	YULISA BAILARIN MOLINA	
12	GLORIA IZABEL DUMASA ZARAMA	RC	1077490109	GLORIA ZARAMA BAILARIN	
13	LEYNER ANDRES DUMASA ZARAMA	RC	1078103906	GLORIA ZARAMA BAILARIN	
14	VALERY ZARAMA DOGARI	RC	1077487226	GLADIA ZARAMA DOGARI	
15	DAYANA LANA ISARAMA	RC	1077491707	BERNARDINO LANA MEJIA	Bernardino L
16	ARIZA BAILARIN DOMICO	RC	1077489368	LILIANA DOMICO ISARAMA	
17	CLEYNER BAILARIN DOMICO	RC	1128527285	LILIANA DOMICO ISARAMA	
18	BLANCA FLACO CASAMA	CC	1193438470	YAN CARLOS BAILARIN SAPIA	Yan carlos Bailarin
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (x) - Otro ( ) _____.

Operación contratista

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-04-2026 **LUGAR(UCA):** _BEBARAMA 2___ **RESPONSABLE:** Danielis Perea

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ANDY JOHANA BAILARIN ASARAMA	TI	1148202833	GRANGELIA ISARAMA BAILARIN	
2	FABIAN VALENCIA ISARAMA	RC	1077488933	GRANGELIA ISARAMA BAILARIN	
3	GRANGELIA ISARAMA BAILARIN	CC	1193309898	GRANGELIA ISARAMA BAILARIN	
4	HESAIA PEDROZA BAILARIN	RC	1079296071	CLARA INES BAILARIN ISARAMA	
5	LUIS ISARAMA CASAMO	RC	1077487325	RUBILDA CASAMA BAILARIN	
6	YARLEIZA ISARAMA CASAMO	CC	1128525526	YARLEIZA ISARAMA CASAMO	
7	KEYLI MAJORE ISARAMA	RC	1128527794	KELLY YOHANA ISARAMA CAISAMA	
8	YIMINSON BAILARIN CASAMA	RC	1077487565	LUZ MERY CASAMA BIGUI	
9	FELIPE HISARAMA CASAMO	RC	1128527770	YULISSA HISARAMA CASAMA	
10	YEFER CHAMORRO HISARAMA	RC	1128527789	ALICIA HISARAMA CASAMA	
11	HOMER CHAMORRO HISARAMA	RC	1128527509	ALICIA HISARAMA CASAMA	
12	MIRIAM HISARAMA CASAMA	CC	1193326365	ONICIO ZARAMA DOGARI	onicio zarama
13	NILSA BAILARIN CASAMA	RC	1077491627	LUZ NERY CASAMA BIGUI	
14	WENDY NAYELI ROJAS CASAMA	RC	1078103833	MARIA ELENA CASAMA BIGUI	
15	LEVINSON CASAMA BAILARIN	RC	1078473379	DORIS BAILARIM DUMAZA	
16	DORIS BAILARIN DUMAZA	CC	1003933307	DORIS BAILARIM DUMAZA	
17	DANI CASAMA BAILARIN	RC	1077490173	DORIS BAILARIM DUMAZA	
18	DEICY CASAMA BAILARIN	RC	1077490172	DORIS BAILARIM DUMAZA	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (x) - Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-04-2026 **LUGAR(UCA):** Bebarama **RESPONSABLE:** Daniels Perea Tola

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	JUAN CARLOS MOYA PALACIOS	RC	1128527474	JUAN MANUEL MOYA CUESTA	Juan moya
2	SHEILY SOFIA SAUCEDO SALAS	RC	1078104420	NERLIN SALAS BLANDON	Nerlin Salas
3	SAN MIGUEL MORENO RODRIGUEZ	RC	1034932105	MARGARITA RODRIGUEZ HERNANDEZ	Margarita
4	DANIEL YESID CORDOBA SAUCEDO	RC	1128527607	LUZ MERIS SAUCEDO SANTOS	Luz meris
5	ANYELI YICETH CHALA CHAVERRRA	RC	1077488665	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	ERLIN Maria
6	YANELIS CHALA CHAVERRA	TI	1078461153	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	ERLIN Maria
7	JEIDEN ANDRES MOSQUERA CHALA	RC	1077491207	KAREN YUBELY CHALA CHAVERRA	Karen Chala
8	HEYLIN SELESTE CORDOBA SAUCEDO	RC	1078474336	LUZ MERIS SAUCEDO SANTOS	Luz meris
9	HONURTH JHAZAF PINO SANTO	RC	1077489371	CARLOS ANDRES PINO PEREA	Carlos Pino
10	SHAIRA PINO MENA	RC	1077488501	DOMINGA YORLEIDY MENA QUEJADA	Dominga Mena
11	YILME ZARAMA FLACO	RC	1077489782	CLEMENCIA FLACO CASAMA	Clemencia Casama
12	JERRY SAMIRA CORDOBA SAUCEDO	RC	1077491130	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	ERLIN Maria
13	KEYLA ISARAMA NAMPIA	RC	1077491490	MARCELITA NANPIA ABONA	
14	DEYBER MANIZA ISARAMA	RC	1078923745	MARLIN ISARAMA ISARAMA	
15	ELIAM FORASTERO ISARAMA	RC	1128527743	EDINSON FORASTERO WARABATA	
16	CLEMENCIA FLACO CASAMA	CC	1193368988	CLEMENCIA FLACO CASAMA	
17	LABRIANITA MANIZA IZARAMA	RC	1131209969	MARLIN ISARAMA ISARAMA	
18	ANGEL DAVID BAILARIN IZARAMA	RC	1128527616	GRANGELIA ISARAMA BAILARIN	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (X) - Otro ( ) _____.

52

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-04-2026 **LUGAR(UCA):** Bebara Sitio **RESPONSABLE:** Daniela Perea Sala

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	SOFIA BARIQUIDURA	RC	1128527653	JAQUELINE CONDE JUMI	
2	YULIZA MAJORE BAILARIN	RC	1128527526	DELIA BAILARIN JUMI	
3	DIANA MAJORE BAILARIN	C.C	1147686074	ENEL MAJORE CASAMA	ENEL
4	DIDIER BAILARIN MAJORE	RC	1128527648	CECILIA MAJORE BAILARIN	
5	ROSMIRA SINIGUI BAILARIN	C.C	1128526557	ROSMIRA SINIQUI BAILARIN	
6	JEIDY CONDE JUMI	RC	1128527524	ORFA NELLY JUMI MAJORE	
7	YENELISON BAILARIN BAILARIN	RC	1077490250	DIANA MAJORE BAILARIN	
8	YAQUELINA MAJORE BAILARIN	TI	1077467317	YAQUELINA MAJORE BAILARIN	
9	LLIMINSON BAILARIN MAJORE	RC	1128527656	ROSA MARIA MAJORE BAILARIN	
10	ALBERTO MAJORE MAJORE	RC	1128527508	DIANA MAJORE BAILARIN	
11	YUDY MAJORE BAILARIN	RC	1128527667	DELIA BAILARIN JUMI	
12	CARLOS BAILARIN MAJORE	RC	1128527560	ROSA MARIA MAJORE BAILARIN	
13	JILBERTO MAJORE MAJORE	RC	1128527654	DIANA MAJORE BAILARIN	
14	ESTEBAN BAILARIN MAJORE	RC	1128527673	SILVIA MAJORE BAILARIN	Silvia
15	LEYSON BAILARIN MAJORE	RC	1128527674	SILVIA MAJORE BAILARIN	Silvia
16	KATE MAJORE CONDE	RC	1128527527	JAQUELINE CONDE JUMI	
17	ERISLEYDI BAILARIN MAJORE	RC	1128527649	CECILIA MAJORE BAILARIN	

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (X) - Otro ( ) _____.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-04-2024 **LUGAR(UCA):** Bebaraso 2 **RESPONSABLE:** DANIELS PRIA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YIIMAR BAILARIN BAILARIN	RC	1128527664	MILBIA BAILARIN MOLINA	
2	YUNIOR ARLEY BAILARIN BAILARIN	RC	1077492675	MILBIA BAILARIN MOLINA	
3	JHON FREDY MOLINA DUMAZA	RC	1077489990	ROQUELINA DUMAZA BAILARIN	
4	YEIMAR MAJORE CAZAMA	RC	1128527624	SANDRA MILENA SINIGUI BAILARIN	
5	SANDRA MILENA SINIGUI BAILARIN	C.C	1128526556	SANDRA MILENA SINIGUI BAILARIN	
6	CHAIRA DUMAZA BAILARIN	RC	1077489958	BEATRIZ DUMAZA BAILARIN	
7	CECILIA BAILARIN MOLINA	C.C	1148195062	CECILIA BAILARIN MOLINA	
8	MILBIA BAILARIN MOLINA	C.C	1148195058	MILBIA BAILARIN MOLINA	
9	DANIELA BAILARIN SINIGUI	RC	1128527661	SANDRA MILENA SINIGUI BAILARIN	
10	MARIBEL SAPIA	RC	1128577666	DORALBA SAPIA	Doralba
11	PAUSTINO BAILARIN SINIGUI	RC	1128527662	SANDRA MILENA SINIGUI BAILARIN	
12	GLEIDY EDY ISARAMA BAILARIN	RC	1077492629	GLADYS BAILARIN CASAMA	
13	YUJANERI BAILARIN MAJORE	RC	1128527665	LAURA BAILARIN MOLINA	
14	MALIANA JUMI DOMINICO	RC	1048023288	LUZ NERY DOMINICO BAILARIN	
15	DANIELA JUMI DOMINICO	RC	1048023287	LUZ NERY DOMINICO BAILARIN	
16	LINA BILARIN BAILARIN	RC	1128527659	LAURA BAILARIN MOLINA	
17	NELY BILARIN BAILARIN	RC	1077492234	CECILIA BAILARIN MOLINA	
18	YULIETH BARIKIRURA BAILARIN	RC	1128527647	LEONARDO BARIKIRURA BAILARIN	

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (X) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 16-04-2021 **LUGAR(UCA): CHIMIRRIDO** _____ **RESPONSABLE:** Danilis Ruiz

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YORLEISA ISARAMA DUMAZA	RC	1078475357	CLARI DUMAZA OLEA	
2	BISANEY ISARAMA DUMAZA	RC	1128527252	CLARI DUMAZA OLEA	
3	YOSUAR SMITH CUNANPIA UNDAGAMA	RC	1128527516	YANETH PATRICIA UNDAGAMA CHAPARRO	YaNeTh
4	YOSELI CUNANPIA UNDAGAMA	RC	1077491837	YANETH PATRICIA UNDAGAMA CHAPARRO	YaNeTh
5	YONATAN VALENCIA HACHITO	RC	1128527604	DORA LUZ HACHITO MECHECHE	
6	DORA LUZ HACHITO MECHECHE	CC	1128525157	DORA LUZ HACHITO MECHECHE	
7	BREINER UNDAGAMA CEREZO	RC	1128 527807	ALIRIO UNDAGAMA MOYA	Alirio Undagama
8	SERGIO UNDAGAMA CEREZO	RC	1128527448	ALIRIO UNDAGAMA MOYA	Alirio Undagama
9	ESTIVEN UNDAGAMA MOYA	RC	1128527377	MARIELA MOYA FLACO	MariELa
10	HERNAN UNDAGAMA MOYA	RC	1128527805	MARIELA MOYA FLACO	MariELa
11	LUZ GENEREIRA ISARAMA ISARAMA	RC	1128527324	YUCARINA ISARAMA BIRRI	Yucarina
12	GISELLA ISARAMA ISARAMA	RC	1128 527799	YUCARINA ISARAMA BIRRI	Yucarina
13	YINE CLAUDIA ISARAMA SUCRE	RC	1128527405	LUCY YANETH SUCRE FORASTERO	Lucí
14	LUIS JOWAR ISARAMA FLACO	RC	1128527705	LUCY YANETH SUCRE FORASTERO	Lucí
15	LUIS ANDRES UNDAGAMA PEÑA	RC	1128527542	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
16	DANIEL UNDAGAMA UNDAGAMA	CC	1078105090	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
17	SIRLEY PEDRAZA HACHITO	CC	1003944034	SIRLEY PEDRAZA HACHITO	
18	SERVELIO UNDAGAMA PEÑA	RC	1128527235	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (X) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 16-04-2026 **LUGAR(UCA): ALTO BEBARAMA** **RESPONSABLE:** Daniela Perea Sala

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	OVIDIO CHAMORRO MAJORE	RC	1077487522	MIRIAN ROSA MAJORE BAILARIN	Miriam Rosa
2	MERLIN BAILARIN MAJORE	RC	1128527427	ROSALBA MAJORE MAJORE	
3	GABRIEL SAPIA VASERUCA	RC	1128527402	ARACELI VASERUCA VASERUCA	
4	TIGUA AMAGARA DOGARI	RC	1077490747	ANGELICA DOGARI BAILARIN	
5	YARIZA BAILARIN DUMAZA	RC	1128527736	VIRGELINA DUMAZA OLEA	
6	JARLIN DUMAZA DOGARI	RC	1077490045	YULISA DOGARI BAILARIN	
7	KEINER DOGARI DOGARI	RC	1077489746	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	
8	DIDIER DUMAZA DOGARI	RC	1077488349	YULISSA DUMAZA BAILARIN	
9	WILSON DOGARI DOGARI	RC	1128527355	ANGELICA DOGARI BAILARIN	
10	MARLI OLEA DUMAZA	RC	1077490076	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	
11	CRSITIANO OLEA DUMAZA	RC	1078102687	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	
12	CAMILA BAILARIN BAILARIN	RC	1128527768	MARILUZ BAILARIN ZAPIA	
13	HUMBERTO BAILARIN BAILARIN	RC	1128527708	MARILUZ BAILARIN ZAPIA	
14	SARA CHAMORRO MAJORE	RC	1128527638	MIRIAN ROSA MAJORE BAILARIN	Miriam Rosa
15	SILVIO BAILARIN MAJORE	RC	1128527716	ROSALBA MAJORE MAJORE	
16	YANETH MAJORE GUASERUCA	TI	1128526216	YANETH MAJORE GUASERUCA	Yaneth
17	ERIKA BAILARIN BAILARIN	TI	1128526354	ERIKA BAILARIN BAILARIN	Erika
18	DIANA DOMICO BAILARIN	CC	1128525720	DIANA DOMICO BAILARIN	Diana
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 16-04-2026 LUGAR(UCA): _CHIMIRRIDO2 RESPONSABLE: Maestra Paola

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YULIANY HACHITO FLACO	RC	1077489400	SILVIA FLACO CAISAMO	
2	JAIME ISARAMA FLACO	RC	1128527598	CELINA FLACO CAISAMO	
3	DAVID MARTIN FLACO	RC	1128527746	YENNI VALENCIA AMAGARA	Yenni
4	JAVIER VALENCIA ISARAMA	RC	1077487619	CARMELINAISARAMA TUNAY	Carmelina
5	JUANCITO ISARAMA VALENCIA	RC	1128527511	UMILDA ISARAMA FLACO	
6	MIGUELINA ISARAMA VALENCIA	RC	1128527445	YOJANA VALENCIA ISARAMA	
7	MANUELITO ISARAMA	RC	1128527618	YOJANA VALENCIA ISARAMA	
8	LEIDY FLACO TUNAY	TI	1128526067	MARIA PARMENCIA FLACO TUNAY	
9	LUZ MERY UNDAGAMA MOYA	CC	1193031618	LUZ MERY UNDAGAMA MOYA	
10	LORENA DUMAZA AMAGARA	CC	1007532007	LORENA DUMAZA AMAGARA	
11	CLARA INES DUMAZA AMAGARA	CC	1007532231	CLARA INES DUMAZA AMAGARA	
12	FLORIANA CABRERA DUMAZA	RC	1128527434	LORENA DUMAZA AMAGARA	
13	ARIEL DUMAZA WARAWATA	RC	1128527797	CRUZ ELENA WARAWATA	
14	DANEYI DUMAZA DUMAZ WARAWATA	RC	112852797	CRUZ ELENA WARAWATA	
15	YARLENI AMAGARA FLACO	RC	1128527555	NELIA AMAGARA PANESSO	Nelia
16	DELCY TUNAY FLACO	RC	1128527447	DIRMA FLACO PANESO	Dirma
17	NELLY FORASTERO DUMAZA	RC	1077491009	CLARA INES DUMAZA AMAGARA	
18	NELLY TANICANO MAJORE	RC	1128527472	VIRGELINA MAJORE GUASERUCO	
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (X) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 17-04-2026 **LUGAR(UCA):** BEBARA **RESPONSABLE:** Daniela Perez

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	GENESIS AILIANA SAUCEDO IBARGUE	R.C	1077492642	LUZ MERY SAUCEDO SANTO	Luz MeRy
2	LUIS DAVINSON CUESTA SAPIA	R.C	1128527489	YOLANDA SAPIA MOJARE	Yolanda
3	LUIS DAVID MOJARE SAPIA	R.C	1128527745	YOLANDA SAPIA MOJARE	Yolanda
4	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	C.C	11285525759	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	
5	NALLELY SALAS BLANDON	T. I	1077461015	ARLEYDA BLANDON CUESTA	arleyda
6	CRISTINA FORASTERO DUMAZA	T. I	1128526199	YULISSA DOGARI BAILARIN	Alejda Yulissa
7	YANELY DUMAZA BAILARIN	T. I	1128525629	YANELY DUMAZA BAILARIN	yulissa yanely
8	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	C.C	1128525670	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	Zunilda
9	ANGELIANA BAILARIN IZAMARA	C.C	1128525549	ANGELIANA BAILARIN IZAMARA	Angeliana
10	YASIRA DUMASA BAILARIN	C.C	1128524940	YASIRA DUMASA BAILARIN	yasira
11	MAYERLY MOSQUERA LUNA	C.C	1010082691	MAYERLY MOSQUERA LUNA	mayerly
12	VITALIA SALAS PANESSO	C.C	1003929581	VITALIA SALAS PANESSO	Vitalia
13	ADIER PALACIOS BERMUDEZ	R.C	1232837821	YERNNY LUZ PALACIOS MATURANA	Yernny
14	JULIETA MOSQUERA ROA	R.C	1195217628	LORENA ROA MOSQUERA	Lorena R-
15	CAMILA BAILARIN MOJARE	R.C	1128527709	YOLANDA SAPIA MOJARE	Yolanda
16	JUAN DAVID BAILARIN ZAPIA	R.C	1128527529	ANA SAPIA MOLINA	Ana
17	EIDY JAELY ASPRILLA	T. I	1079096808	MARIA STELLA HINESTROZA IBARGUE	Maria
18	YEISON AMAGARA DOGARI	R.C	1077492486	ANGELICA MERY DOGARI BAILARIN	Angelica
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario (X) - Otro ( ) _____

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 17-04-2026 **LUGAR(UCA):** Bebara 2 **RESPONSABLE:** Daniela Pora Sula

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	YULEICY BAILARIN BAILARIN	RC	1078104526	YULISSA DOGARI BAILARIN	Yulissa
2	EILLEEN SOPHIA MORENO MORENO	RC	1078475652	DARLING YACIRA MORENO RENTERIA	Darling Moreno
3	DANIELA PANESSO BAILARIN	RC	1128527759	JHULISA BAILARRIN BAILARIN	
4	YULISSA DOGARI BAILARIN	CC	1128525757	YULISSA DOGARI BAILARIN	
5	LINA MARCELA DUAVE AMAGARA	TI	1077465276	AURELIANO VALENCIA FLACO	
6	LEVIO PEREA HACHITO	RC	1128527409	RIQUILDO PEREA JACHITO	
7	ALFRED NAEL RIVAS SALAS	RC	1078475311	BERTHA MARIA PALACIOS	Berta Mª Palacios
8	CLARID DUMAZA OLEO	CC	1078917335	CLARID DUMAZA OLEA	
9	MIGUELINA IBAMA GONZALES	CC	1077432639	MIGUELINA IBAMA GONZALES	
10	NALLELY SALAS BLANDON	TI	1077461015	NALLELY SALAS BLANDON	Arleyda Blandon
11	KEILIN LORENA MENA MORENO	RC	1077488706	KEYI LORENA MENA MORENO	KeYilorena
12	VIRGELINA OLEO DUMAZA	CC	1078919947	VIRGELINA OLEO DUMAZA	Virgelina
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

TIPO DE ENCUNETRO: Encuentro comunitario ( ) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

CONTROL SOCIAL

Dirección: Quibdó - Chocó -Teléfono: 6721647 - 3147873378
Sitio Web: www.chocosocial.org E-mail: gerencia@chocosocial.org

Estándar 7: Facilita a la comunidad y a los usuarios el ejercicio del control social sobre la calidad de la atención

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

FORMATO DE VERIFICACION

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	17	04	2026
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundación choco social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 2700 4332026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion Inicial campesina	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Yurany Palacios Tello		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Agua Clara	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3147454978		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Agua Clara			
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:	Medio Atrato - Agua Clara
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar visitas de verificacion y control a los servicios de primera infancia, para garantizar atencion de calidad
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control de entrega de RPP

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

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

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

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

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

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

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas verificados.

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

No hay recomendaciones, ya que se evidencia una adecuada atención.

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: Maytetth Mena Mostuera
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registra

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.

- Número Celular y/o fijo: 312 651 7206

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	16	04	2026
Regional/Departamento: Choco	Municipio: medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: fundawn choco social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 2700433202 6		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial Comunitaria	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: OSiris Romana Cordoba		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Aro Buey	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3148770525		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Aro Buey			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Medio Atrato - Aro Buey
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar visitas de verificacion y control a los servicios de primera infancia, Para garantizar atencion de calidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control de entrega de RPP

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

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 INTERÈS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			X
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).			X
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			X
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?			X
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			X

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

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.

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.

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas verificados.

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

No hay recomendaciones, se evidencia una adecuada atención

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 Perea
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registra

- Número Celular y/o fijo: 3077977374

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 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: 2			
Fecha:	15	04	2026
Regional/Departamento: Choco	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: fundacion choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 27004332026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial Campesina	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Gloria Hurtado		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Bete	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3104063677		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Bete			
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:	Medio Atrato - Bete
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar visitas de verificacion y control a los servicios de primera infancia, para garantizar una atencion de calidad
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control de entrega de RPP

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).			Y
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?			Y
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).	Y		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	Y		
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?			Y
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			Y

C.	¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características 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? 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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			✓
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***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.***			✓
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?			✓
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			✓
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.			✓
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			✓
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			✓

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.

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.

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas verificados

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

No hay recomendaciones, ya que se evidencia una adecuada atención.

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: Yamileth Moya
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registra

- Número Celular y/o fijo: 3226105202

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 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: 2			
Fecha:	14	04	2026
Regional/Departamento: Choco	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundacion Choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e Intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 27004332026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial comperina	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Rosa Arango		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Paso Salado	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3704577785		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Paso Salado			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Medio Atrato - Paso Salado
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar visitas de verificacion y control a los servicios de primera infancia, para garantizar atencion de calidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar Verificacion y control de entrega de RPP

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

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?		✓
D.	En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) 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?		✓
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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?		✓
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ****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?		✓
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?		✓
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.		✓
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?		✓
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?		✓

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

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.

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas verificados

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

No hay recomendaciones ya que se evidencio una adecuada atención.

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: Vicenta Vleg
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registra

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

- Número Celular y/o fijo: 3017307771

¡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 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: 2			
Fecha:	13	04	2026
Regional/Departamento: Choco	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: fundación choco social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 27004332026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial campesina	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Yisny Torres		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Guadualito	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3136406920		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Guadualito			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Medio Atrato – Guadualito
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar visitas y control de verificacion a los servicios de Primera infancia, Para garantizar una atencion de calidad
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control de entrega de RPP

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 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 2 de 4

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?			✓
D.	En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) 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?			✓
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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			✓
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***			X
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			X
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			X
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.			✓
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

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

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.

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas verificados

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

No hay recomendaciones, ya que se evidencia una adecuada atencion

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: Marcela Cunampio
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registra
- Número Celular y/o fijo: 304 3206641

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

VERIFICACIÓN N°: 2			
Fecha:	15	04	2026
Regional/Departamento: Choco	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Fundacion Choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia e intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 2700433026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial Campesina	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Luz Maria		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: vuelta Buey Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: vuelta Buey	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 320 479 5870		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 78 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 78			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Medio Atrato - vuelta Buey
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar visitas de verificacion y control a los servicios de primera infancia, para garantizar una atencion de calidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control de entrega de RPP

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

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.

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

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

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?			✓
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.

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas verificados

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

No hay recomendaciones ya que se evidencia una adecuada atención.

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: Chila Reiey
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registra

- Número Celular y/o fijo: 3 17 307 45 62

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	14	Abril	2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Chocó Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 27004332026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial Comunitario **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Chirrinchao **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Chirrinchao	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Wilson flaco Parrado **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 314 558 3500		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita:** 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduria ciudadana:	Chirrinchao
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Control Social en la UDS de atención a la Primera Infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de RPP.
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? 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. ***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

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

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: Durante la Visita se Pudo evidenciar que las revision de RPP. fue la Correcta y ademas de Eso los Productos al entregar se encuentraban en buen estado incluyendo las fechas de Vencimiento y las Cantidades Correspondientes al listado de la minuta.

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

Continuar realizando la Verificación de RPP.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduria 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: Marcela Natiga

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registro
- Número Celular y/o fijo: 314 558 3500

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	17	Abril	2026
Regional/Departamento: Choco	**Municipio:** Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propio Intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 8700433 2026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Colocación Inicial Campesina **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bebara **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Bebara	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Katerine Roa Ramirez **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3146946603		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** _____			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Bebara
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Control Social en la UDS de atención a la Primera infancia Propia Intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de RFP.
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? 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.			✓
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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			✓
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***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.***			✓
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?			✓
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			✓
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.			✓
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			✓
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?			✓

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 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 4 de 4

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: Durante la visita se pudo evidenciar que la revisión de PPP fue la correcta y acorde a los productos al entregar se encontraban en buen estado y cumplan las fechas de vencimiento y las cantidades correspondientes al listado de la minuta.

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

Continuar realizando la verificación de PPP.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduria 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: Vanessa Salas

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: no registra
- Número Celular y/o fijo: 321.216.938

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	15	Abril	2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Chocó Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 2700432026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial Cumplerina **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bebarasito **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Bebarasito	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Jhon fredy Orejuela Martinez **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 311 626 0948		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Bebarasito
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Control social en la UDS de atención a la Primera infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de RPP.
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? 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)			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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			X
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ****Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***			X
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			X
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			X
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.			X
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			X
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			X
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?			X

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

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

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: Durante la Visita se Pudo evidenciar que la revision de RPP fue la Correcta y ademas de eso los Productos al entregar se encontraban en buen Estado e incluyendo las fechas de vencimiento y las Cantidades Correspondiente al listado de la minuta.

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

Continuar realizando la Verificacion de RPP.

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: _____

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: no registra
- Número Celular y/o fijo: 311 626 0548

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	16	Abril	2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 2700433 2026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial Campesina **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Alto Bebarama **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Alto Bebarama	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Heiler Mayora Guasaruca **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 323 346 2418		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita:** 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Alto Bebarama
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Control social en la UDS de atención a la Primera Infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificacion de RPP.
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).			✓
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?			✓
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? 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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?			X
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***			X
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			X
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			X
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.			X
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			X
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?			X
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?			X

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

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

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: Durante la visita se pudo evidenciar que las revisiones de RPP fue la correcta y además de eso los productos al entregar se encontraban en buen estado e incluyendo las fechas de verificación y las cantidades correspondientes al listado de la minuta.

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

Continuar realizando la verificación de RPP.

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: Dalia Dominico Bailoría

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/08/2022
		Versión 1	Página 5 de 4

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registro
- Número Celular y/o fijo: 313 853 5983

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	13	Abril	2026
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: medio Atrato		
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Choco' Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 27 00 43 32 026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial campesino	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Yineth Melissa Perea Palacios		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: San Jose	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 300 876 1933		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: San Jose			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	San Jose
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar control social en la voz de Atencion ala primera infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificacion RPP

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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 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 4 de 4

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: Durante la vicita Si Pudo evidenciar que los reviciones de RPP fue la correcta Y ademas y ademas de eso los productos al entregar se encontraba en buen estado incluyendo las fechas de vencimiento y los Cuidados correspondientes al listado de minuta

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

Continuar realizando la verificacion de RPP

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: Yulieth tatiana Robledo

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.

- 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: _____

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	22	Abril	2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Chocó Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 27004382026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial en el Hogar **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** La Peña **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** La Peña	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Milena Maturana Correa **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 321.692.9039		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 48 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 48			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	La Peña
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Control Social en la UDS de atención a la Primera Infancia Propia Intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de RPP.

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

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

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

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: Durante la visita se pudo evidenciar que las revisiones de RPP fue la correcta y además de eso los productos al entregar se encontraban en buen estado e incluyendo las fechas de vencimiento y las cantidades correspondientes al listado de la minuta.

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

Continuar realizando la verificación de RPP.

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: Milcíon Martinez

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.

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

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	14	Abril	2026
Regional/Departamento: Choco'	**Municipio:** medio Atrato		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 2700433 2026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial campesina **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Bebarama **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Bebarama	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ingrid Eugenia Hurtado Ibargüen **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320 741 1372		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Bebarama
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar control social en la UDS de atencion a la Primera infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	verificacion de RPP

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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: Durante la visita se pudo evidenciar que los revisiones de RPP fue la correcta y ademas de eso los productos a entregar se encontraban en buen estado incluyendo la fecha de vencimiento y los cantidades correspondientes al listado de la minuta

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

Continuar Realizando la verificación RPP

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduria 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: Verlia Salas Blandon

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: no registra
- Número Celular y/o fijo: 320 741 1372

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	15	Abril	2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Choco Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 2700432026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educacion inicial campesina	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Alviro Balama Tuna		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Chimirrido	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 302 3995192		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: chimirrido			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 18 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Chimirrido
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar control social en la mod de atencion q la Primera infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificacion de RPP

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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?			
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple y **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?			X
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			X
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?			X
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)			X

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

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

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

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: Durante la visita se pudo evidenciar que la revision de RPP fue la correcta y ademas de eso los productos al entregar se encontraban en buen estado incluyendo la fecha de vencimiento y las cantidades correspondientes al listado de la minuta

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

Continuar Realizando la verificacion RPP

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduria 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: Yucaimel Isarama

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registro
- Número Celular y/o fijo: 302 399 5197

PÚBLICA

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REUNION

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: 14 de abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 2:00 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control Social de paso salido, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada, para evaluar el resultado del proceso de verificacion de la enfrega de RPP.

Dandole cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencia que la EAS + el talento humano, cumple con los criterios de verificación, ya que los Paquetes se encuentran en buen esta y bajo los parametros de la minuta, los participantes del comité participaron cumpliendo con las funciones adecuados y asignadas mostrando compromiso.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el Rol asignado	integrante del comité	vigencia del contrato
Informar a la EAS ante un Posible incumplimiento	Integrante del Comité	vigencia del Contrato

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

Participar activamente en todo el proceso con responsabilidad	integrantes del Comité	vigencia del contrato.

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Vicenta Ulea Rubiano	Presidente.
Cejdy Perea Duque	Secretaria
Nelia Rojas	participante
Nilia Cano	Participante.

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

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: 17 de abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 4:00 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control social de Agua Clara, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para evalvar el proceso de entrega de RPP, verificando el cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes.

luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencia que la entrega de RPP se encuentra en buen estado y bajo los parametros de la minuta, la EAS y el talento humano cumplen con los criterios de verificación.

Los partiapantes del comité participaron cumpliendo con los funciones asignadas, mostrando compromiso, se le agradece a la EAS por su compromiso y cumplimiento.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	integrantes del Comité	vigencia del Contrato
Informar a la EAS ante un Posible incumplimiento	integrantes del Comité	vigencia de contrato

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Laura Maytth Mena	Presidente
Julia Maria Caicedo.	Secretaria
Jackeline Moreno	Participante
Anlly Rivas Romana.	Participante

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: 16 de abril **AÑO:** 226 **HORARIO:** 3:00 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del Comité de Control Social de Auto Buey, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para evaluar el proceso de verificación de entrega de RPP, dandole cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencia que la entrega de RPP, se encuentra en buen estado y bajo los parametros de la minuta, la EAS y el talento humano Cumplen, Con los criterios de verificación

los participantes del comité Participaron cumplendo con las funciones asignados, mostrando compromiso se le agradece a la EAS por su compromiso y Cumplimiento.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	integrantes del Comité	Vigencia del Contrato
Informar a la EAS ante un posible incumplimiento	Integrantes del Comit	vigencia del Contrato

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Zenta Perea C.	Presidente
Agustina Rivo Charrero	Secretaria
Isabelina Conde	Participante

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

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: 15 de abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 1:00 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control social de vuelta Duey, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada, para evaluar el proceso de verificación de entrega de RPP, dandole cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencia que la entrega de RPP, se encuentra en buen estado y bajo los parametros de la minuta, la EAS y el talento humano cumplen, con los criterios de verficacion.

Los participantes del comité participaron cumpliendo con las funciones asignadas, mostrando compromiso.

Se le agradece a la EAS por su compromiso y cumplimiento

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	integrantes del comité	vigencia del Contrato
Informar a la EAS ante un posible incumplimiento	integrantes del comité	vigencia del contrato

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Chila Pereq Quiro	Presidente
Adelq Amaya Paness o	Secretari q
Celina Pereq	Partici pante.

¡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 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 2

FECHA: 15 de abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 3:00 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control social de Bete, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada, para evaluar el resultado del proceso de verificación de la entrega de RPP.

Dandole cumplimiento a los funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el Proceso de verificación, se evidencia que la EAS y el talento humano cumple con los criterios de verificacion, ya que los paquetes se encuentran en un buen estado y bajo los parametros de la minuta, los participantes del comité participaron, cumpliendo con las funciones asignadas, mostrando compromisos.

Se le agradece a la EAS por su Compromiso y cumplimiento.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	integrantes del comité	Vigencia del Contrato
Informar a la EAS ante un posible incumplimiento	Integrantes del Comite	Vigencia del Contrato

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

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

Participar activamente en todo el proceso con responsabilidad	Integrante del Comité	Vigencia del Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Maria Miladys Palacios	Secretaria
Yamileth Mejia Romaña	Presidente
Olga Tunay	Participante

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

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: 13 de abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 4:00 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: los integrantes del comité de control Social de Guadalito, se reumeron en la fecha anteriormente mencionada, para evalvar el resultado del Proceso de verificación de la entrega de RPP.

Dandole cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencia que la EAS y el talento humano cumple con los criterios de verificación donde los Paquetes se encuentran en buen estado y bajo los parametros de la minuta, los participantes del comité participaron, cumplien do con las funciones asignadas, mostrando compromisos

Se le agradece a la EAS por su compromiso y cumplimiento

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	integrantes del del comité	vigencia del Contrato
Informar a la EAS ante un Posible incumplimiento	Integrantes del Comité	vigencia del Contrato

Partiçipar actuamente en todo el proceso con Responsabilidad	integrantes del Comité	Vigencia del contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Marcela Cunampia	Presidente
Maria Paola olea	Secretaria
Lucarina Dumeta	Participante

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 14 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 8:35 AM

Los integrantes del Comite de Control social de la UCA de Bobara se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para Capacitar y evaluar el resultado del Proceso de Verificación de RPP. afectado en la Unidad de servicio y el Cumplimiento de las funciones de Cada uno de los integrantes de este Comite.

Despues de haber realizado el Proceso de verificación encontramos que la EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de Verificación y evaluación, Mostraron buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Coherentes con lo anterior se recomendo a la EAS y su talento humano, siendo Coherentes con lo anterior se recomendo continuar con la buena Prestación del servicio.

Todos los integrantes del Comite de Control social Participaron de esta reunión y el Proceso de Verificación de RPP, Cumplieron con las funciones asignadas y mostrando el compromiso por la realización de un adecuado ejercicio de Verificación de Control social.

No siendo mas se Culmina este espacio de reunion.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente con el rol asignado.	integrantes del Comite de Control social	Vigencia del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	integrantes del Comite de Control social	Vigencia del Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Nallely Salas Blandon	Presidente
Yuhssa Dayan Bailarin	Secretaria
Lina Marcela Duque Amaguaña	Participante

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 15 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 3:45pm

Los integrantes del Comite de Control social de la UCA de Chimirrido se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para capacitar y evaluar el resultado del Proceso de Verificación de RPP efectuado en la Unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de este Comite.

Despues de haber realizado el Proceso de Verificación encontramos que las EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de Verificación y evaluación, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Coherentes con lo anterior se recomienda a las EAS y su talento humano Continuar en La buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comite de Control social Participaron de esta reunion y el Proceso de Verificación de RPPs Cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso por la realización de un adecuado ejercicio de Verificación de Control social.

No siendo mas se Culmina este espacio de reunion.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	Integrantes del Comite de Control social	Vigencia del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	Integrantes del Comite de Control social	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Yucarina Isarama Barry	Presidenta
Janeth Patricia Wadayama Ch.	Secretaria
Ana Ruellia Peña Conampia	Integrante

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 14 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 2:30 Pm

Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de Chirinchao se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para capacitar y evaluar el resultado del Proceso de verificación de RPP efectuado en la Unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de este Comité.

Después de haber realizado el proceso de verificación encontramos que las EAS y su talento humano cumplen con el Criterio de Verificación y evaluación, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo coherentes con lo anterior se recomienda a las EAS y su talento humano continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social Participaron de esta reunion y el Proceso de verificación de RPP, Cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso Por la realización de un adecuado ejercicio de verificación de Control Social.

No siendo mas se Culmina este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente Con el rol asignado	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia de Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible Incumplimiento en la Prestación del Servicio	Integrantes del Comité de Control Social.	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Marisela Naticay Flaco	Presidenta
Yobana Forastero Ibarama	Secretaria
Evelia Flaco Boquirota	Participante

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 13 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 9:30pm

Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de San José se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para capacitar y evaluar el resultado del Proceso de Verificación de RPP efectuado en la Unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de este Comité.

Despues de haber realizado el proceso de verificación encontramos que los EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de verificación y evaluación, mostrando buena disposición al momento de la visita, siendo Coherente con lo anterior se recomendo a los EAS y su talento humano Continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social participaron de esta reunion y el proceso de verificación de RPP, Cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso por la realización de un adecuado ejercicio de Verificación de Control Social.

No siendo mas se culmino este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia de Contrato
Informar oportunamente ala EAS ante un posible Incumplimiento en la Prestación del Servicio.	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Yuleith Tatiana Robledo moya	Presidenta
Dalia Amagara flaco	Secretaria
Omaira achito flaco	Integrante

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

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 14 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 10:20AM

Los integrantes del Comite de Control Social de la UCA de Bebarama se reunieron en la fecha anteriormente mencionada Para Capacitar y evaluar el resultado del proceso de verificación de RPP efectuado en la Unidad de servicio y el cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de este Comite.

Despues de haber realizado el proceso de verificación encontramos que las EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de Verificación y evaluación, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Coherentes con lo anterior se recomendo a las EAS y su talento humano, siendo Coherentes con lo anterior se recomendo Continuar con la buena Prestación del servicio.

Todos los integrantes del Comite de Control Social Participaron de esta reunion y el Proceso de Verificación de RPP, Cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso por la realización de un adecuado Ejercicio de Verificación de Control Social.

No siendo mas se Colmina este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente Con el rol asignado.	Integrantes del Comite de Control Social	Vigencia de Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible Incumplimiento en la Prestación del servicio.	Integrantes del Comite de Control social	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Ler Moris Barceda Santos	Presidenta
Nerlin Salas Blandon	Secretaria
Yarlitza Barama Cabrera	Integrante

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 15 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 9:35 AM

Los integrantes del Comite de Control Social de la UCA de Bebarafito se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para Capacitar y evaluar el resultado del proceso de verificación de RPP efectuado en la unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de este Comite.

Despues de haber realizado el Proceso de Verificación encontramos que las EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de Verificación y evaluación, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Coherentes con lo anterior se recomendo a las EAS y su talento humano continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comite de Control Social participaron de esta reunión y el Proceso de verificación de RPP, Cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso por la realización de un adecuado ejercicio de Verificación de Control Social.

No siendo mas se Colmina este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente en el rol asignado.	Integrantes del Comite de Control Social	Vigencia de Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	Integrantes del Comite de Control Social	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Sandra Milena Sinigoi Bailarin	Presidente
Deraldo Sapia	Secretaria
Delis Bailarin Juni	Participante

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

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 16 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 10:35AM

Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de Alto Bebaroma Se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para Capacitar y evaluar el resultado del Proceso de Verificación de RPP efectuado en la Unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones de Cada Uno de los integrantes de este Comité.

Después de haber realizado el Proceso de verificación encontramos que las EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de verificación y evaluación, mostrando buena disposición al momento de la visita, siendo Coherente con lo anterior Se recomendo a las EAS y su talento humano Continuar con la buena Prestación del servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social Participaron de esta reunion y el Proceso de verificación de RPP, Cumpliendo Con las funciones Asignadas y mostrando el Compromiso por la Realización de un adecuado Ejercicio de Verificación de Control Social.

No siendo mas Se Culmina este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente Con el rol asignado	integrantes del Comité de Control Social.	Vigencia de Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	integrantes del Comité de Control Social	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Rocivia Bailarin Bailarin	Presidente
Delia Domico Bailarin	Secretaria
Alba Lucia Bailarin Orature	Integrante

PÚBLICA

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

ACTA DE REUNIÓN N 2

FECHA: DÍA 22 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 3:25 Pm

Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de la Peña se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para Capacitar y evaluar el resultado del Proceso de Verificación de RPP efectuado en la unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de este Comité.

Después de haber realizado el Proceso de Verificación encontramos que la EAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de verificación y evaluación, mostraron buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Coherentes con lo anterior se recomendo a la EAS y su talento humano Continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social Participaron de esta reunion y el Proceso de verificación de RPP, Cumpliendo Con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso por la realización de un adecuado Ejercicio de Verificación de Control Social.

No siendo mas se Clmina este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente Con el rol asignado	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia de Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante Un Posible Incumplimiento en la Prestación del Servicio.	Integrantes del comité de Control Social	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Jineth J. Palma Palma	Integrante
Mayerlin Palma Quezada	Secretaria
Melisson Martinez Córdoba	Presidente

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

PÚBLICA

VEEDURIA CIUDADANA

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

OFICIO

Dirección: Quibdó - Chocó -Teléfono: 6721647 - 3147873378
Sitio Web: www.chocosocial.org E-mail: gerencia@chocosocial.org

Medio Atrato (Bete) 21 de Abril de 2026

Dr.
Edwin Samir Asprilla Panesso
Personero municipio de medio Atrato

Asunto: Solicitud de conformación de veeduría ciudadana.

Respetado saludo.

Dando cumplimiento a la **La Ley 850 de 2003** artículo 1° define la Veeduría Ciudadana: *"Es el mecanismo democrático de representación que le permite a las personas y a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia respecto de la gestión de las entidades públicas, así como de la gestión de las entidades privadas encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público".*

Por lo anterior, con el presente documento, radico ante su despacho, el acta de conformación de la veeduría ciudadana, para realizar seguimiento a la implementación del servicio de atención a la primera infancia de la modalidad educación inicial campesina contrato 27004332026 en el municipio de medio Atrato

Medio Atrato 21 de Abril de 2026.

De usted.

Arleicy Salas B.
Representante
Veeduría ciudadana Cto. 433

SOLICITUD DE RADICADO DE VEEDURIA CIUDADANA

Recibidos

V me 22 de abr.
Buenas tardes, Por medio del presente correo...

FUNDACION CHOC... 22 de abr.
para Personeria20medioatrato, b...

De FUNDACION CHOCO SOCIAL
fundchoso@gmail.com

Para Personeria20medioatrato@gmail.com

Cco palaciosv98@gmail.com

Fecha 22 de abr. de 2026, 6:15 p.m.

Encriptación estándar (TLS)
Más información

Cordial saludo,

Por medio del presente correo me permito anexar los documentos requeridos para adelantar el trámite de radicación de la veeduría ciudadana en el municipio de Medio Atrato, correspondiente al contrato de aportes 27004332026.

Quedo atenta a cualquier información adicional que se requiera.

Responder a... Reenviar

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

VISITA DE VERIFICACIÓN

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/06/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: 1			
Fecha:	14	Abril MES	2026
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdo	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Chocó Social		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Propia Intercultural	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 2700433 2026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial Campesina Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Medio Atrato (Bte) Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Medio Atrato (Bte)	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Milena Maturana Correa Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 321 692 9039		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 48 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 48			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Medio Atrato Bte
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar Control Social en la UCA de atención a la Primera infancia de manera Permanente.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar Cumplimiento de los alimentos Servidos en la Unidad y la Ración Para Preparar RPP

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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

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 veeduria.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS: Durante la visita se pudo evidenciar que las raciones de RPP. fue la correcta y ademas de eso los Productos al entregar se encontraban en buen estado e incluyendo las fechas de vencimiento y las Cantidades correspondientes al listado de la minuta.

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

Continuar realizando la verificación de RPP.

Datos de contacto del comité de control social o de la veeduria 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: Arleicy Sabi Blandon

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: NO TIENE
- Número Celular y/o fijo: 321 692 9034

PÚBLICA

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REUNION

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

ACTA DE REUNIÓN N 1

FECHA: DÍA 14 **MES** Abril **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 2:30pm

Los integrantes del Comite de Veeduria Ciudadana de los Conregimientos de medio Atrato Se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para evaluar el resultado del Proceso de verificación efectuado en la Unidad de Servicio y el Cumplimiento de las funciones asignadas a cada uno de los integrantes de este Comite.

Despues de haber realizado el Proceso de Verificación encontramos que las EAS y Su talento humano Cumplen con el Criterio de verificación, Alimentos Servidos en la Unidad y la ración para Preparar (RPP) Se encontraban en buen estado y la minuta Patron Correspondiente.

Todos los integrantes del Comite de Veeduria Ciudadana Participamos de esta reunión y Proceso de Verificación a la EAS cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso Por la realización de un buen ejercicio de Veeduria Ciudadana,

No Siendo mas Se Culmina este espacio de reunión.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir Cabalmente con el rol asignado	Integrantes del Comite de veeduria Ciudadana	Vigente de Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible Incumplimiento en las Prestación del servicio.	Integrantes del Comite de veeduria ciudadana	Vigencia de Contrato

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/lider, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Nuris Johana Chaverra Caceres	Integrante
Maria Leonide Moya Cordoba	Integrante
Arley Soto Blandon	Presidente

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

Sulia martinez mena	Secretaria

PÚBLICA

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

JORNADA DE SOCIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

Dirección: Quibdó - Chocó -Teléfono: 6721647 - 3147873378
Sitio Web: www.chocosocial.org E-mail: gerencia@chocosocial.org
"Presente en el futuro de nuestras generaciones

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE REUNION CON TALENTO HUMANO - ENTIDADES

FECHA:	7 DE ABRIL DE 2026	LUGAR:	MEDIO ATRATO
RESPONSABLE:	Coordinadores		
TEMAS TRATADOS:	Primera jornada de socialización de los servicios de primera infancia		
OBJETIVO:	Promover una cultura ciudadana de la legalidad y la transparencia en la inversión de los recursos públicos del ICBF destinados a la atención de los niños, niñas y mujeres gestantes del país; a través de la vinculación de las familias, instituciones y organizaciones sociales para el control social de estos recursos.		

ORDEN DEL DIA

1. Saludo
2. Oración
3. Socialización de la temática
4. Compromisos y cierre

DESARROLLO DE LA REUNION

En cumplimiento de los compromisos establecidos para el fortalecimiento institucional y comunitario de los procesos de atención integral a la primera infancia, se llevó a cabo la primera jornada de socialización de los servicios vinculados al contrato 27004332026. Esta jornada se concibió como un espacio de diálogo y concertación, en el cual se buscó garantizar la participación de las entidades y de las familias, fortaleciendo así la corresponsabilidad en el territorio.

En primer lugar, la jornada inició con una calurosa bienvenida por parte de los coordinadores de la modalidad y el equipo interdisciplinario, quienes resaltaron la importancia de la presencia de las instituciones en estos escenarios. A continuación, una persona voluntaria realizó una oración de agradecimiento, lo que permitió generar un ambiente de respeto, espiritualidad y disposición para el desarrollo de la temática, favoreciendo la cohesión comunitaria desde el inicio.

Seguidamente, se abordó el marco normativo de la Ley de Garantías, enfatizando que el espacio debía mantenerse libre de cualquier tipo de publicidad política, dado su carácter público. Este recordatorio resultó fundamental para asegurar la transparencia y la neutralidad en la ejecución de los servicios, así como para preservar la confianza de la comunidad en los procesos institucionales.

Posteriormente, se expuso el objeto del contrato, consistente en promover la protección integral y los proyectos de vida de niñas, niños y mujeres gestantes que pertenezcan o se auto reconozcan como parte de una comunidad étnica. En este sentido, se subrayó la necesidad de consolidar entornos protectores para la primera infancia, fortaleciendo la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado, y garantizando que las acciones respondan a las características territoriales, usos y costumbres de las comunidades.

Acto seguido, se realizó la presentación de la Entidad Administradora del Servicio (EAS), Fundación Chocó Social, destacando su misión y visión orientadas al desarrollo integral de las comunidades en ámbitos sociales, económicos, culturales, ecológicos, de salud, deporte, recreación y bienestar. Asimismo, se resaltó su énfasis en poblaciones en situación de vulnerabilidad, lo cual reafirma el compromiso de la entidad con la equidad y la inclusión. Más adelante, se socializó el servicio de Educación Inicial Campesina y Educación Inicial en el Hogar, explicando que hace parte de la modalidad propia e intercultural y que opera en comunidades del municipio de Medio Atrato.

En este orden de ideas se informó que la cobertura alcanza a 512 usuarios, conformados por mujeres gestantes y niños y niñas de 0 a 4 años, 11 meses y 29 días, pertenecientes a comunidades indígenas y afro. Además, se precisó que la atención se desarrollará entre el 9 de febrero y el 31 de julio de 2026, lo que permitirá un acompañamiento sostenido durante este periodo.

En cuanto a las estrategias de atención, se detalló que incluyen encuentros en el hogar (uno mensual por usuario), encuentros comunitarios (uno mensual), redes comunicativas comunitarias y acompañamiento a distancia. Dichas estrategias buscan potenciar el desarrollo integral desde la gestación, mediante prácticas educativas que favorecen experiencias con las familias y comunidades campesinas, contribuyendo al buen vivir, la garantía de derechos y la construcción de tejido social y cultural.

De igual manera, se presentó el equipo de talento humano encargado de la implementación, conformado por dos coordinadores, tres profesionales psicosociales, dos auxiliares de enfermería y treinta y dos agentes educativos. Se destacó que este equipo cuenta con procesos de formación y cualificación permanente, lo cual asegura la calidad y pertinencia de la atención brindada.

A continuación, se socializaron las actividades desarrolladas hasta la fecha, entre las que se incluyen el proceso de focalización permanente, la articulación con entidades, los encuentros comunitarios y en el hogar, así como la formación y cualificación del talento humano. Se reiteró que el servicio es totalmente gratuito y se invitó a los asistentes a ejercer veeduría sobre su ejecución, fortaleciendo la articulación interinstitucional y comunitaria para garantizar una atención integral y de calidad.

Finalmente, se agradeció la participación de las entidades asistentes, destacando la corresponsabilidad en el territorio. Se abrió un espacio de diálogo en el que los asistentes compartieron opiniones y evaluaron el evento, lo que permitió recoger aportes valiosos para la mejora continua. Como cierre, se entregaron refrigerios y se dio por concluida la jornada a las 3:00 p.m., reafirmando el compromiso colectivo con la primera infancia y con la construcción de entornos protectores y participativos.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Tener en cuenta las características contextuales de la población a tendida para la construcción e implementación de las estrategias de atención

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Garantizar los procesos de articulación interinstitucional con los servicios de primera infancia	Entidades del territorio	Vigencia del contrato
Participar en las jornadas de socialización	Entidades del territorio	Vigencia del contrato
Realizar un proceso de articulación claro y oportuno con las entidades necesarias	EAS	Vigencia del contrato
Garantizar la prestación del servicio de Educación Inicial Campesina bajo los lineamientos del ICBF	EAS	Vigencia del contrato

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia	**Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia**
Fecha:7/4/2025	**Fecha:7/4/2025**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**
	
Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia	**Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia**
Fecha:7/4/2025	**Fecha:7/4/2025**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia	**Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia**
Fecha:7/4/2025	**Fecha:7/4/2025**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**
	
Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia	**Nombre de la actividad: Jornada de socialización de los servicios de primera infancia**
Fecha:7/4/2025	**Fecha:7/4/2025**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA CON TALENTO HUMANO - ENTIDADES	
Fecha:	7-4-2026
Lugar:	Medio Atrato
Responsable:	Coordinadores y equipo
Tema:	Primera jornada de socialización de los servicios
Objetivo:	Promover una cultura de legalidad ciudadana a través de la socialización de los servicios de primera infancia

FIRMAS ASISTENTES

N.°	Nombre	Cedula	Cargo	Entidad	Firma
1	Edward D. Palacios Palacios	1077.445312	Aux. Admon	RNEC	
2	Diosa Maria Mena	1077452678	Psicologa	Nueva EPS	
3	Armenia Moreno D.	54254378	gestora de [illegible]	[illegible]	
4	Jose Leonidas Lerma	1007[illegible]	[illegible]	Alcaldia	
5	Oscar A. Palacios M.	1077436256	Coord. Deportes	Alcaldia	
6	Leicy Mosquera B.	1077436801	Secretaria equidad y eq.	Alcaldia	
7	Carmen Alicia Valencia.	26260623	Apoyo DS	Alcaldia	
8	Leyds Maria Mosquera	1077473879	Tecnico Admin	Alcaldia	
9	Jhonier Santos Santos	1077456783	Abogado	Alcaldia	
10	Brian A. Cordoba	71.290.154	comisaria	Alcaldia	
11	Diana [illegible] Mena	[illegible]	TS social	comisaria	
12	Angie Manuela Cuesta Lara	1077458932	TH	Alcaldia	
13	Yuly Vanessa Santos Santos	1003930856	Inspectora de [illegible]	Alcaldia	
14	Nisan Natalia Chaverra Reyes	1077472734	Enlace de [illegible]	[illegible]	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ENCUENTROS EN EL HOGAR

Estándar 6: Elabora e implementar un plan de acompañamiento a familias o cuidadores, mujeres gestantes que responde a sus necesidades, intereses y características, para fortalecer las prácticas de cuidado y crianza de niñas y niños, de manera que se promueva su desarrollo integral.

Parte tres: encuentros en el hogar y acompañamientos a distancia

En este apartado se registra la planeación de los encuentros en el hogar, es decir que se duplican las páginas para cada planeación. Al momento de definir la intencionalidad recuerde que esta debe ser coherente con las prácticas y acciones priorizadas. En caso que en la familia cuente con más de un participante es importante que se defina mayor duración del encuentro y se aborden en el mismo las particularidades y necesidades de cada uno.

Encuentro hogar de la vigencia Nro.	Fecha	Hora
3	07/04/2026	10:00 am

TALENTO HUMANO RESPONSABLE

Valentina Mayo Portilla — Rol: Psicosocial

Rol:

INTENCIONALIDAD

Practica 15: tomar medidas adecuadas para prevenir accidentes en el hogar y en su entorno, promover una orientación a las familias sobre la importancia de identificar riesgos dentro del hogar y en su entorno, por medio de prácticas de cuidado y prevención que permitan evitar accidentes, proteger la integridad física de los niños, niñas y demás miembros de la familia.

EXPERIENCIA PEDAGÓGICA A DESARROLLAR CON LA FAMILIA:

Momento uno: conectarnos

Experiencias: La psicosocial se dirigirá a la vivienda del niño **Eithan Andrés Palacios Bejarano**, con el objetivó de realizar la visita en el hogar, se saludará con un cordial saludo, luego se explicara la intencionalidad de la visita, posterior a ello, se indagará sobre el estado de salud del niño, luego se hará una charla con la mamita del niño, para entrar en confianza.	Recursos: Talento humano La familia

Planear - encuentro en el hogar:

Momento dos: construyendo juntos

Experiencias:	Recursos:
Experiencias: La psicosocial entrara a explicar la temática , a cual será la practica 15, que la familia deberá adoptar acciones sencillas pero efectivas, como mantener ordenados los espacios, guardar productos peligrosos en lugares altos, vigilar constantemente a los niños pequeños, enseñar normas básicas de autocuidado y adecuar la vivienda con medidas de seguridad, en zonas rurales también se debe tener precaución con herramientas de trabajo, animales, fogones de leña, pozos, cultivos y caminos inseguros. ya que prevenir accidentes es tarea de todos, cuando la familia se organiza y actúa con anticipación, protege la vida, la salud y el desarrollo integral de los niños y niñas, generando un ambiente más tranquilo y seguro para crecer.	Recursos: Talento humano La familia

Momento tres: comprometernos

Experiencias:	Recursos:
Experiencias: • La familia se compromete en poner en práctica la temática abordada. • En seguir participando activamente en el programa. • Se le agradece por su tiempo y disposición en la visita.	Recursos: Talento humano La familia

Si incluyes objetos del paquete didáctico familiar en las experiencias explicar cuáles y en qué momento se usarán:

No se utilizaron elementos del paquete didáctico

Valoración del encuentro en el hogar:

LAS VOCES DE LA FAMILIA:

En este apartado registre las voces y opiniones de la familia y los participantes sobre el encuentro en el hogar vivido, escribe el relato compartido por ellos y ellas:

¿Qué les gustó y que no del encuentro?

La explicación de las medidas de prevención ante accidentes ya que me permitio, entender y tomar mas medidas de Cuidado para mi hijo.

¿Qué sugerencias tiene la familia sobre el acompañamiento y para las experiencias próximas?

No tengo Sugerencia, ya que la tematica fue bien explicada y compendida.

Lo que aprendieron de este encuentro:

Que la prevencion de accidentes, permite un buen desarrollo de nuestros niños y niñas. Permitiendo, un crecimiento Sano.

Compromisos para el próximo encuentro

Participar activamente en el programa.

Valoración del encuentro en el hogar:

LAS VOCES DEL TALENTO HUMANO DEL SERVICIO:

En este apartado registre a manera de análisis las voces del talento humano que acompaño el encuentro en el hogar:

¿Considera que se alcanzó la intencionalidad del encuentro?

Si, ya que se permitio Cumplir con la intencionalidad de la visita, que era prevenir los riesgos y accidentes en el hogar y entorno.

¿Cuál fue el mejor momento del encuentro? ¿Por qué?

Cuando la mamita identifico los riesgos en su hogar y tomo la desicion de adoptar otras medidas de prevencion.

¿Cómo participó la familia? ¿Quiénes participaron?

Cuando se llego a la casa del niño, se encontraba la madre la cual atendio la visita y participo activamente del encuentro.

¿Qué recomendaciones harían para el próximo encuentro?

Seguir identificando riesgos y tomar acciones, que vayan orientadas al cuidado de los niños y niñas

¿Cómo se aprovecharon los materiales propuestos?

Se utilizaron adecuadamente

BIENESTAR FAMILIAR

Registro visual:

Pegue acá algunas fotos o recuerdos (como dibujos, creaciones, relatos) del encuentro en el hogar y el acompañamiento a distancia, no olviden tener un permiso firmado para el uso de fotografías. (Duplique esta hoja cuantas veces sea necesario)

Fecha del registro fotográfico en el acompañamiento en el hogar:



Fecha del acompañamiento a distancia:

(Aquí coloca la captura de pantalla de la llamada, o los insumos del medio utilizado)

Parte tres: encuentros en el hogar y acompañamientos a distancia

En este apartado se registra la planeación de los encuentros en el hogar, es decir que se duplican las páginas para cada planeación. Al momento de definir la intencionalidad recuerde que esta debe ser coherente con las prácticas y acciones priorizadas. En caso que en la familia cuente con más de un participante es importante que se defina mayor duración del encuentro y se aborden en el mismo las particularidades y necesidades de cada uno.

Encuentro hogar de la vigencia Nro.	Fecha	Hora
3	08/04/2026	9:00 am

TALENTO HUMANO RESPONSABLE

Valentina Mayo Portilla — Rol: Psicosocial

Rol:

INTENCIONALIDAD

Practica 15: Tomar medidas adecuadas para prevenir accidentes en el hogar y en su entorno, promoviendo experiencias donde las rutinas y los hábitos que se vayan desarrollando por medio de las temáticas, sean integrales y en pro de salvaguardar las vivencias de los niños y niñas.

EXPERIENCIA PEDAGÓGICA A DESARROLLAR CON LA FAMILIA:

Momento uno: conectarnos

Experiencias: La psicosocial se va dirigir a la vivienda de la familia de **AILIN XIOMARA CORDOBA MOYA**, se brindara un cordial saludo a la familia, seguido a ello, se les explicara la intencionalidad de la visita en el hogar, se indagara sobre el estado de salud de la niña y posterior a ello, se les hará una dinámica, con el objetivo de entrar en confianza con la familia.	Recursos: La Familia Talento Humano

Planear - encuentro en el hogar:

Momento dos: construyendo juntos

Experiencias:	Recursos:
Experiencias: Se socializará con la familia la Practica 15, se le explicara a la familia sobre la importancia de crear espacios seguros para los niños, niñas y demás integrantes del hogar, que la casa debe ser un lugar de protección, bienestar y cuidado, por eso es necesario identificar riesgos que puedan causar caídas, quemaduras, intoxicaciones, golpes o heridas. Durante el encuentro a su vez se explicara a la familia, que muchos accidentes ocurren por descuido o falta de prevención, como dejar objetos cortopunzantes al alcance de los niños, medicamentos sin guardar, cables sueltos, pisos mojados, estufas encendidas sin supervisión o recipientes con agua destapados, también se enfatizara en la importancia de revisar el entorno cercano, como patios, calles, zonas rurales, ríos o lugares donde juegan los niños.	Recursos: Talento Humano La Familia

Momento tres: comprometernos

Experiencias:	Recursos:
Experiencias: 1. Se le agradece a la familia por su amabilidad y atención prestada en el encuentro. 2. Aclara dudad e inquietudes sobre la temática abordada. 3. La familia se compromete en seguir participando activamente en el programa.	Recursos: Talento humano Familia

Si incluyes objetos del paquete didáctico familiar en las experiencias explicar cuáles y en qué momento se usarán:

No se utilizaron elementos del paquete didáctico

Valoración del encuentro en el hogar:

LAS VOCES DE LA FAMILIA:

En este apartado registre las voces y opiniones de la familia y los participantes sobre el encuentro en el hogar vivido, escribe el relato compartido por ellos y ellas:

¿Qué les gustó y que no del encuentro?

Aprender sobre la prevencion de accidents y como debemos tener medidas en nuestro entorno, para el Cuidado de nuestros ninos y niñas.

¿Qué sugerencias tiene la familia sobre el acompañamiento y para las experiencias próximas?

No tenemos sugerencias ya que todo fue muy bien explicado y aprendimos mucho.

Lo que aprendieron de este encuentro:

Que en el hogar se presentan muchos riesgos, lo que debe ser señal de alerta, para prevenirlos y tener los Cuidados necesarios en nuestro hogar.

Compromisos para el próximo encuentro

Participar activamente de los encuentros.

Valoración del encuentro en el hogar:

LAS VOCES DEL TALENTO HUMANO DEL SERVICIO:

En este apartado registre a manera de análisis las voces del talento humano que acompaño el encuentro en el hogar:

¿Considera que se alcanzó la intencionalidad del encuentro?

Si, ya que se permitio transmitir la intencionalidad del encuentro.

¿Cuál fue el mejor momento del encuentro? ¿Por qué?

Cuando se dieron ejemplos que permitieron que la famila adoptara medidas y identificarlas.

¿Cómo participó la familia? ¿Quiénes participaron?

Cuando llegamos a la vivienda, la madre se encontraba con la niña y la tia, donde participaron activamente.

¿Qué recomendaciones harían para el próximo encuentro?

llevar dependiendo la tematica, actividades o materiales, para su mejor comprension.

¿Cómo se aprovecharon los materiales propuestos?

Se utilizaron de manera adecuada.

BIENESTAR FAMILIAR

Registro visual:

Pegue acá algunas fotos o recuerdos (como dibujos, creaciones, relatos) del encuentro en el hogar y el acompañamiento a distancia, no olviden tener un permiso firmado para el uso de fotografías. (Duplique esta hoja cuantas veces sea necesario)

Fecha del registro fotográfico en el acompañamiento en el hogar:



Fecha del acompañamiento a distancia:

(Aquí coloca la captura de pantalla de la llamada, o los insumos del medio utilizado)

Parte tres: encuentros en el hogar y acompañamientos a distancia

En este apartado se registra la planeación de los encuentros en el hogar, es decir que se duplican las páginas para cada planeación. Al momento de definir la intencionalidad recuerde que esta debe ser coherente con las prácticas y acciones priorizadas. En caso que en la familia cuente con más de un participante es importante que se defina mayor duración del encuentro y se aborden en el mismo las particularidades y necesidades de cada uno.

Encuentro hogar de la vigencia Nro.	Fecha	Hora
3	09/04/2026	2:00 PM

TALENTO HUMANO RESPONSABLE

Valentina Mayo Portilla — Rol: Psicosocial

Rol:

INTENCIONALIDAD

Practica 15: Tomar medidas adecuadas para prevenir accidentes en el hogar y en su entorno, sensibilizar a la mujer gestante y su familia sobre la importancia de prevenir accidentes en el hogar y en su entorno, promoviendo prácticas de autocuidado, apoyo familiar y adecuación de espacios seguros que protejan la salud de la madre y del bebé, favoreciendo un embarazo sano, tranquilo y seguro.

EXPERIENCIA PEDAGÓGICA A DESARROLLAR CON LA FAMILIA:

Momento uno: conectarnos

Experiencias: La psicosocial se dirigirá a la casa de la mujer gestante, **Olivia Tunay Dumaza**, al llegar a la vivienda, se dará un cordial saludo, seguido a ello, la psicosocial explicará sobre la intencionalidad de la visita en el hogar, se indagará sobre su estado de salud, si ha asistido a los controles prenatales y si está teniendo los cuidados necesarios en el embarazo.	Recursos: Talento humano La familia

Planear - encuentro en el hogar:

Momento dos: construyendo juntos

Experiencias	Recursos
Experiencias: La psicosocial procederà a orientar a la gestante Olivia, con la práctica que se abordara en el encuentro, la practica 15, sobre los cuidados necesarios para proteger la salud de la gestante y del bebé durante el embarazo, que, en esta etapa, el cuerpo presenta cambios físicos como aumento de peso, mareos, cansancio y pérdida de equilibrio, lo que puede aumentar el riesgo de caídas o accidentes dentro y fuera de casa. Durante el encuentro se explicará la importancia de mantener espacios limpios, ordenados y libres de obstáculos, evitando pisos mojados, objetos tirados, escaleras inseguras o poca iluminación, como también se recomendará no cargar peso excesivo, usar calzado cómodo y antideslizante, levantarse despacio para evitar mareos y pedir apoyo cuando sea necesario. Por último, se recomendará tener precaución al caminar por caminos irregulares, zonas resbalosas, terrenos empinados, cruzar ríos, a su vez se resaltará la importancia de asistir a controles prenatales y buscar atención inmediata ante cualquier caída, golpe, dolor fuerte o sangrado	Recursos: Talento humano Familia

Momento tres: comprometernos

Experiencias	Recursos
Experiencias: - La gestante se compromete en seguir las instrucciones dadas por la psicosocial. - En seguir participando activamente del programa. - Se le agradece su disposición y tiempo	Recursos: Talento humano La familia

Si incluyes objetos del paquete didáctico familiar en las experiencias explicar cuáles y en qué momento se usarán:

No se utilizaron elementos del paquete didáctico

BIENESTAR FAMILIAR

Valoración del encuentro en el hogar:

LAS VOCES DE LA FAMILIA:

En este apartado registre las voces y opiniones de la familia y los participantes sobre el encuentro en el hogar vivido, escribe el relato compartido por ellos y ellas:

¿Qué les gustó y que no del encuentro?

Aprender sobre las medidas de prevencion que debo tner durante mi embarazo, para tener un embarazo tranquilo y eficaz.

¿Qué sugerencias tiene la familia sobre el acompañamiento y para las experiencias próximas?

Ninguna / -la que todo fue muy bien explicado.

Lo que aprendieron de este encuentro:

En el hogar se encuentran muchos riesgos, como Caidas, quemaduras y otras más, entonces debo tener los cuidados necesarios, para prevenir un accidente.

Compromisos para el próximo encuentro

colocar en practica todas las tematicas aprendidas.

Participar activamente en todos los encuentros.

BIENESTAR FAMILIAR

Valoración del encuentro en el hogar:

LAS VOCES DEL TALENTO HUMANO DEL SERVICIO:

En este apartado registre a manera de análisis las voces del talento humano que acompaño el encuentro en el hogar:

¿Considera que se alcanzó la intencionalidad del encuentro?

Si, ya que se permitio transmitir la tematica y que la gestante, entienda la importancia de los cuidados en el embarazo.

¿Cuál fue el mejor momento del encuentro? ¿Por qué?

Cuando la Gestante Olivia, reconocio los riesgos en su hogar y se comprometio, en tomar medidas adecuados.

¿Cómo participó la familia? ¿Quiénes participaron?

Cuando me dirigi a la vivienda de la Gestante olivia, se encontraba en el hogar, con su pequeña niña y participaron activamente.

¿Qué recomendaciones harían para el próximo encuentro?

Seguir llevando tematicas que sean acordes a las condiciones de vida.

¿Cómo se aprovecharon los materiales propuestos?

fueron utilizados de manera adecuado.

BIENESTAR FAMILIAR

Registro visual:

Pegue acá algunas fotos o recuerdos (como dibujos, creaciones, relatos) del encuentro en el hogar y el acompañamiento a distancia, no olviden tener un permiso firmado para el uso de fotografías. (Duplique esta hoja cuantas veces sea necesario)

Fecha del registro fotográfico en el acompañamiento en el hogar:



Fecha del acompañamiento a distancia:

(Aquí coloca la captura de pantalla de la llamada, o los insumos del medio utilizado)

Parte tres: encuentros en el hogar y acompañamientos a distancia

En este apartado se registra la planeación de los encuentros en el hogar, es decir que se duplican las páginas para cada planeación. Al momento de definir la intencionalidad recuerde que esta debe ser coherente con las prácticas y acciones priorizadas. En caso que en la familia cuente con más de un participante es importante que se defina mayor duración del encuentro y se aborden en el mismo las particularidades y necesidades de cada uno.

Encuentro hogar de la vigencia Nro.	Fecha	Hora
3	09/04/2016	2:30pm - 3:30pm

TALENTO HUMANO RESPONSABLE

Danielis Perea Salas — Rol: Psicosocial

Rol:

INTENCIONALIDAD

Socializar con las familias la importancia del desarrollo de la autonomía en los niños y niñas, así como establecer acuerdos y estrategias conjuntas para fortalecer este proceso tanto en el hogar como en el entorno para el desarrollo de la autonomía.

Practica 2: Acompañar el desarrollo de la autonomía de las niñas y los niños.

EXPERIENCIA PEDAGÓGICA A DESARROLLAR CON LA FAMILIA:

Momento uno: conectarnos

Experiencias:	Recursos:
la psicosocial se dirigirá al hogar de la usuaria EILLEEN SOPHIA MORENO MORENO beneficiaria del programa, al llegar al hogar se realizará un cálido y amigable saludo a la familia y los que se encuentren presentes, luego se les ara la explicación acerca del programa y les menciona cual es el objetivo de la visita en el hogar, de igual forma agradecerá a la familia por recibirla en su hogar, para permitir momentos de interacción y aprendizaje. Realizara una actividad lúdico-recreativa Ritmo, con el fin de romper el hielo y que los presentes del encuentro se coloquen en disposición para dar inicio al desarrollo del tema.	Recursos humanos