Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

CERTIFICADO DE COBERTURA

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

COMPONENTE FAMILIA COMUNIDAD Y REDES EIC

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ENCUENTROS COMUNITARIOS

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

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.

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**11 al 15/05/2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	Bebarama, Bebarama2, Bebarama3, Bebarasito, Bebarasito2, Chimirrido, Chimirrido2, Chirrinchao, Chirrinchao2 Alto Bebebarama, Alto Bebarama2 Bebara, Bebara 2, San José
N° ACTA:	**4**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Encuentro comunitario		
TEMAS TRATADOS:	-La familia como protagonista en el desarrollo infantil. -Garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos en casos de vulneración de derecho.		
OBJETIVO:	Generar estrategias que permitan la visualización, importancia que tiene la familia en el desarrollo integral del niños y niñas. 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. Oración 3. Dinámica lúdico-recreativa "repite el ritmo" 4. Desarrollo de la temática 5. Establecimiento de acuerdos, compromisos, proposiciones y varios. 6. Firma de asistencia y cierre del encuentro		

DESARROLLO DE LA REUNION

En el mes de mayo del 2026 en el municipio de medio Atrato se realizó el encuentro comunitario, 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 al encuentro comunitario de formación a las familias, esta actividad tuvo como objetivo de generar estrategias que permitan la visualización, importancia que tiene la familia en el desarrollo integral de los niños y niñas y 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 dia, como primero 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.

Continuamos con una dinámica lúdico recreativa repite el ritmo, la cual consistió 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, de esta dinámica participaron todas las mamitas, familias y cuidadores de niños y niñas, es importante mencionar que actividad se realizó con el fin de fortalecer los procesos cognitivos, divertirse, soltar la pereza, romper hielo y activar la energía de cada uno de los participantes para que estén en mayor disposición al momento de trasmitirles la información en el desarrollo del encuentro grupal.

Como primero se desarrolla la temática, la familia como protagonista en el desarrollo infantil, para iniciar se realizó una pregunta orientadora acerca de que concepto tenían de la familia, varios de los asistentes mencionaron que era un hogar en cual vivían padres juntos a sus hijos, otros que eran los hijos y se unificaron los conceptos y se les explico que una familia es un grupo de personas unidas por el parentesco. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.

Luego de explicar que es la familia seguimos con el concepto de infancia, se explicó que la infancia un período de tiempo que comprende diferentes etapas de la vida de niños, se refiere, no solo a sus condiciones biológicas o físicas, sino a esos momentos y condiciones sociales, culturales y de la calidad de vida como: (la educación, salud, alimentación, cuidado, afecto, entre otras), que son necesarias para que un niño o niñas crezca y se desarrolle. De igual forma se les dijo a las mamitas y cuidadores que la infancia es un período donde lo social y el desarrollo motor son elementos muy relevantes. Por un lado, se da el mayor desarrollo en el movimiento, lo que implica la precisión, equilibrio, velocidad, fuerza y resistencia, que se verán en los juegos y actividades que realizan niñas y niños. Así mismo, es un periodo importante a nivel social y cultural ya que es en esta etapa aprenden a escribir y a leer.

Les explicamos la importancia del desarrollo infantil que consiste en como los niños aumentan sus capacidades para hacer cosas más difíciles. Al crecer, los niños aprenderán y dominar destrezas como hablar, brincar, y atarse los zapatos. Ellos también aprenderán como dirigir sus emociones y formar amistades y conexiones con otros y la importancia que cumple el papel de la familia, que es mucho más que resolver las necesidades básicas de los niños como la alimentación y el vestido, pues tiene una gran incidencia en el desarrollo social y emocional de todos los seres humanos, ya que en esta etapa es que los niños y niñas adquieren las habilidades necesarias para afrontar la vida de adultos y desarrollar todo su potencial.

Luego de explicada la temática anterior, procedemos a explicarle a las familias la temática de 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.

Por último, estos entes 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, se realizó la olla comunitaria y agradecimos la participación al encuentro, establecimos compromisos, acuerdos y otros, se recogieron las firmas y se dio cierre al encuentro de forma exitosa.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Se estableció el compromiso entre beneficiarios, cuidadores y talento humano, se comprometieron 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
Garantizarles un buen desarrollo infantil, que el niño crezca con una familia y tenga acceso a educación, salud, vivienda etc.	Beneficiarios, familias y talento humano.	Vigencia del contrato
Realizar demostraciones de afecto de a los niños y las niñas por medio de palabras, carisias, abrazos Etc.	Beneficiarios, familias y talento humano.	Vigencia del contrato
Acompañar y orientar a las familias acerca de la importancia que tiene el desarrollo integral de los niños.	Talento humano.	Vigencia del contrato
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.	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: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: San Jose	**Uca:** San Jose
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: San Jose	**Uca:** San Jose

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: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: ALTO BEBARAMA	**Uca:** ALTO BEBARAMA
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
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: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: Alto Bebarama 2	**Uca:** Alto Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: Alto Bebarama 2	**Uca:** AltoBebarama 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: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
Uca: Bebarama 2	**Uca:** Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
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: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
Uca: Bebará	**Uca:** Bebará
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
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: 13/05/2026	Fecha: 13/05/2026
Uca: Chimirrido	Uca: Chimirrido
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026	Fecha: 13/05/2026
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: 13/05/2026	**Fecha:** 13/05/2026
Uca: Chimirrido 2	**Uca:** Chimirrido 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026	**Fecha:** 13/05/2026
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: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama	**Uca:** Bebarama
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
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: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama 2	**Uca:** Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
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: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama 3	**Uca:** Bebarama 3
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama 3	**Uca:** Bebarama 3

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: 15/0/5/2026	**Fecha:** 15/0/5/2026
Uca: Chirrinchao	**Uca:** Chirrinchao
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/0/5/2026	**Fecha:** 15/0/5/2026
Uca: Chirrinchao	**Uca:** Chirrinchao

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: 15/05/2026	**Fecha:** 15/05/2026
Uca: Chirrinchao 2	**Uca:** Chirrinchao 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/05/2026	**Fecha:** 15/05/2026
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
Fecha: 13/05/2026
Uca: Bebarasito 2



Nombre de la actividad: Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026
Uca: Bebarasito 2



Nombre de la actividad: Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026
Uca: Bebarasito 2

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2024 LUGAR(UCA): SAN JOSE RESPONSABLE: Doralis 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 amagara
9	YANELI PEREA AMAGARA	RC	1128527787	DALIA AMAGA FLACO	Dalia amagara
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 asprilla
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					
20					

23

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-26 **LUGAR(UCA): ALTO BEBARAMA** **RESPONSABLE:** Daniela Perea Solis

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 (X) - Otro ( ) _____.

Operador contratista FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2026 **LUGAR(UCA):** Alt Boberama 2 **RESPONSABLE:** Daniela Perea Arley

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	JARRINSON MAJORE PEREA	RC	1128527737	YOLANDA MAJORE SAPIA	Yolanda
2	JAISON MAJORE SAPIA	RC	1128527695	CHILEIDY MAJORE GUACERUCA	
3	JAIDER MAJORE SAPIA	RC	1078474015	UVER MAJORE GUACERUCA	Uber
4	MARLEIDY BAILARIN MAJORE	RC	1128527718	LILY PEREA CONAPIA	lili
5	YUVER MAJORE CASAMA	RC	1128527553	LILY PEREA CONAPIA	lili
6	LILIANA DOMICO PEREA	RC	1128527744	LILY PEREA CONAPIA	lili
7	DEILEISA BAILARIN BAILARIN	RC	1128527769	FLOR DORIS SAPIA VASERUCA	
8	YISNEY MAJORE PEREA	RC	1128527265	FLOR DORIS SAPIA VASERUCA	
9	YORLEIDY MAJORE PEREA	RC	1077490664	ANA PATRICIA MAJORE BIGUI	
10	DEYI CAZAMA BAILARIN	RC	1128527559	ARACELI VASERUCA	
11	EMILIANO PEREA CONAPIA	RC	1128527401	ALBALUCIA MAJORE BAILARIN	
12	ANA LUISA SAPIA MAJORE	RC	1128527698	MARIA LUZ BAILARIN SAPIA	Marluz
13	JADER MAJORE SAPIA	RC	1042735712	ROSAVELINA PERA CONAPIA	
14	ADRIANA BAILARIN DOMICO	RC	1128527697	MELISA BAILARIN NAJORE	melisa
15	LUCERIA BAILARIN	RC	1128527767	ROSITA BAILARIN JUMI	
16	ERICA BAILARIN SAPIA	RC	1128527696	YADIRA MESA MINA	yadira
17	ASHLIN STEYSI PALACIOS	RC	1077489912	DIANA DOMICO BAILARIN	Diana
18	MELISA BAILARIN MAJORE	RC	1128526496	MARI LUZ BAILARIN SAPIA	Marluz

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: 12-05-2026 **LUGAR(UCA):** Bebara 2 **RESPONSABLE:** Damelis Perea Salas

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	
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 M Palacios
8	CLARID DUMAZA OLEO	CC	1078917335	CLARID DUMAZA OLEA	
9	MIGUELINA IBAMA GONZALES	CC	1077432639	MIGUELINA IBAMA GONZALES	
10	DARIEN FLACO DUMAZA	RC	1128527792	KEIDY DUMAZA NATICAY	Keidy Dur
11	KEILIN LORENA MENA MORENO	RC	1077488706	KEYI LORENA MENA MORENO	Keyi Lorena
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 (X) - Otro ( ) _____

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 05- 12-2026 LUGAR(UCA): BEBARA RESPONSABLE: Danielis Perea Sala

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ADIER PALACIOS BERMUDEZ	R.C	1232837821	YERNNY LUZ PALACIOS MATURANA	Yenny luz
2	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	C.C	11285525759	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	
3	ANGELIANA BAILARIN IZAMARA	C.C	1128525549	ANGELIANA BAILARIN IZAMARA	
4	CAMILA BAILARIN MOJARE	R.C	1128527709	YOLANDA SAPIA MOJARE	
5	EIDY JAELY ASPRILLA	T. I	1079096808	MARIA STELLA HINESTROZA IBARGUE	maria stella
6	GENESIS AILIANA SAUCEDO IBARGUE	R.C	1077492642	LUZ MERY SAUCEDO SANTO	luz meri
7	YANELY DUMAZA BAILARIN	T. I	1128525629	YANELY DUMAZA BAILARIN	
8	LUIS DAVID MOJARE SAPIA	R.C	1128527745	YOLANDA SAPIA MOJARE	
9	LUIS DAVINSON CUESTA SAPIA	R.C	1128527489	YOLANDA SAPIA MOJARE	
10	JULIETA MOSQUERA ROA	R.C	1195217628	LORENA MOSQUERA ROA	lorena
11	MAYERLY MOSQUERA LUNA	C.C	1010082691	MAYERLY MOSQUERA LUNA	mayerly
12	WHERLIN SOFIA ASPRILLA SERNA	R.C	1128527844	KENDRID VANESSA SERNA PALACIOS	
13	QUINBERLIN CAISAMO VALENCIA	R.C	1128527839	MARITZA VALENCIA GARCIA	
14	YASIRA DUMASA BAILARIN	C.C	1128524940	YASIRA DUMASA BAILARIN	
15	YEISON AMAGARA DOGARI	R.C	1077492486	ANGELICA MERY DOGARI BAILARIN	
16	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	C.C	1128525670	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	zunilda
17	ANDRE PATIÑO DOGIRAMA FLACO	R.C	1128527798	ERMINIA FLACO BARRIGON	
18	CRISTIAN ANDRES MARTINEZ ORTIZ	R.C	1038148809	BEIRY ORTIZ GOMEZ	
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 ( ) _____.

27

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-05-2021 LUGAR(UCA): Ribonsito RESPONSABLE: Daniela Perea Salas

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: 13-05-2026 LUGAR(UCA): _CHIMIRRIDO_2 RESPONSABLE: Danilis Perea Elot

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	
4	JAVIER VALENCIA ISARAMA	RC	1077487619	CARMELINAISARAMA TUNAY	Carmelina
5	NELLY TANICANO MAJORE	RC	1128527472	VIRGELINA MAJORE GUASERUCO	
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	YANILA UNDAGAMA PEÑA	RC	1128527822	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 ( ) _____.

2A

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-05-2026 LUGAR(UCA): CHIMIRRIDO _____ RESPONSABLE: Daniela Perea Zuñas

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	
12	GISELLA ISARAMA ISARAMA	RC	1128 527799	YUCARINA ISARAMA BIRRI	CARMELINA
13	CLAUDIA YINE ISARAMA SUCRE	RC	1128527405	LUCY YANETH SUCRE FORASTERO	Luci
14	LUIS JOWAR ISARAMA FLACO	RC	1128527705	LUCY YANETH SUCRE FORASTERO	Luci
15	LUIS ANDRES UNDAGAMA PEÑA	RC	1128527542	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
16	DANIEL UNDAGAMA UNDAGAMA	RC	1078105090	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
17	SIRLEY PEDRAZA HACHITO	CC	1003944034	SIRLEY PEDRAZA HACHITO	Sirley Pedraza.
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: 14-05-2026 LUGAR(UCA): Bebarama 1 RESPONSABLE: Carlos Perea

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 manuel moya
2	SHEILY SOFIA SAUCEDO SALAS	RC	1078104420	NERLIN SALAS BLANDON	Nerlin salas
3	SAN MIGUEL MORENO RODRIGUEZ	RC	1034932105	MARGARITA RODRIGUEZ HERNANDEZ	MARGARITA RODRIGUE
4	DANIEL YESID CORDOBA SAUCEDO	RC	1128527607	LUZ MERIS SAUCEDO SANTOS	Luz meris S
5	ANYELI YICETH CHALA CHAVERRRA	RC	1077488665	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	Erlin
6	YANELIS CHALA CHAVERRA	TI	1078461153	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	Erlin
7	JEIDEN ANDRES MOSQUERA CHALA	RC	1077491207	KAREN YUBELY CHALA CHAVERRA	Karen yuberli
8	HEYLIN SELESTE CORDOBA SAUCEDO	RC	1078474336	LUZ MERIS SAUCEDO SANTOS	Luz meris S
9	HONURTH JHAZAF PINO SANTO	RC	1077489371	CARLOS ANDRES PINO PEREA	carlos andres
10	SHAIRA PINO MENA	RC	1077488501	DOMINGA YORLEIDY MENA QUEJADA	dominga
11	YILME ZARAMA FLACO	RC	1077489732	CLEMENCIA FLACO CASAMA	
12	JERRY SAMIRA CORDOBA SAUCEDO	RC	1077491130	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	Erlin
13	KEYLA ISARAMA NAMPIA	RC	1077491490	MARCELITA NANPIA ABONIA	
14	DEYBER MANIZA ISARAMA	RC	1078923745	MARLIN ISARAMA ISARAMA	
15	ELIAM FORASTERO ISARAMA	RC	1128527743	EDINSON FORASTERO WARABATA	
16	CLEMENCIA FLACO CASAMA	CC	1195368938	CLEMENCIA FLACO CASAMA	
17	LABRIANITA MANIZA IZARAMA	RC	1131209959	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 ( ) _____

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-05-2026 **LUGAR(UCA):** _BEBARAMA 2___ **RESPONSABLE:** Daniela Perea Salgl

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 D
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: 14-05-2026 LUGAR(UCA): BEBARAMA 3 RESPONSABLE: Darwin Perez Salas

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 Valencia
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 Hisarama
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 Lana
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 Sapia
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: 15-05-2026 **LUGAR(UCA):** CHIRRINCHAO 2 **RESPONSABLE:** Daniela Perea Suta

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	MARIA ANGELA AMAGARA NATICAY	RC	1128527756	MARITZA NATICAY AMAGARA	mariza N
2	MARIA ERNA PEREA FORASTERO	CC	1193480283	MARIA ERMA PEREA FORASTERO	maria E
3	THIAGO ANDRES AMAGARA ZAPIA	RC	1128527809	MARLENY ZAPIA DUMAZA	
4	HAILIN NAHIARA DOGARI ZAPIA	RC	1128527707	MELIDA ZAPIA FLACO	melida Z
5	YEISI FORSTERO DOGIRAMA	RC	1128527556	ELIRA BAILARIN DUMAZA	
6	MAIRA DOGARY ZAPIA	RC	1077488591	MELIDA ZAPIA FLACO	melida Z
7	KEIDER ANDRES FLACO CAMICAMO	RC	1128527823	MARIA ELENA CAMICAMO DUMAZA	Maria E
8	DIRMA FLACO PANESSO	CC	1007532043	DIRMA FLACO PANESSO	Dirma
9	YEREMY FLACO DUMAZA	RC	1128527566	KEIDY DUMAZA NATIGAY	Keidy D
10	WILNER NATIGAY PERES	RC	1128527272	CLEMANCIA PEREA FORASTERO	
11	DAYANA TANICANO MAJORE	RC	1128527765	OMAIRA FLACO PANESSO	Omaira
12	YEISON PEREA DUMAZA	RC	1128527349	SANDRA DUMAZA AMAGARA	Sandra
13	ANALY FORASTERO WARAWATA	RC	1128527711	CONCHITA WARAWATA GARGUITA	
14	YIRLEZA AMAGARA FRASTERO	RC	1128527532	NIRMA FRASTERO ISARAMA	
15	WILSON ANDRES FLACO NATICAY	RC	1128527475	MARIELA NATICAY FLACO	mariela
16	CINDY PATRICIA FLACO PEREA	T. I	1148195186	MARIELA NATICAY FLACO	mariela
17	JHOAN AMAGARA PEREA	RC	1077487409	ROSABELINA PEREA FORASTERO	Rosabelina
18	NATALIA PEREA DUMAZA	RC	1128527538	SANDRA DUMAZA AMAGARA	Sandra
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: 15-03-2025 **LUGAR(UCA):** AME CHIRRINCHAO **RESPONSABLE:** Daniela Perea Sola

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 LUCY FLACO ISARAMA	
2	SANDI FLACO TANICAI	RC	1128527699	MARIELA NATICAY FLACO	mariela
3	YORDIM MAJORE TANICAMO	RC	1128527842	YOMAIRA TANICAMO FORASTERO	
4	ROSABELINA PEREA FORASTERO	CC	1007532011	ROSABELINA PEREA FORASTERO	Rosabelina
5	VICTOR ANDRES FLACO NATICAY	RC	1128527602	MARIA ELENA CAMICAMO DUMAZA	
6	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	CC	1007532006	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	
7	MARIA ANGELICA DUMAZA PLACO	RC	1128527814	ZORAIDA PLACO ISARAMA	
8	YAIR DUMAZA PLACO	RC	1128527633	ZORAIDA PLACO ISARAMA	
9	LUIS ANDRES MAJORE FLACO	RC	1128527801	OMAIRA FLACO PANESSO	Omaira
10	WILDER NATICAY 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	
14	YUNIOR FRASTERO ICARAMA	RC	1128527485	YOBANA FRASTERO ISARAMA	
15	YOICER FORASTERO NATIGAY	RC	1128527720	LUISA NATIGAY FLACO	Luisa N
16	JULIANA FORASTERO OKI	T.I	1148202751	MARIA LETINA FORASTERO PANESSO	
17	YEREN SOFIA AMAGARA NATICAY	RC	1128527455	MARITZA NATICAY AMAGARA	Mariza
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 (X) - Otro ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**11,12,13,14 y 15 de mayo del 2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	PASO SALADO, GUADUALITO, BETE, AGUA CLARA, VUELTA BUEY, AURO BUEY
N° ACTA:	**N° 4**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Encuentro Comunitario.		
TEMAS TRATADOS:	▪ La familia como protagonista en el desarrollo infantil. ▪ Garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos, casos de vulneración.		
OBJETIVO:	Fortalecer a las familias como protagonistas en el desarrollo integral de las niñas y niños, promoviendo entornos protectores, afectivos y seguros, así como el reconocimiento, garantía y restablecimiento de derechos en situaciones de atención priorizada y casos de vulneración.		
ORDEN DEL DIA:	• Saludo y bienvenida • Oración • Desarrollo • Dudas e inquietudes • Compromisos • Despedida.		

DESARROLLO DE LA REUNION

Los días 11,12,13,14 y 15 del mes de mayo del 2026, el equipo interdisciplinario se dirigió a las comunidades de Paso Sala, Guadualito, Bete, Agua Clara, Auro Buey y Vuelta Buey, 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 armonía con la cultura y el territorio

Siendo las 9:30:AM se dio comienzo al encuentro comunitario con los sistemas familiares de cada UCA, se comenzó con un saludo y presentación, seguido a ello la oración. "Señor te damos gracias por la vida, salud, los alimentos y las bendiciones recibidas en nuestro diario vivir. Amen".

Luego se hizo una actividad lúdica recreativa, con el fin de entrar en confianza con los participantes del encuentro, seguido a ello se socializó la temática, La familia como protagonista en el desarrollo infantil y la garantía de derechos en atenciones priorizadas e inobservancia de derechos, casos de vulneración.

La familia es el primer espacio donde las niñas y los niños aprenden, crecen y desarrollan habilidades para la vida. Desde el hogar se fortalecen valores, emociones, hábitos y formas de relacionarse con los demás, por eso se considera a la familia como protagonista en el desarrollo infantil.

Durante la primera infancia, el acompañamiento familiar influye directamente en el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de los niños y niñas, las acciones cotidianas como brindar afecto, escuchar, jugar, alimentar adecuadamente, proteger y acompañar en el aprendizaje ayudan a que los niños crezcan en ambientes seguros y saludables.

La familia cumple un papel fundamental en:

- **El cuidado y protección:** garantizando alimentación, salud, higiene y seguridad.
- **El desarrollo emocional:** ofreciendo amor, respeto, confianza y estabilidad afectiva.
- **El aprendizaje y la educación:** estimulando el lenguaje, la creatividad y la curiosidad mediante juegos, conversaciones y actividades diarias.
- **La formación en valores:** enseñando respeto, solidaridad, responsabilidad y convivencia.
- **La garantía de derechos:** velando porque los niños y niñas reciban atención integral y vivan libres de violencia, negligencia o maltrato.

En zonas rurales dispersa, la familia también transmite saberes culturales, costumbres y tradiciones que fortalecen la identidad y el sentido de pertenencia de las niñas y niños dentro de su comunidad.

Es importante que las familias participen activamente en los procesos de crianza y en los encuentros comunitarios, ya que estos espacios permiten fortalecer conocimientos sobre el cuidado infantil, la protección de derechos y el desarrollo saludable de los niños y niñas.

Ahora bien, la garantía de derechos consiste en asegurar que todas las niñas y niños reciban atención, cuidado, protección y oportunidades para crecer de manera integral. estos derechos incluyen la salud, alimentación, educación, protección, identidad, recreación, amor y una vida libre de violencia.

Las atenciones priorizadas se brindan a niñas, niños y familias que se encuentran en condiciones de mayor riesgo o vulnerabilidad, como casos de desnutrición, violencia intrafamiliar, abandono, discapacidad, pobreza extrema, trabajo infantil o dificultades de acceso a servicios básicos, especialmente en zonas rurales, estas atenciones buscan ofrecer apoyo oportuno para proteger el bienestar de la niñez y garantizar su desarrollo integral.

La inobservancia de derechos ocurre cuando no se cumplen o no se garantizan adecuadamente los derechos de las niñas y niños, por ejemplo, cuando un niño no recibe atención en salud, no asiste a la escuela, permanece en ambientes inseguros o no cuenta con el cuidado necesario.

Los casos de vulneración de derechos se presentan cuando las niñas y niños sufren situaciones que afectan su bienestar físico o emocional, como maltrato, negligencia, abuso, explotación, violencia o abandono, estas situaciones requieren atención inmediata y la activación de rutas de protección para restablecer sus derechos.

La familia, la comunidad y las instituciones tienen una responsabilidad compartida en la protección de la infancia. Por ello, es importante fortalecer espacios de orientación y sensibilización donde las familias conozcan los derechos de los niños, aprendan a identificar señales de alerta y sepan a dónde acudir en caso de necesitar apoyo.

¿Qué se debe hacer ante un caso de inobservancia?

1. Identificación del caso

Observar señales de alerta como:

- Desnutrición o mala higiene.
- Ausencia frecuente a controles médicos o educativos.
- Falta de supervisión adulta.
- Maltrato físico o emocional.
- Abandono o negligencia.

2. Escucha y valoración inicial

Se debe escuchar a la Familia y al Niño o Niña con respeto, evitando juzgar, para conocer la situación y determinar el nivel de riesgo.

3. Activación de la ruta de atención

Cuando se identifica vulneración de derechos, se informa a las entidades competentes para brindar protección y acompañamiento.

4. Remisión a entidades correspondientes

Dependiendo del caso, se puede acudir a:

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- Comisaría de Familia
- Policía de Infancia y Adolescencia
- Defensoría del Pueblo
- Centros de salud u hospitales.
- Instituciones educativas y redes comunitarias.

5. Seguimiento y acompañamiento

Después de activar la ruta, se realiza seguimiento para verificar que el niño o niña reciba atención adecuada y que sus derechos sean restablecidos.

Importancia de las rutas de atención

- Protegen la vida y bienestar de las niñas y niños.
- Permiten actuar de manera rápida ante situaciones de riesgo.
- Fortalecen la corresponsabilidad entre familia, comunidad e instituciones.
- Previenen situaciones más graves de vulneración.
- Garantizan el desarrollo integral en la primera infancia.

Seguido a ello la enfermera explica la importancia de que niños y niñas tengan el esquema de vacunación completo, esquema de crecimiento y desarrollo, prevención de la desnutrición y reiterarles la importancia de la lactancia materna.

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: MAYO	**Fecha: MAYO**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**
	
Nombre de la actividad: encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: encuentro comunitario**
Fecha: MAYO	**Fecha: MAYO**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**

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: MAYO	**Fecha: MAYO**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad: Encuentro comunitario**
Fecha: MAYO	**Fecha: MAYO**
Lugar: Medio Atrato	**Lugar: Medio Atrato**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-5-2026 LUGAR(UCA): Betel 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
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 Yomari
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	
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	Maria leonilde
12	BETZY ROJAS TUNAY	RC	1.078.106.343	DASEIBA ROJAS TUNAY	
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	
15	PORFELINA ACHITO FLACO	C.C.	1.128.525.888	PORFELINA ACHITO FLACO	
16	MIRIAN PEREA CHARRERO	C.C.	26.261.579	MIRIAN PEREA CHARRERO	
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

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-5-2026 LUGAR(UCA): Bete' 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 m.
7	ARIA LINA VALENCIA VALENCIA	R.C	1128527741	ANA ÑIBI VALENCIA AMAGARA	-ANAÑiBi
8	EMA LICETH RIVAS MORENO	R.C	1077492150	EVANY MORENO MARTINEZ	Ema liceth Rivas M.
9	DAMARIS MORENO MARTINEZ	C.C	1128525232	DAMARIS MORENO MARTINEZ	Damaris M. M.
10	SAMUEL DAVID PALACIOS PALACIOS	R.C	1105937916	MARIA MIRLEDYS PLACIOS PALACIOS	Maria Mirleidys
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	-ANLLY CELINA C GUE
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 ( ) _____.

47

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 12-5-2016 **LUGAR(UCA):** Guadualito **RESPONSABLE:** Rosaura y equipo

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 Jhoana Ch.
2	JHOANA CHAMORRO OLEA	REGISTRO CIVIL	1128527467	MARIA PAOLA OLEA PEREA	Maria Paola Olea
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
9	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	CEDULA	1148202721	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	Maria W.
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: 12-5-2026 **LUGAR(UCA):** GUADUALITO 2 **RESPONSABLE:** PSICOSOCIAL

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.
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	Miriam
5	DANIEL DOGARI PANESSO	REGISTRO CIVIL	1128527593	MARIANA PANESSO OLEA	mariano
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	
9	ERARSON OLEA CUNAMPIA	REGISTRO CIVIL	1078474469	ROMELIA CUNAMPIA VALENCIA	
10	VALERIA VALENCIA CONAMPIA	REGISTRO CIVIL	1128527762	JACKELIN CONANPIA LANA	Jackelin
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
15	KILYAN CHAMORROOLEA	REGISTRO CIVIL	1077487716	DIGNA OLEA PANESSO	Digna
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: 13-5-2026 LUGAR(UCA): PASO SALADO RESPONSABLE: PSICOSOCIAL

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	
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	
11	MARYORI CONDE LANA	RC	1128527582	GRACIELA LANA TAPI	
12	OSWALDO TUNAY ULEA	RC	1128527609	AUROSIA ULEA RUBIANO	Aurosia Ulea
13	JHONIFER TUNAI CHAMORRO	RC	1128527685	ALEIDA CHAMORRO ROJAS	
14	DIANA MARIA TUNAI ROJAS	RC	1128527686	DIANA MARCELA ROJAS TAPI	
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: 13-5-2026 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	Jose Ivan Flaco
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 Tapi
9	ISAIDA ROJAS FLACO	RC	1128527369	CRISELDINA FLACO TUNAY	
10	LUZ NELLI FLACO TAPI	RC	1128527370	JOSE IVAN FLACO TUNAY	Jose Ivan Flaco
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 LinaR
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 ( ) _____.

49

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13 MAYO 2026 LUGAR(UCA): VUELTA BUEY RESPONSABLE: LUZ MARIA LEMOSCORDOBA

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
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 Zilvia
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: 13 MAYO 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 ines Perea
4	YURELI	R.C.	1128527291	SOL INES PEREA QUIRO	Sol i perea
5	SOL INES PEREA QUIRO	C.C.	1128525805	SOL INES PEREA QUIRO	Sol ines perea
6	YOLIMA QUIRO OKI	R.C.	1128527570	DORILA OKI PEREA	Dorila Oki
7	NANCI CHARRERO PANESSO	R.C.	1120527494	LINDORCITO CHARRERO PEREA	Lindorcito
8	CAMILA CONAMPIA PEREA	R.C.	1128527438	ERMICIA OLEA CHARRERO	Ermicia olea
9	MAISON PEREA CONAMPIA	R.C.	1128527304	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela
10	LUZ BEIRA PEREA CONAMPIA	R.C.	1128527569	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela
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 Doralina
13	EMILIO PEREA PEREA	R.C.	1128527514	AMANCIO PEREA DUMAZA	Amancio perea
14	JUBERNILO PEREA KIRO	R.C.	1128527512	MANCIO PEREA DUMAZA	mancio 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 D.
17	YECELI AMAGARA PEREA	R.C.	1128527748	MILTON KIRO BUGAMA	Milton Bugama
18	EIDER AMAGARA MECHA	R.C.	1078104012	DAMAZO AMAGARA PANESSO	Damazo 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 ( ) - Otro ( ) _____

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-5-2026 LUGAR(UCA): AUROBUEY 2 RESPONSABLE: Psicosocial

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	dexmiro Kiro
15	SILVINITO AMAGARA ACHITO	RC	1128527617	SILBIO AMAGARA PEREA	Silbio Amagara
16	YIRLIANA PANESSO PEREA	RC	1128527730	RIQUILDO PEDREA CHAJITO	Riquildo Perea
17	ANA YURLEIDY	RC	1077474678	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Uldalina 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 ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-5-2026 LUGAR(UCA): AUROBUEY RESPONSABLE: Psicosocial

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	LUZ MARINA AMAGARA OQUI	CC	1128525797	LUZ MARINA AMAGARA OQUI	Luz Mariana Amagara
2	LEVITA PEREA CUNAMPIA	CC	1077477671	LEVITA PEREA CUNAMPIA	Levita Perea
3	ELDA PANESSO CONAMPIA	CC	1128525857	ELDA PANESSO CONAMPIA	Elda Panesso
4	ULDALINA AMAGARA DOGARI	CC	1077474678	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Uldalina Amagara
5	CHILA PEREA QUIRO	CC	1128525808	CHILA PEREA QUIRO	Chila Perea
6	ELIANA CONAMPIA PEREA	RC	1128527819	CANDIDO AMAGARA PEREA	candido amagara
7	MARIA YORLEISIS CONAMPIA AMAGARA	RC	1128527817	OSIRIS AMAGARA VALENCIA	Osiris Amagara
8	RUBIELA OLEA PEREA	RC	1128527818	MARTINA PEREA PEREA	martina Perea
9	CRISTIAN AMAGARA OQUI	RC	1128527515	MARIELA OQUI	Mariela OQUI
10	OLIBIO CONAMPIA ROJAS	RC	1077492211	FLORINA ROJAS BAILARIN	Florina Rojas
11	CRISTIAN DAVID AMAGARA RUBIANO	RC	1077492581	DIVINSON AMAGARA PEREA	Divinson Amagara
12	JOSELIN PANESSO PEREA	RC	1078105050	MARIANITA PEREA CUNAMPIA	Marianita perea
13	LUIS MENCIO TUNAY FLACO	RC	1078473711	OLGA ROJAS FORASTERO	Olga Rojas Forastero
14	ANNY YORLENI KIRO AMAGARA	RC	1128527498	MARIA ROSALBA AMAGARA PEREA	Maria Rosalba A.
15	ANA VICILIA AMAGARA PEREA	RC	1077487747	MIRIAN PEREA CHARRERO	Miriam Perea Charrero
16	YANISSA CONDE KIRO	RC	1128527713	AGUSTINA KIRO CHARRERO	Agustina Kiro Charrero
17	PORFIRIA FLACO AMAGARA	RC	1078104058	URDALINA AMAGARA DOGARI	urdalina amagara
18	SUSANA PANESSO AMAGARA	RC	1128527692	ROSA SILVIA AMAGARA PEREA	Rosa Silvia Amagara

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

PROCESO DE FORMACION A FAMILIAS

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**11,12,13,14 y 15 de mayo del 2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	BETE, PASO SALADO, GUADUALITO, AGUA CLARA, VUELTA BUYE, AURO BUEY
N° ACTA:	**N°**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Proceso de Formación a Familias		
TEMAS TRATADOS:	• Prevención de la violencia contra las mujeres		
OBJETIVO:	Promover la prevención de la violencia contra las mujeres mediante la sensibilización, el fortalecimiento del respeto, la igualdad y la convivencia pacifica, fomentando entornos seguros, protectores y libres de cualquier tipo de maltrato en la familia y la comunidad.		
ORDEN DEL DIA:	1. Saludo y bienvenida. 2. Oracion. 3. Desarrollo de la temática. 4. Lluvia de ideas. 5. Dudas e inquietudes. 6. Firma de asistencia y cierre del encuentro.		

DESARROLLO DE LA REUNION

En el mes de mayo del 2026 en el municipio de Medio Atrato se realizó el proceso de formación a familias, por el equipo interdisciplinario de la fundación choco social, dirigido por la psicosocial, en las comunidades de Bete, Paso Salado, Agua Clara, Vuelta Buey, Auro Buey y Guadualito, con el objetivo de socializar la temática prevención de la violencia contra la mujer.

Se inicia el encuentro con un saludo y una oración dirigida por la psicosocial, luego agradeciendo por la asistencia de las familias y resaltando el valor que tiene su participación en el encuentro, se hace una breve reflexión del acompañamiento a la transición de la infancia, por medio de la crianza con amor, el dialogo y el apoyo permanente.

Luego se continua con el desarrollo de la temática, la psicosocial explica que la prevención de la violencia contra las mujeres es un tema muy importante porque busca proteger la vida, la dignidad, los derechos y el bienestar de las mujeres en todos los espacios: el hogar, la comunidad, el trabajo y la sociedad, la violencia contra las mujeres puede presentarse de muchas formas, como violencia fisica, psicológica, verbal, económica, sexual y emocional, afectando gravemente su salud, autoestima y calidad de vida.

Este tipo de violencia ocurre cuando una mujer es maltratada, humillada, amenazada, controlada o agredida por otra persona, muchas veces dentro de su propio hogar o por personas cercanas, en muchas ocasiones, las mujeres sufren en silencio por miedo, dependencia económica, amenazas o falta de apoyo, por eso es fundamental que las familias y comunidades aprendan a reconocer las señales de violencia y actúen oportunamente.

La prevención de la violencia comienza desde el hogar, enseñando valores como el respeto, la igualdad, la tolerancia, el diálogo y la buena convivencia, es importante educar a niñas y niños en relaciones basadas en el respeto mutuo, evitando conductas agresivas, discriminatorias o machistas que normalicen el maltrato hacia las mujeres.

También es necesario fortalecer la comunicación familiar y comunitaria, promoviendo espacios donde las mujeres puedan expresar sus opiniones, emociones y necesidades sin miedo.
Escuchar, apoyar y creer en las mujeres cuando denuncian situaciones de violencia es una forma de protección y acompañamiento.

La violencia contra las mujeres tiene consecuencias físicas y emocionales muy graves, como ansiedad, depresión, miedo, aislamiento, baja autoestima, lesiones físicas e incluso la pérdida de la vida. Además, afecta a los hijos e hijas que crecen en ambientes violentos, ya que pueden repetir esas conductas o sufrir afectaciones emocionales.

¿Dónde acudir en casos de violencia?

1. **Centros de salud u hospitales:** los servicios de salud pueden brindar atención médica, psicológica y orientación en casos de violencia física, sexual o emocional. También ayudan a activar rutas de protección.
2. **Policía Nacional:** La policía puede intervenir cuando existe riesgo, amenazas, agresiones o situaciones de violencia intrafamiliar y de género. Su función es proteger la integridad de las víctimas.
3. **Comisaría de Familia:** La Comisaría de Familia atiende casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, conflictos familiares y protección de mujeres, niñas y niños. Allí pueden dictarse medidas de protección.
4. **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:** El ICBF protege los derechos de niñas, niños y adolescentes cuando existe negligencia, abandono, maltrato o vulneración de derechos.
5. **Fiscalía General de la Nación – Fiscalía General de la Nación:** Recibe denuncias sobre violencia física, sexual, amenazas y otros delitos. La denuncia permite iniciar procesos de investigación y protección.
6. **Personería Municipal: Brinda** orientación y acompañamiento en la defensa de los derechos humanos y apoyo a las víctimas.
7. **Líderes comunitarios y redes de apoyo:** En zonas rurales también es importante acudir a líderes comunitarios, promotores de salud, docentes o profesionales sociales que puedan orientar y acompañar el proceso de atención.

Importancia de denunciar

Denunciar ayuda a proteger la vida y los derechos de las víctimas, evitar que la violencia continúe y activar las rutas de atención y protección. Buscar ayuda no debe generar miedo ni vergüenza; toda persona tiene derecho a vivir en un entorno seguro, libre de violencia y con respeto a su dignidad.

Prevenir la violencia contra las mujeres es responsabilidad de toda la sociedad, significa construir entornos seguros, promover relaciones sanas y garantizar que las mujeres vivan libres de miedo, discriminación y maltrato, con igualdad de oportunidades y respeto por sus derechos.

Tipos de violencia en zonas rurales

- **Violencia física**

Es toda agresión que causa daño al cuerpo de una persona, como golpes, empujones, patadas, quemaduras o cualquier acción que produzca dolor o lesiones. En muchos hogares rurales, este tipo de violencia puede ser normalizada como forma de castigo o control.

- **Violencia psicológica o emocional**

Se presenta mediante insultos, humillaciones, amenazas, gritos, desprecios, manipulación o control excesivo. Esta violencia afecta la autoestima, la seguridad y la salud emocional de las personas, especialmente de las mujeres y niñas.

- **Violencia verbal**

Incluye palabras ofensivas, burlas, apodos humillantes o expresiones que dañan emocionalmente a la persona. Aunque no deja marcas físicas, puede generar miedo, tristeza y aislamiento.

- **Violencia sexual**

Ocurre cuando una persona es obligada, presionada o manipulada para realizar actos sexuales sin su consentimiento. También incluye el abuso sexual, el acoso y la explotación. En zonas rurales, muchas víctimas no denuncian por miedo o falta de acceso a las autoridades.

- **Violencia económica**

Se da cuando una persona controla el dinero, impide trabajar, niega recursos básicos o limita la independencia económica de otra persona. Muchas mujeres rurales dependen económicamente de sus parejas, lo que aumenta la vulnerabilidad.

- **Violencia intrafamiliar**

Es cualquier tipo de maltrato que ocurre dentro del hogar entre miembros de la familia. Puede afectar a mujeres, niñas, niños, personas mayores o personas con discapacidad.

Violencia de género

Es la violencia ejercida contra las mujeres por el hecho de ser mujeres. Surge de la desigualdad, el machismo y las relaciones de poder que limitan sus derechos y oportunidades.

Negligencia o abandono

Sucede cuando no se brindan los cuidados necesarios a niñas, niños, personas mayores o personas enfermas. Puede incluir falta de alimentación, salud, protección, educación o afecto.

Violencia comunitaria

Se presenta en la comunidad mediante amenazas, discriminación, conflictos, exclusión o inseguridad que afectan la convivencia y tranquilidad de las familias rurales.

Prevenir la violencia significa promover el respeto, el diálogo, la igualdad y la protección de los derechos humano, también implica fortalecer las redes de apoyo comunitario, orientar a las familias sobre rutas de atención y crear espacios seguros donde las personas puedan denunciar y recibir ayuda.

La prevención debe comenzar desde la infancia, enseñando valores de convivencia, resolución pacífica de conflictos y respeto hacia las mujeres y todas las personas de la comunidad.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Durante el desarrollo del encuentro se observó disposición, participación por parte de las familias, quienes mostraron interés por cumplir con los compromisos pactados para el buen desarrollo de la modalidad.

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
• Cumplir con los compromisos pactados. • Acompañar a los niños, niñas en todo el proceso del desarrollo infantil.	Sistema familiars	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: Formación a Familias	**Nombre de la actividad: Formación a Familias.**
Fecha: MAYO	**Fecha: MAYO**
Lugar: MEDIO ATRATO	**Lugar: MEDIO ATRATO**
	
Nombre de la actividad: Formación a Familias	**Nombre de la actividad: Formación a Familias**
Fecha: MAYO	**Fecha: MAYO**
Lugar: MEDIO ATRATO	**Lugar: MEDIO ATRAO**

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-05/2026 LUGAR(UCA): AUROBUEY RESPONSABLE: Valentina Mayr Portilla

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	LUZ MARINA AMAGARA OQUI	CC	1128525797	LUZ MARINA AMAGARA OQUI	Luz Marina Amagara
2	LEVITA PEREA CUNAMPIA	CC	1077477671	LEVITA PEREA CUNAMPIA	Levita Perea Cunampia
3	ELDA PANESSO CONAMPIA	CC	1128525857	ELDA PANESSO CONAMPIA	Elda Panesso Conampia
4	ULDALINA AMAGARA DOGARI	CC	1077474678	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Uldalina Amagara
5	CHILA PEREA QUIRO	CC	1128525808	CHILA PEREA QUIRO	Chila Perea Quiro
6	ELIANA CONAMPIA PEREA	RC	1128527819	CANDIDO AMAGARA PEREA	Candido Pereo
7	MARIA YORLEISIS CONAMPIA AMAGARA	RC	1128527817	OSIRIS AMAGARA VALENCIA	Osiris Amagara
8	RUBIELA OLEA PEREA	RC	1128527818	MARTINA PEREA PEREA	Martina Perea Perea
9	CRISTIAN AMAGARA OQUI	RC	1128527515	MARIELA OQUI	Mariela Oqui
10	OLIBIO CONAMPIA ROJAS	RC	1077492211	FLORINA ROJAS BAILARIN	Florina Rojas
11	CRISTIAN DAVID AMAGARA RUBIANO	RC	1077492581	DIVINSON AMAGARA PEREA	Divison Amagara
12	JOSELIN PANESSO PEREA	RC	1078105050	MARIANITA PEREA CUNAMPIA	Marianita Perea
13	LUIS MENCIO TUNAY FLACO	RC	1078473711	OLGA ROJAS FORASTERO	Olga Rojas Forastero
14	ANNY YORLENI KIRO AMAGARA	RC	1128527498	MARIA ROSALBA AMAGARA PEREA	Maria Rosalba A
15	ANA VICILIA AMAGARA PEREA	RC	1077487747	MIRIAN PEREA CHARRERO	Miria Perea Charrero
16	YANISSA CONDE KIRO	RC	1128527713	AGUSTINA KIRO CHARRERO	Agustina Kiro
17	PORFIRIA FLACO AMAGARA	RC	1078104058	URDALINA AMAGARA DOGARI	Uldalina Amagara
18	SUSANA PANESSO AMAGARA	RC	1128527692	ROSA SILVIA AMAGARA PEREA	Rosa Silvia 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 ( ) - Otro ( ) _____

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-05-2026 LUGAR(UCA): AUROBUEY 2 RESPONSABLE: Valentina Mayo Portilla

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 Rubiano 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	graceliana cunampia
6	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	CC	1148202798	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Agustina Kiro
7	AGUSTINA KIRO CHARRERO	CC	35920212	AGUSTINA KIRO CHARRERO	Gabriela conampia
8	ISABELINA CONDE AMAGARA	CC	1148195142	ISABELINA CONDE AMAGARA	Isabelina Conde
9	HILARITA BAILARIN MOJARE	CC	1128525303	HILARITA BAILARIN MOJARE	Hilanta Bailarin
10	KARINA PEREA KIRO	CC	1128525804	KARINA PEREA KIRO	karina perea kiro
11	RUBIANO FLACO AMAGARA	RC	1077492507	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Oldalina Amagara
12	YASMIRA KIRO PEREA	RC	1128527320	ANORIA PEREA OLEA	Anoria Perea
13	NAILA ROJAS BAILARIN	RC	1077489428	HILARITABAILARIN MOJARE	Hilanta 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	Riquildo Pedrea
17	ANA YURLEIDY	RC	1077474678	ULDALINA AMAGARA DOGARI	Uldalina 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 ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 12-05-2026 **LUGAR(UCA):** _____ **GUADUALITO** 2 _____ **RESPONSABLE:**
Valentina Mayo Portilla

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	
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	Miriam
5	DANIEL DOGARI PANESSO	REGISTRO CIVIL	1128527593	MARIANA PANESSO OLEA	mariana
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	
9	ERARSON OLEA CUNAMPIA	REGISTRO CIVIL	1078474469	ROMELIA CUNAMPIA VALENCIA	
10	VALERIA VALENCIA CONAMPIA	REGISTRO CIVIL	1128527762	JACKELIN CONANPIA LANA	JACKELIN
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
15	KILYAN CHAMORROOLEA	REGISTRO CIVIL	1077487716	DIGNA OLEA PANESSO	DIGNA
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: 12-05-2026 LUGAR(UCA): Guadualito RESPONSABLE: valentina mota portilla

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 Jhoana ch.
2	JHOANA CHAMORRO OLEA	REGISTRO CIVIL	1128527467	MARIA PAOLA OLEA PEREA	Maria Paola olea
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
9	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	CEDULA	1148202721	MARIA WILLIAN DUMASA CUNAMPIA	Maria w.
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: 13-05-2026 LUGAR(UCA): PASO SALADO RESPONSABLE: Valentina Mato Portilla

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	
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	
11	MARYORI CONDE LANA	RC	1128527582	GRACIELA LANA TAPI	
12	OSWALDO TUNAY ULEA	RC	1128527609	AUROSIA ULEA RUBIANO	Aurosia Ulea
13	JHONIFER TUNAI CHAMORRO	RC	1128527685	ALEIDA CHAMORRO ROJAS	
14	DIANA MARIA TUNAI ROJAS	RC	1128527686	DIANA MARCELA ROJAS TAPI	
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: 13-05-2026 LUGAR(UCA): PASO SALADO 2 RESPONSABLE: Valentina Mosquera Portilla

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	Jose Ivan Flaco
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 Tapi
9	ISAIDA ROJAS FLACO	RC	1128527369	CRISELDINA FLACO TUNAY	
10	LUZ NELLI FLACO TAPI	RC	1128527370	JOSE IVAN FLACO TUNAY	Jose Ivan Flaco
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 R.
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 ( ) _____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2021 LUGAR(UCA): Bahe 2 RESPONSABLE: Valentina Mosquera Portilla

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
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 Yomari
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	Maria 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

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2026 LUGAR(UCA): Bete RESPONSABLE: Valentina Mara Portilla

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 M.
7	ARIA LINA VALENCIA VALENCIA	R.C	1128527741	ANA ÑIBI VALENCIA AMAGARA	ANAÑIBI
8	EMA LICETH RIVAS MORENO	R.C	1077492150	EVANY MORENO MARTINEZ	Evany Moreno M.
9	DAMARIS MORENO MARTINEZ	C.C	1128525232	DAMARIS MORENO MARTINEZ	Damaris M. M.
10	SAMUEL DAVID PALACIOS PALACIOS	R.C	1105937916	MARIA MIRLEDYS PLACIOS PALACIOS	Maria Mirleidys
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	ANLLY celina C GUE
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 otra 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&1-05-2026 **LUGAR(UCA):** AguaClara **RESPONSABLE:** Valentina Mayo Portilla

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	
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 maría caicedo
7	FRAILYN JOHANA CAICEDO RIVAS	RC	1078473796	JACKELINE MORENO RIVAS	Jackeline Moreno
8	AXEL DAEL MURILLO RIVAS	RC	1078102896	ANLLY RIVAS ROMAÑA	Anyi Rivas
9	SOLANYI RIVAS RENTERIA	RC	1078473213	EDILMA RENTERIA QUEJADA	Edilma Renteria
10	ELIAN SAMUEL ORTIZ LOPEZ	RC	1078475401	EMELINA LOPEZ MOSQUERA	Emelina lopez
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 P.
13	NERSITA PANESSO CONAMPIA	RC	1128525857	ELDA PANESSO CONAMPIA	
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					

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

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-05-2026 LUGAR(UCA): Agua Clara 2 RESPONSABLE: valentina mayo polo/14

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
2	ALFREDO VIRRI CUNAPIA	RC	1128527796	MARIA INEZ CUNAPIA PEREA	MARIA INES
3	YINA AMAGARA FLACO	RC	1128527800	EUGENIA FLACO LANA	
4	YARELI CHAMI AMAGARA	RC	1077490787	LIGIA AMAGARA MOYA	Ligia
5	CARRI OLEA MOYA	RC	1128527634	MARIA SELITA MOYA FLACO	Maria Selita
6	ARISMENDY CANSARI CHAMI	RC	1077490208	JULIANA CHAMI SANAPI	Juliana chami S
7	ISMAEL QUIRO CONAMPIA	RC	1128527719	MANUEL EMIRO CONAMPIA ISABARE	manuel emiro
8	MARIA DEISY TAPI RUBIANO	RC	1128527599	MERCIDA RUBIANO TUNAY	MERCIDA
9	LAILA VIRRI SABUGARA	RC	1077489586	MARIA INEZ CUNAPIA PEREA	MARIA INES
10	NORFELIA DOGARI VALENCIA	RC	1077488694	ELEUTERIA VALENCIA AMAGARA	
11	SELINA AMAGARA SABUGARA	RC	1078104031	EVELIA SABUGARA MECHA	EVELIA
12	MARIA DAYANA TAPI RUBIANO	RC	1128527354	MERCIDA RUBIANO TUNAY	MERCIDA
13	VALENTINA VALENCIA CONAPIA	RC	1128527357	JACKELINE CONAPIA LANA	Jackeline
14	YIMAR TAPI FLACO	RC	1128527426	CECILIA FLACO MOYA	
15	YUNERI VIRRI CUNAPIA	RC	1128527468	MARIA INEZ CUNAPIA PEREA	MARIA INES
16	JANER YIRSON AMAGARA FLACO	RC	1128527473	EUGENIA FLACO LANA	
17	EMIRO PEREA PEREA	RC	1128527513	ARQUILLO PEREA QUIRO	arquillo perea

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 ( ) _____.

9A

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA 13 MAYO 2026 LUGAR(UCA): VUELTA BUEY RESPONSABLE: LUZ MARIA LEMOSCORDOBA

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
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 Silvia
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: 13 MAYO 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
8	CAMILA CONAMPIA PEREA	R.C.	1128527438	ERMICIA OLEA CHARRERO	Ermicia Olea
9	MAISON PEREA CONAMPIA	R.C.	1128527304	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela
10	LUZ BEIRA PEREA CONAMPIA	R.C.	1128527569	GABRIELA CONAMPIA PANESSO	Gabriela
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 Doralina
13	EMILIO PEREA PEREA	R.C.	1128527514	AMANCIO PEREA DUMAZA	Amancio Perea
14	JUBERNILO PEREA KIRO	R.C.	1128527512	MANCIO PEREA DUMAZA	Mancio 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 D.
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

ACTA DE ENCUENTROS

FECHA:	**11al 15/05/2026**	**UCA/COMUNIDAD:**	Bebara, Bebara 2, bebarama, bebarama 2, bebarama 3, chimirrido, chimirrido 2, chirrinchao, chirrinchao 2, bebarasito, bebarasito2, san José, alto bebarama, alto bebarama 2.
N° ACTA:	**2**		
TIPO DE ACTIVIDAD:	Proceso de Formación a familias		
TEMAS TRATADOS:	Prevención de violencia contra la mujer		
OBJETIVO:	Fortalecer la prevención de la violencia contra la mujer, garantizando entornos seguros y libres de violencia para el desarrollo integral de niñas y niños.		
ORDEN DEL DIA:	1. Saludo 2. Oración 3. Desarrollo de la temática 4. Actividad lúdico-recreativa 5. Establecimiento de acuerdos, compromisos, proposiciones y varios. 6. Firma de asistencia y cierre del encuentro		

DESARROLLO DE LA REUNION

En el mes de mayo del 2026 en el municipio de medio Atrato se realizó el encuentro comunitario, por el equipo de talento humano de la fundación choco social, con el servicio en educación inicial campesina, dirigido por la psicosocial en compañía de agentes educativos y equipo interdisciplinario, en donde se convocó a la población beneficiaria al encuentro comunitario de formación a las familias, esta actividad tuvo como objetivo Capacitar a las familias acerca de maneras para erradicar la violencia contra las mujeres.

Se inició la reunión cumpliendo con el orden del día, como primero 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.

Seguidamente, se les explico de forma detallada que la violencia contra las mujeres es todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada, es necesario mencionar que esta es un problema de salud pública

arraigado en la desigualdad de género y, además, es una grave violación de los derechos humanos que afecta la vida y la salud de millones de mujeres y niñas.

Algunos de los factores que inciden en la violencia contra las mujeres son el machismo y la desigualdad, los cuales a veces se originan desde la familia, por ello es importante impulsar nuevas dinámicas en los hogares. La igualdad y no discriminación se construye desde la familia, donde las responsabilidades y beneficios son compartidos y equitativos, en beneficio de todas y todos sus integrantes desde antes de nacer, nuestra familia y la sociedad en general comienzan a formularse una serie de expectativas, como la ropa o color con el que nos vestirán, la decoración del cuarto, los juguetes que tendremos disponibles, así como los comportamientos o "reglas" que debemos seguir dependiendo de si somos niñas o niños.

Estos comportamientos y actitudes aprendidos durante nuestra infancia en el espacio familiar refuerzan los roles de género que definen lo que es ser mujer y hombre. Ejemplo de ello es que a los varones se les ha enseñado a no llorar ni mostrar debilidad, mientras que a las mujeres se les ha preparado para realizar labores domésticas y ser serviciales. Estos roles y estereotipos de género generan conductas machistas de los varones hacia las mujeres, ya que se les educa con la idea de que las mujeres son el sexo "débil", generando relaciones de superioridad, poder y control sobre ellas que, aunque a veces no son evidentes, repercuten en la forma en que mujeres y hombres se relacionan e interactúen entre sí.

Por fortuna, esta diferenciación de las tareas basada en los sexos está cambiando y hoy en día más mujeres y hombres buscan romper los roles y estereotipos que limitan su desarrollo como personas, ya sea en el ámbito profesional, como en el ámbito personal y familiar. Si bien hay cultura machista y patriarcal, hoy más que nunca se están produciendo diferentes modificaciones en el modelo tradicional de familia, los roles sociales de mujeres y hombres continúan evolucionando, dejando atrás viejas creencias ancestrales de que, al casarse, las mujeres deben dedicarse a "atender a su marido y sus hijos/as", cada vez más mujeres y hombres entienden que las relaciones de pareja no están. ni debe estar, basadas en la jerarquía, la sumisión, la autoridad masculina o la desigualdad, sino en la división igual de labores y responsabilidades.

Estos cambios no solo se están dando en beneficio de las mujeres y del ejercicio de sus derechos, sino que también están dando paso a hombres más felices y liberados que no tienen que cargar con todo el peso económico y de toma de decisiones, así como a familias más plenas en donde todas y todos sus integrantes ejercen por igual sus derechos, gozan de autonomía, y donde el reparto de labores, beneficios y oportunidades es equilibrado.

Luego, se realizó una actividad lúdico-recreativa que consistió en agarrar el vaso, donde los participantes debían hacer dos filas y colocarse frente a frente y luego de le daban unas orientaciones que debían seguir, como levantar las manos, subir el pie, voltearse

y luego agarrar el vaso, se repitió esta actividad hasta que hubo un ganador, esta actividad tuvo como objetivo dinamizar el encuentro y brindar un espacio ameno a los participantes. Por último, agradecimos la participación al encuentro, establecimos compromisos, acuerdos y otros, se recogieron las firmas y se dio cierre al encuentro de forma exitosa.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Se estableció el compromiso entre beneficiarios, cuidadores y talento humano, se comprometieron a implementar acciones que erradiquen las conductas machistas en los hogares y prevengan la violencia contra las mujeres.

ACUERDOS O COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Replicar la información suministrada	Beneficiarios y familias	Vigencia del contrato
Promover la igualdad de género que impacten de manera positiva en las familias de los niños y las niñas beneficiarias del servicio de primera infancia.	Talento humano.	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: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: San Jose	**Uca:** San Jose
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: San Jose	**Uca:** San Jose

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: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: Alto Bebarama 2	**Uca:** Alto Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: Alto Bebarama 2	**Uca:** AltoBebarama 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: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
Uca: ALTO BEBARAMA	**Uca:** ALTO BEBARAMA
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 11/05/2026	**Fecha:** 11/05/2026
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: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
Uca: Bebarama 2	**Uca:** Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
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: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
Uca: Bebará	**Uca:** Bebará
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 12/05/2026	**Fecha:** 12/05/2026
Uca: Bebará	**Uca:** Bebará

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

REGISTRO FOTOGRAFICO



Nombre de la actividad: Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026
Uca: Bebarasito 2



Nombre de la actividad: Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026
Uca: Bebarasito 2



Nombre de la actividad: Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026
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: 13/05/2026	Fecha: 13/05/2026
Uca: Chimirrido	Uca: Chimirrido
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026	Fecha: 13/05/2026
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: 13/05/2026	**Fecha:** 13/05/2026
Uca: Chimirrido 2	**Uca:** Chimirrido 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 13/05/2026	**Fecha:** 13/05/2026
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: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama 3	**Uca:** Bebarama 3
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama 3	**Uca:** Bebarama 3

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: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama	**Uca:** Bebarama
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
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: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
Uca: Bebarama 2	**Uca:** Bebarama 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 14/05/2026	**Fecha:** 14/05/2026
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: 15/0/5/2026	**Fecha:** 15/0/5/2026
Uca: Chirrinchao	**Uca:** Chirrinchao
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/0/5/2026	**Fecha:** 15/0/5/2026
Uca: Chirrinchao	**Uca:** Chirrinchao

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: 15/05/2026	**Fecha:** 15/05/2026
Uca: Chirrinchao 2	**Uca:** Chirrinchao 2
	
Nombre de la actividad: Encuentro comunitario	**Nombre de la actividad:** Encuentro comunitario
Fecha: 15/05/2026	**Fecha:** 15/05/2026
Uca: Chirrinchao 2	**Uca:** Chirrinchao 2

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2026 LUGAR(UCA): SAN JOSE RESPONSABLE: Donvis Perea P.

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 Palacio
3	ANDERSON IBAMIA ACHITO	RC	1077489659	OMAIRA ACHITO FLACO	Omaira achito
4	MARLEN YINETH PALACIOS ROBLEDO	RC	1128527717	YINETH TATIANA PALACIOS ROBLEDO	Yineth Tatiana Palacio
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 amagara
9	YANELI PEREA AMAGARA	RC	1128527787	DALIA AMAGA FLACO	Dalia amagara
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 asprilla
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					
20					

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2026 **LUGAR(UCA): ALTO BEBARAMA** **RESPONSABLE:** Daniela Perea Salas

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	mirian 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	mirian 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 ( ) Plan de formación a familia

Operador contratista FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 11-05-2021 LUGAR(UCA): A. Bebarama 2 RESPONSABLE: Jansely Perea Sila

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	JARRINSON MAJORE PEREA	RC	1128527737	YOLANDA MAJORE SAPIA	Yolanda
2	JAISON MAJORE SAPIA	RC	1128527695	CHILEIDY MAJORE GUACERUCA	
3	JAIDER MAJORE SAPIA	RC	1078474015	UVER MAJORE GUACERUCA	uber
4	MARLEIDY BAILARIN MAJORE	RC	1128527718	LILY PEREA CONAPIA	Lily
5	YUVER MAJORE CASAMA	RC	1128527553	LILY PEREA CONAPIA	Lily
6	LILIANA DOMICO PEREA	RC	1128527744	LILY PEREA CONAPIA	Lily
7	DEILEISA BAILARIN BAILARIN	RC	1128527769	FLOR DORIS SAPIA VASERUCA	
8	YISNEY MAJORE PEREA	RC	1128527265	FLOR DORIS SAPIA VASERUCA	
9	YORLEIDY MAJORE PEREA	RC	1077490664	ANA PATRICIA MAJORE BIGUI	
10	DEYI CAZAMA BAILARIN	RC	1128527559	ARACELI VASERUCA	
11	EMILIANO PEREA CONAPIA	RC	1128527401	ALBALUCIA MAJORE BAILARIN	
12	ANA LUISA SAPIA MAJORE	RC	1128527698	MARIA LUZ BAILARIN SAPIA	Marluz
13	JADER MAJORE SAPIA	RC	1042735712	ROSAVELINA PERA CONAPIA	
14	ADRIANA BAILARIN DOMICO	RC	1128527697	MELISA BAILARIN NAJORE	melisa
15	LUCERIA BAILARIN	RC	1128527767	ROSITA BAILARIN JUMI	
16	ERICA BAILARIN SAPIA	RC	1128527696	YADIRA MESA MINA	Yadira
17	ASHLIN STEYSI PALACIOS	RC	1077489912	DIANA DOMICO BAILARIN	Diana
18	MELISA BAILARIN MAJORE	RC	1128526496	MARI LUZ BAILARIN SAPIA	Marluz

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 (X) formación a familia

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 12-05-2026 **LUGAR(UCA):** BEBARA **RESPONSABLE:** Donelis Perea Peña

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	ADIER PALACIOS BERMUDEZ	R.C	1232837821	YERNNY LUZ PALACIOS MATURANA	Yenny luz
2	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	C.C	11285525759	ANA LUZ DOGARI BAILARIN	
3	ANGELIANA BAILARIN IZAMARA	C.C	1128525549	ANGELIANA BAILARIN IZAMARA	
4	CAMILA BAILARIN MOJARE	R.C	1128527709	YOLANDA SAPIA MOJARE	
5	EIDY JAELY ASPRILLA	T. I	1079096808	MARIA STELLA HINESTROZA IBARGUE	maria stella
6	GENESIS AILIANA SAUCEDO IBARGUE	R.C	1077492642	LUZ MERY SAUCEDO SANTO	luz meri
7	YANELY DUMAZA BAILARIN	T. I	1128525629	YANELY DUMAZA BAILARIN	
8	LUIS DAVID MOJARE SAPIA	R.C	1128527745	YOLANDA SAPIA MOJARE	
9	LUIS DAVINSON CUESTA SAPIA	R.C	1128527489	YOLANDA SAPIA MOJARE	
10	JULIETA MOSQUERA ROA	R.C	1195217628	LORENA MOSQUERA ROA	lorena
11	MAYERLY MOSQUERA LUNA	C.C	1010082691	MAYERLY MOSQUERA LUNA	mayerly
12	WHERLIN SOFIA ASPRILLA SERNA	R.C	1128527844	KENDRID VANESSA SERNA PALACIOS	
13	QUINBERLIN CAISAMO VALENCIA	R.C	1128527839	MARITZA VALENCIA GARCIA	
14	YASIRA DUMASA BAILARIN	C.C	1128524940	YASIRA DUMASA BAILARIN	
15	YEISON AMAGARA DOGARI	R.C	1077492486	ANGELICA MERY DOGARI BAILARIN	
16	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	C.C	1128525670	ZUNILDA DUMAZA BAILARIN	Zunilda
17	ANDRE PATIÑO DOGIRAMA FLACO	R.C	1128527798	ERMINIA FLACO BARRIGON	
18	CRISTIAN ANDRES MARTINEZ ORTIZ	R.C	1038148809	BEIRY ORTIZ GOMEZ	
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 (X) Plan de formación al fuego.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

FECHA: 12-05-2026 LUGAR(UCA): Bebara 2

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS
RESPONSABLE: Daneli Perea Salas

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	
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	UNA 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	BertaMaPalacios
8	CLARID DUMAZA OLEO	CC	1078917335	CLARID DUMAZA OLEA	
9	MIGUELINA IBAMA GONZALES	CC	1077432639	MIGUELINA IBAMA GONZALES	
10	DARIEN FLACO DUMAZA	RC	1128527792	KEIDY DUMAZA NATICAY	Keidy D.
11	KEILIN LORENA MENA MORENO	RC	1077488706	KEYI LORENA MENA MORENO	KEYI Lorena M
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 (x) formación a familia

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 17-05-2026 LUGAR(UCA): CHIMIRRIDO RESPONSABLE: Daniela Perea Solis

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	
12	GISELLA ISARAMA ISARAMA	RC	1128 527799	YUCARINA ISARAMA BIRRI	CARMELINA
13	CLAUDIA YINE ISARAMA SUCRE	RC	1128527405	LUCY YANETH SUCRE FORASTERO	Luci
14	LUIS JOWAR ISARAMA FLACO	RC	1128527705	LUCY YANETH SUCRE FORASTERO	Luci
15	LUIS ANDRES UNDAGAMA PEÑA	RC	1128527542	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
16	DANIEL UNDAGAMA UNDAGAMA	RC	1078105090	ANA RUCILIA PEÑA CUNANPIA	
17	SIRLEY PEDRAZA HACHITO	CC	1003944034	SIRLEY PEDRAZA HACHITO	Sirley Pedraza
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 ( ) - Otro (X) Plan de Formación a familia

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-05-2026 LUGAR(UCA): _CHIMIRRIDO_2 RESPONSABLE: Daniela Perea Ruiz

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	
4	JAVIER VALENCIA ISARAMA	RC	1077487619	CARMELINAISARAMA TUNAY	CARMELINA
5	NELLY TANICANO MAJORE	RC	1128527472	VIRGELINA MAJORE GUASERUCO	
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	
17	NELLY FORASTERO DUMAZA	RC	1077491009	CLARA INES DUMAZA AMAGARA	
18	YANILA UNDAGAMA PEÑA	RC	1128527822	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 ( ) - Otro (X) Plan de formación a Fondo.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 13-05-2026 **LUGAR(UCA):** Bebaraido **RESPONSABLE:** Damaris Perea Zuluaga

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 ( ) - Otro (X) Planes de formación y Familia

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-05-2026 LUGAR(UCA): Bebarama 1 RESPONSABLE: Daniela Perea Salas

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 manuel moya
2	SHEILY SOFIA SAUCEDO SALAS	RC	1078104420	NERLIN SALAS BLANDON	Nerlin Salas
3	SAN MIGUEL MORENO RODRIGUEZ	RC	1034932105	MARGARITA RODRIGUEZ HERNANDEZ	MARGARITA RODRIGUEZ
4	DANIEL YESID CORDOBA SAUCEDO	RC	1128527607	LUZ MERIS SAUCEDO SANTOS	Luz meris S
5	ANYELI YICETH CHALA CHAVERRRA	RC	1077488655	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	Erlin
6	YANELIS CHALA CHAVERRA	TI	1078461153	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	Erlin
7	JEIDEN ANDRES MOSQUERA CHALA	RC	1077491207	KAREN YUBELY CHALA CHAVERRA	Karen Yubely
8	HEYLIN SELESTE CORDOBA SAUCEDO	RC	1078474336	LUZ MERIS SAUCEDO SANTOS	Luz meris S
9	HONURTH JHAZAF PINO SANTO	RC	1077489371	CARLOS ANDRES PINO PEREA	carlos andres
10	SHAIRA PINO MENA	RC	1077488501	DOMINGA YORLEIDY MENA QUEJADA	dominga
11	YILME ZARAMA FLACO	RC	1077489782	CLEMENCIA FLACO CASAMA	
12	JERRY SAMIRA CORDOBA SAUCEDO	RC	1077491130	ERLIN MARIA CHAVERRA CORDOBA	Erlin
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	1193368938	CLEMENCIA FLACO CASAMA	
17	LABRIANITA MANIZA IZARAMA	RC	1131209959	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 ( ) - Otro (X) Plans de formación a familia

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-05-2026 LUGAR(UCA): _BEBARAMA 2___ RESPONSABLE: Daniela Perea Bailey

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 D
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 ( ) - Otro ( )_____.

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 14-05-2024 LUGAR(UCA): BEBARAMA 3 RESPONSABLE: Danelis Perea Palacios

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 Valencia
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 Hisarama
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 Lana
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 Sapia
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 (X) Plan de formacion a familia

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-05-2024 **LUGAR(UCA):** AME CHIRRINCHAO **RESPONSABLE:** Daniela Perea Sola

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 LUCY FLACO ISARAMA	
2	SANDI FLACO TANICAI	RC	1128527699	MARIELA NATICAY FLACO	Mariela
3	YORDIM MAJORE TANICAMO	RC	1128527842	YOMAIRA TANICAMO FORASTERO	
4	ROSABELINA PEREA FORASTERO	CC	1007532011	ROSABELINA PEREA FORASTERO	Rosabelina
5	VICTOR ANDRES FLACO NATICAY	RC	1128527602	MARIA ELENA CAMICAMO DUMAZA	
6	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	CC	1007532006	CLEMENCIA PEREA FORASTERO	
7	MARIA ANGELICA DUMAZA PLACO	RC	1128527814	ZORAIDA PLACO ISARAMA	
8	YAIR DUMAZA PLACO	RC	1128527633	ZORAIDA PLACO ISARAMA	
9	LUIS ANDRES MAJORE FLACO	RC	1128527801	OMAIRA FLACO PANESSO	Omaira
10	WILDER NATICAY 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	
14	YUNIOR FRASTERO ICARAMA	RC	1128527485	YOBANA FRASTERO ISARAMA	
15	YOICER FORASTERO NATIGAY	RC	1128527720	LUISA NATIGAY FLACO	Luisa N
16	JULIANA FORASTERO OKI	T.I	1148202751	MARIA LETINA FORASTERO PANESSO	
17	YEREN SOFIA AMAGARA NATICAY	RC	1128527455	MARITZA NATICAY AMAGARA	mariza
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 (x) Plan formacion a familia

Operador contratista
FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

LISTADO DE ASISTENCIA DE ENCUENTROS

FECHA: 15-05-2026 LUGAR(UCA): CHIRRINCHAO 2 RESPONSABLE: Danelis Perea Rubio

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA DEL RESPONSABLE
1	MARIA ANGELA AMAGARA NATICAY	RC	1128527756	MARITZA NATICAY AMAGARA	mariza N
2	MARIA ERNA PEREA FORASTERO	CC	1193480283	MARIA ERMA PEREA FORASTERO	maria E
3	THIAGO ANDRES AMAGARA ZAPIA	RC	1128527809	MARLENY ZAPIA DUMAZA	
4	HAILIN NAHIARA DOGARI ZAPIA	RC	1128527707	MELIDA ZAPIA FLACO	melida z
5	YEISI FORSTERO DOGIRAMA	RC	1128527556	ELIRA BAILARIN DUMAZA	
6	MAIRA DOGARY ZAPIA	RC	1077488591	MELIDA ZAPIA FLACO	melida z
7	KEIDER ANDRES FLACO CAMICAMO	RC	1128527823	MARIA ELENA CAMICAMO DUMAZA	Maria E
8	DIRMA FLACO PANESSO	CC	1007532043	DIRMA FLACO PANESSO	Dirma
9	YEREMY FLACO DUMAZA	RC	1128527566	KEIDY DUMAZA NATIGAY	Keidy D
10	WILNER NATIGAY PERES	RC	1128527272	CLEMANCIA PEREA FORASTERO	
11	DAYANA TANICANO MAJORE	RC	1128527765	OMAIRA FLACO PANESSO	Omaira
12	YEISON PEREA DUMAZA	RC	1128527349	SANDRA DUMAZA AMAGARA	Sandra
13	ANALY FORASTERO WARAWATA	RC	1128527711	CONCHITA WARAWATA GARGUITA	
14	YIRLEZA AMAGARA FRASTERO	RC	1128527532	NIRMA FRASTERO ISARAMA	
15	WILSON ANDRES FLACO NATICAY	RC	1128527475	MARIELA NATICAY FLACO	mariela
16	CINDY PATRICIA FLACO PEREA	T. I	1148195186	MARIELA NATICAY FLACO	mariela
17	JHOAN AMAGARA PEREA	RC	1077487409	ROSABELINA PEREA FORASTERO	Rosabelina
18	NATALIA PEREA DUMAZA	RC	1128527538	SANDRA DUMAZA AMAGARA	Sandra
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 (X) Plan de formación a familia

Operador contratista

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
"Presente en el futuro de nuestras generaciones

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: 3			
Fecha:	13	Mayo	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 Campesino **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:** Sinoly Lorena Cuesta Gutierrez **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 310 841 4368		
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:	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 UCA de atención a la Primera Infancia Propia Intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación del talento humano

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 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 la verificación del Talento humano fue la correcta.

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

Continuar realizando verificación del talento humano

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: Mariela Noriega

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: 314 558 3500

PÚBLICA

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: 3			
Fecha:	15	Mayo	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 e Intercultural	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 2700433026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación Inicial Comunitario **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Chimirrido **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Chimirrido	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Virginia Palacios Palacios **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 310 654 9332		
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 UCA de atención a la Primera Infancia Propia Intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de Talento Humano

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 POLITICA 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 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 verificación del Talento Humano fue la correcta

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

Continuar realizando Verificación del Talento Humano

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: Yuccina Isarama

- 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: 320 634 9332

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: 3			
Fecha:	13	Mayo	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 Lamperina **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:** Edinson Isarama Gonzales **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 311 626 0548		
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 UCA de atención a la Primera infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de Talento Humano

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?			V
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

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?			✓

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 verificación del Talento Humano fue la correcta.

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

Continuar realizando la verificación de Talento Humano

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios:_____

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: No registro
- 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: 3			
Fecha:	11	Mayo	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): Educación inicial Campesina **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** San Jose **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** San Jose	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yineth melissa Perea Palacios **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 300 876 1933		
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 UCP de atención a la Primera Infancia Propia intercultural.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de Talento Humano

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

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 si pudo evidenciar que la verificación del talento humano.

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

Continuar verificando la verificación del Talento Humano

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: Yuleth Fabiana Robledo

- 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: 300 876 193

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: ____			
Fecha:	DIA	MES	AÑO
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:** 2700433202 6		
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:** Peña **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** 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): 47 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 47			

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

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

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

Continuar realizando la verificación de Talento Humano

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: Milsion 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: 321 692 9039

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: ____			
Fecha:	12	Mayo	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): Educación 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:** Maria Danny Palacios Palacios **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3178to 103		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 19 **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:	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 UCA de atención a la Primera infancia Propia Intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de Talento Humano

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 POLITICA 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

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 Si Pudo evidenciar que la verificación de Talento Humano fue la correcta

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

Continuar realizando la verificación de Talento Humano

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: Wallely Salas

- 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: 321 214 9385

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: 3			
Fecha:	11	Mayo	2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Chocó 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): Educación inicial Lumbisina **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Alto Bebaroma **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Alto Bebaroma	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Iraima Rentria Palomino **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3137181064		
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:	Alto Bebaroma
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 Propia Intercultural.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de Talento Humano
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

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 verificación del Talento Humano.

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

Continuar realizando la verificación del talento Humano

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 Bailarin

- 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: 313 853 5937

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: 3			
Fecha:	14	mayo	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:** 2700 0332026		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial / Canforino	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Aridy Lucia Mosquera		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Bebaraima	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 312 670 2637		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Bebaraima			
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:	Bebaraima
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 una de atención a la Primera infancia Propia intercultural
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación de Talento Humano

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 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 Si Pudo evidenciar que la verificación del Talento Humano

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

Continuar realizando la verificación de Talento Humano

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: Nelly Sulg 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: 322 680 4674

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: 3		
Fecha:	DÍA 14 MES mayo AÑO 2026	
Regional/Departamento: Chocó	**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 campesina	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(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):** 3147454918	
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 una atencion de calidad
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar Virificacion y Control del talento humano.

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

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

	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.			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 3 de 4

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?			✓
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?			✓
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?			✓

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

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:

No se evidenciaron situaciones adicionales a los temas de verificación

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

No hay recomendaciones, se evidencio 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: Laura Maytheth Mena Mosquera
- 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: 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: 3			
Fecha:	DÍA 15	MES mayo	AÑO 2026
Regional/Departamento: Chocó	**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 comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Osiris Romaña Cordoba		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Auro Buey	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3148975525		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Auro Buey			
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:** 18			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Medio Atrato - Auro 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 del talento humano

Procedimiento sugerido para la visita:

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda

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

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

4. 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
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

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.

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?			✓
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:

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 Lonampia
- 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: 3017977374

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: 3		
Fecha:	DÍA: 13 MES: mayo AÑO: 2026	
Regional/Departamento: Chocó	**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 comunitaria(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	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3204794587 0	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Vuelta 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 - 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 galantizar una atencion de Calidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control del talento humano

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

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

	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.			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 3 de 4

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
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

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

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:

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

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 Perea Quiño
- 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: 327 587 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: 3		
Fecha:	DIA 11 MES mayo	AÑO 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 campesina	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Gloria Hinotroza Hurtado	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Bete **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Bete	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 310 40 63 617	
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 visita 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 del talento humano

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

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

	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).			✓
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.			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 3 de 4

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
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

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

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.

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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, atención adecuada.

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: 322 6705205

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: 3			
Fecha:	13	05	2026
Regional/Departamento: Chocó	Municipio: Medio Atrato		
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: fundacion Choco Sana		
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: Lesty palomino Renteria		
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): 3215527689		
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 dia 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 una atencion de calidad.
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar verificacion y control del talento humano.

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?			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

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, atención adecuada.

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 Ulea Rubiano
- 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: 301 730 7727

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: 3		
Fecha:	12 / 05 / 2026	
Regional/Departamento: Choco	Municipio: Medio Atrato	
Centro zonal: Quibdó	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: fundacion choco saigl	
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: 2700433 2026	
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 Mosquera	
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): 378 640 6470	
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 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 del talento humano

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?			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

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?			✓
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 atención adecuada.

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: Marlcela Cunumpia
- 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: 3044330664

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.

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 3

FECHA: DÍA 13 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 2:00 Pm

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

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencio que la EAS y el talento humano, cumplen con los criterios de verificación.

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	integrante del Comité	vigencia del Contrato
informar a la EAS ante un posible incumplimiento	Presidente 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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Chila Perea Quiro	Presidente
Adela Amagara Panoso	Secretario
Celina Perea Quiro	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 2

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 13 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 4:30 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control Social de Paso Salado, Se reunieron en la fecha anteriormente mencionada, para evaluar el Proceso de verificación de talento humano, dandole Cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, Se evidencio que la EAS y el talento humano Cumplen con los criterios de verificacion.

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.	Presidente 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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Viconta Vleg Rubiano	Prendente
Leidy Perea Dogart	Secretaria
Nilia Lana	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 2

ACTA DE REUNIÓN N. 3

FECHA: DÍA 15 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 5:00 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control Social de Auro Buey, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada, para evaluar el proceso de verificación de talento humano, dandole cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencio que la ENS y el talento humano cumplen con los criterios de verificación.

Se le agradece a la ENS por su compromiso y cumplimiento

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

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Leyda Perea Cunampia	Presidente
Agustina Kiro Chaverra	Secretaria
Isabelina Conde Amagara	Integrante

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 2

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 14 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 5:30 Pm

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

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencio que la EAS y el talento humano cumplen con los criterios de verificacion.

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 comite	Vigencia del Contrato
Informar a La EAS ante un posible incumplimiento	Presidente 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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Zavra Marteth Mena	Presidente
Sulia Maria Caicedo	Secretaria
Anlly Rivas Rentamña	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 2

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 11 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 4:30 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 Proceso de verificación de talento humano, dandole cumplimiento a las funciones de cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidenció que la EAS y el talento humano cumplen con los criterios de verificacion.

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 comite	Vigencia del Contrato
Informar a la EAS ante un Posible incumplimiento	Presidente 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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Yamileth Moya	Presidente
Maria Mirladys Palacios	Secretaria
Olivia 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 2

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 13 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 5:00 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control Social de Guadualito, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada, para evaluar el proceso de verificación de talento humano, dandole cumplimiento a los funciones de cada uno de los integrantes

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencio que la EAS y el talento humano cumplen con los criterios de verificación.

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	Presidente del Comite	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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Maricela Cunampio	Presidente
maria Paola olea	Secretaria
Lucgrina Dumata	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.

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

VEEDURIA CIUDADANA

Operador contratista

FUNDCHOSO

FUNDACIÓN CHOCÓ SOCIAL
NIT: 900231743 - 1
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA 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	04/08/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: 2		
Fecha:	11	Mayo 2026
Regional/Departamento: Chocó	**Municipio:** Medio Atrato	
Centro zonal: Quibdó	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** fundación chocó 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:** 27004337026	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Educación inicial campesina	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Gloria Ynestroza Hurtado.	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Medio Atrato (Bete)	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3104063611	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Medio Atrato (Bete)		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 11 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 11		

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 control social a la UCA de atencion a la primera infancia de manera permanente
Propósito o finalidad de la visita:	verificar el cumplimiento del talento humano

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?			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

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.

186

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 evidencian temas adicionales a los verificados.

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

No hay recomendaciones, atención adecuada.

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: Arleicy 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: 321 692 9054

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 2

FECHA: DÍA 11 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 9: 9 a.m.

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de veeduria ciudadana de los corregimientos de Medio Atrato, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para evaluar el proceso de verificacion de talento humano en la unidades de servicio y el cumplimiento de las funciones asignadas a cada uno de los integrantes.

Luego de haber realizado el proceso de verificación, se evidencio que la EAS y el talento humano, cumplen con los criterios de verificacion, el talento humano ejerce sus labores bajo los parametros contractuales.

Todos los integrantes del comité de veeduria ciudadana participamos de esta reunion y proceso de verificación, la EAS cumpliendo con los compromisos y mostrando un buen ejercio de la gecucion del Programa de primera infancia.

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir cabalmente con el rol asignado	integrantes del Comité	Vigencia del Contrato
informar oportunamente a la EAS sobre un Posible Incumplimiento	Presidente 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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).
Arleicy Salas Blandon	Presidente
Sulia martinez menca	Secretaria
Nuris chaverra	integrante
Maria leonide Mota	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 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA _____ **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** _____

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de la Perla, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para el resultado del Proceso de Verificación del Talento Humano 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 cumplan con el Criterio de verificación evaluado, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo cohesivente con lo anterior se recomienda a la EAS y su talento humano continuar con la buena Prestación del servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social Participamos de esta reunión y el Proceso de Verificación del Talento humano, 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 del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del servicio	Integrantes del comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Continuar realizando un Control Social de Calidad	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Participar en las actividades Programadas Por el Comité de Control Social.	Integrantes del comité de control Social	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 2

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Jinneth J. Palma Palma	integrante
Mayerlin Palma acosta	Secretaria
Melisson martinez Cordoba	Presidente

PÚBLICO

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 3

FECHA: DÍA 11 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 2:30 pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de Alto Bebarama, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para el resultado del Proceso de Verificación del Talento Humano 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 los EAS y su talento humano cumplan con el Criterio de verificación evaluado, mostrando buena disposición al momento de recibirse la visita, siendo Coherente con lo anterior se recomienda a la EAS y su talento humano continuar con la buena Prestación del servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control social Participamos de esta reunión y el Proceso de verificación del talento humano, cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando el Compromiso por la realización de un adecuado ejercicio de Verificación de Control Social.

Nos 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 del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	integrantes del Comité de Control social	Vigencia del Contrato
Continuar realizando un Control Social de Calidad.	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Participar en las actividades Programadas Por el Comité de Control social.	Integrante del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato

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	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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Rocio Bailarin Bailarin	Presidenta
Dalia Domica Bailarin	Secretaria
Alba Lucia Bailarin mayora	Integrante

PÚBLICO

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 3

FECHA: DÍA 13 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 9:30AM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del comité de control social de la UCA de Bebarasito, Se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para el resultado del Proceso de verificación del Talento Humano 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 las EAS y su talento humano cumplan con el criterio de verificación evaluado mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, Siendo calificadas con lo anterior Se recomienda a la EAS y su talento humano continuar con la buena prestación del Servicio.

Todos los integrantes del comité de control social participamos de esta reunión y el Proceso de verificación del talento humano, Cumpliendo con las funciones asignadas y mostrando buena disposición 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 del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Participación del servicio	Integrantes del comité de control social	Vigencia del Contrato
Continuar realizando un control social de Calidad.	Integrantes del comité de control social	Vigencia del Contrato
Participar en las actividades Programadas Por el comité de Control social.	Integrante del comité de Control social	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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Sandra Milena Siniguí Ballarín	Presidenta
Doralba Sapia	Secretaria
Delia Ballarín Jumi	Participante

PÚBLICO

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 3

FECHA: DÍA 11 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 3:25 PM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de San José, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para el resultado del Proceso de verificación del Talento Humano 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 EPS y su talento humano cumplan con el criterio de verificación evaluado. mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo colaborantes con lo anterior se recomienda a la EAS y su talento humano continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social Participamos de esta reunión y el Proceso de verificación del talento humano, 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 del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Continuar realizando un Control Social de calidad.	Integrantes de Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Participar en las actividades Programadas Por el Comité de Control Social.	Integrantes del Comité de Control Social	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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Yuliath Tatiana Robledo moya	
Dalid Amagara flaco	
Omaira Achito Flaco	

PÚBLICA

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 2

ACTA DE REUNIÓN N 3

FECHA: DÍA 12 **MES** mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 10:20 AM

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de Bebara, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para el resultado del Proceso de Verificación del talento humano 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 las CAS y su talento humano Cumplen con el Criterio de verificación evaluado, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Coherentes con lo anterior se recomienda a las CAS y su talento humano Continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos Los integrantes del Comité de Control Social Participamos de esta reunión y el Proceso de Verificación del talento humano, Cumplimos 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 del Contrato
Informar oportunamente a la CAS ante un Posible Incumplimiento en la Participación del Servicio.	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Continuar realizando un Control Social de Calidad.	Integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Participar en las actividades Programadas por el Comité de Control Social.	Integrantes del Comité de Control Social	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.

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
Wallely Salas Blandon	Presidente
Yulissa Dayana Ballesteros	Secretaria
Lina marcela Duque monsalve	Participante

PÚBLICO

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 3

FECHA: DÍA 15 **MES** Mayo **AÑO:** 2026 **HORARIO:** 9:35 Pm

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: Los integrantes del Comité de Control Social de la UCA de Chirinchao, se reunieron en la fecha anteriormente mencionada para el resultado del Proceso de verificación del talento humano 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 evaluado, mostrando buena disposición al momento de recibir la visita, siendo Chirivientos con la autorización recomendada a las EAS y su talento humano continuar con la buena Prestación del Servicio.

Todos los integrantes del Comité de Control Social Participamos de esta reunión y el Proceso de verificación del talento humano, 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 Labalmente con el rol asignado.	integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Informar oportunamente a la EAS ante un Posible incumplimiento en la Prestación del Servicio.	integrantes del Comité de Control Social	Vigencia del Contrato
Continuar realizando un Control Social de Calidad.	integrantes del Comité de Control Social.	Vigencia del Contrato
Participar en las actividades Programadas Por el Comité de Control Social	integrantes del Comité de Control Social.	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.