

 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°: <u>2</u>			
Fecha:	<u>3</u>	<u>Marzo</u>	<u>2026</u>
Regional/Departamento:	<u>Meta</u>	Municipio:	<u>Villavicencio</u>
Centro zonal:	<u>1</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:	<u>Asociación Porfia 3.</u>
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):		Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:	<u>50006532024</u>
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):		Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:	<u>Sandra Patricia beltran</u>
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	<u>Famy Dejando Huellas</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):	<u>3115390568</u>
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:	<u>CL 20-11-47 B. Camelias</u>		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Se hace la visita que todo este en buen estado.</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>Se revisan todos los productos con las fechas byentes.</u>
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 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.

 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

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).	SI		
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).	SI		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	SI		
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).	SI		
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).	SI		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	SI		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	SI		
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?	SI		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	SI		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	SI		
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)			N/A

¡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.



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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

SI

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 (Talentos Humanos) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?

SI

B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?

SI

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?

SI

B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?

SI

C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?

SI

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?

SI

E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?

SI

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?

SI

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?

SI

**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?

SI

B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?

SI

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?

SI

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentran al alcance de las niñas y los niños?

SI

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

SI

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?

SI

¡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.



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?

SI

B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?

SI

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).

SI

D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?

SI

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

SI

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:

esto todo en un buen estado. cumple con lo estipulado por ICBF.

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Chantre Vargas Liby Jhoana

¡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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 5 de 4

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Cristiandavidc680@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 311 8512632

PÚBLICA

¡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.

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

VERIFICACIÓN N°: _____			
Fecha:	DÍA	MES	AÑO
		Marzo	2026.
Regional/Departamento: META.	Municipio: Villavieja		
Centro zonal: #1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: HCB PORFIA 3.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 50006532024.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami Bienvenir	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Dery Alexandra Herrera.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: FRESITAS.	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3214991749.		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 6 #28/25/27 Comuneros			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 13 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 13.			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	FAMI FRESITAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	OFRECER CALIDAD EN EL SERVICIO PRESTADO A LAS FAMILIAS PARTICIPANTES PROMOVRIENDO Y CUMPLIENDO CON LO REQUERIDO A LA VEZ QUE CUIDAMOS SUS DERECHOS
Propósito o finalidad de la visita:	GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SERVICIO QUE SE PRESTA A LAS FAMILIAS PARTICIPANTES CON AYUDA DE LOS RECURSOS QUE SE PROVEEN POR MEDIO DE ICBF
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 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

 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

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).			N/A
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 "maquilladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	SI		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda) Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	SI		
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).	SI		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	SI		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?		NO	
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?	SI		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignados a la unidad?	SI		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	SI		
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?			N/A
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			

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

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

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

personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os) directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	SI		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	SI		
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?	SI		
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?	SI		
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?	SI		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?		NO	
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. <i>*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.</i>			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	SI		
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? <i>*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.</i>	SI		
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?			N/A
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	SI		Literatura inf. no se poseen
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.			Juguetes materiales exp.
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?			N/A
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	SI		
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?	SI		
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 otros 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.			

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

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

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

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	Si		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	Si		
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).		NO	
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			N/A
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	Si		

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 evidencia situacion adicional en la visita

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yaly Marcela Tenorio
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: yalyruiz93@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3102982687

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

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

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

VERIFICACIÓN N°: <u>02</u>			
Fecha:	05	MARZO	2026
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio		
Centro zonal: Uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: ASOCIACIÓN POR FÍA TRES		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMI	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 500016532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: ALIX ANDREA SANCHEZ GARCIA		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: GOTICAS DE AMOR	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3156144398		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 30 No. 26-09 B. Porvenir			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	HCB FAMI BIENVENIR GOTICAS DE AMOR
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar la calidad de los productos incluidos dentro del RPP, de igualmente el talento humano, dotación, mobiliario y planeación.
Propósito o finalidad de la visita:	Dar cumplimiento de lo establecido en el manual operativo con relación a la minuta para garantizar de esta forma el bienestar de las familias.
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!

Controlar cómo imprimir de este documento en consolas como CUBA NO CONTROLADA

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F4 G23 PP

04/05/2022

Versión 1

Página 3 de 4

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

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?

X

**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?

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 encuentran 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 otros lugares donde no se brinda la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

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

Prohibido hacer fotocopias de este documento sin autorización expresa. TODAS LAS FOTOCOPIAS SON ILÍCITAS.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F4 G23 PP

04/08/2022

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

Versión 1

Página 4 de 4

A. ¿La unidad donde se atiende a los usuarios y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X	
B. ¿La unidad donde se atiende a los usuarios y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X	
C. ¿La unidad donde se atiende a los usuarios y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de los niños 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?		N/D
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 verificación de los complementos nutricional (RPP) se identificó que se encuentran en buen estado con las fechas de vencimiento al día, todo debidamente rotulado y completo.

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

Durante la visita por el comité de Control Social, no se dejó ninguna observación.

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: Natalia Pérez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: natalia.perez51@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 311 227.9933

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

 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	1 Página de 4

VERIFICACIÓN N°: <u>2</u>			
Fecha:	<u>3</u>	<u>Marzo</u>	<u>2026</u>
Regional/Departamento: <u>UNO</u>	Municipio: <u>Villavieja</u>		
Centro zonal: <u>UNO</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Asociación Porfiria 3</u>		
Modalidad de atención (Institucional, comunitaria, familiar o propia e Intercultural): <u>Familiar</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>50006532024</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>HCB FAMI</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Dellaneth Morea</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>HCB FAMI MANITO CREATIVAS</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3204521569</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>CALLE 27 S A 41</u> <u>Villa del Sol</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>12</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>8</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>Comite de Control Social y Vigilancia UDS HCB FAMI MANITO CREATIVAS</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Verificar e inspeccionar los RPP</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>Reasar que el paquete Nutricional este acorde a la minuta</u>
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 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.

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a esta 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)	SI		
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)	SI		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	SI		
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)	SI		
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)	SI		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	SI		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	SI		
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?	SI		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?			No aplica
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	SI		
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?			No aplica
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)			

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

 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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio			No aplica
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 (Talentos Humanos) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	SI		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	SI		
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?	SI		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	SI		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	SI		
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?	SI		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	SI		
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. <i>*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.</i>			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	SI		
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? <i>*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.</i>	SI		
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?			No aplica
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	SI		
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?	SI		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	SI		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	SI		
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?	SI		
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 otros 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.			

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

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

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

iluminación?	SI		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
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).			No aplica
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	SI		
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI		

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:

Al momento de Realizar el Control Social no se evidencia ninguna Novedad con los RPP

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

La Visita de Control Social se continuará realizando mes a mes en la UDS HCB FAMI MANITAS CREATIVAS

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Angela Penagos
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: eliam7229123@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3227413714

¡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.

INFORME REGISTRO FOTOGRAFICO DE CONTROL SOCIAL

CONTRATO 50006532024

UNIDAD DE SERVICIO: HCB FAMI MANITAS CREATIVAS

MADRE COMUNITARIA:DELLANETH MORERA

FECHA: 3/03/2026

ACTIVIDAD: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DEL CONTROL SOCIAL



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

VERIFICACIÓN N° _____			
Fecha:	03	MARZO	2026
Regional/Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO - VILLAVICENCIO	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: ASOCIACION PORFIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): COMUNITARIA	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: RAYITO DE LUNA Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>CARRERA 18 A 25 A 90 CALLE 25 D 18 33 DOS MIL</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3118552999		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): _____ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: _____			



Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	HOGAR RAYITO DE LUNA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA
Propósito o finalidad de la visita:	REVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 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 PRÁCTICOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL COMFIA LA LEY 1712 DE 2012.



PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN
FORMATO VERIFICACION Y REPORTE SOBRE EL
CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA
INFANCIA

F4.G21.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)		Marquen con una X según la respuesta que corresponda	
		SI	NO
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)			NO APLICA
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 mohos, entre otros)			NO APLICA
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			NO APLICA
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 gramo/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio)	SI		
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, mohos, entre otros)	SI		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	SI		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestanna) en la cantidad correspondiente?	SI		
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?	SI		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	SI		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	SI		
D. En caso que los usuarios pertenecían 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)			
NO APLICA			

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

Copyright 2022. Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad de la Corporación Bienestar Familiar. Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del IBF y a la Ley 1581 de 2012.

Powered by CamScanner



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

directos) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
A. ¿El personal (talento humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	SI		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	SI		
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?	SI		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	SI		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños aprendan y exploren?	SI		
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?	SI		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	SI		
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. <i>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.</i>			
A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	SI		
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? <i>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.</i>	SI		
C. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participe de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NO APLICA
D. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	SI		
E. <u>Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el aprendizaje de las niñas y los niños.</u>	SI		
F. ¿Los juguetes, libros, literatura infantil y demás elementos pedagógicos se encuentra a la altura de las niñas y los niños?	SI		
G. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	SI		
H. 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?	SI		

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

Este documento fue elaborado por el equipo de control social de la Unidad de Servicios de Primera Infancia, en cumplimiento de la Ley 1098 de 2008 y la Ley 1801 de 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCION Y PREVENCIÓN	F. 623.PP	04/08/2022
	FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	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 otros lugares donde no se brinda 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?	SI		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
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)	SI		
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	SI		
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI		

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:

SIN NOVEDAD

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

SIN NOVEDAD

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: DANIA CONSTANZA MATIAS PATINO

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

Este es un documento de uso interno de la Corporación Colombiana de Control Social (CCS) y no debe ser publicado ni distribuido fuera de la institución. LOS DATOS PERSONALES SON TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CCS Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F4 G23 PP

04/08/202

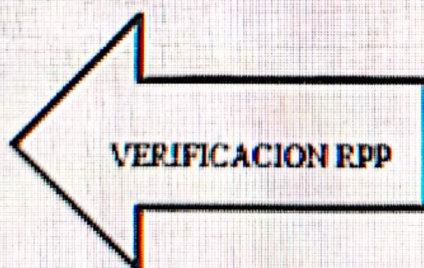
Versión 1

Página 5 de

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____

Número Celular y/o fijo: 3132640557

REGISTRO FOTOGRAFICO:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Realizar control <u>social</u> el próximo mes.	Comité de control social Responsable UDS	MARZO 2025

 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°: <u>2.</u>			
Fecha:	<u>03</u>	<u>03</u>	<u>2026.</u>
Regional/Departamento: <u>Meta</u>	Municipio: <u>Villavicencio.</u>		
Centro zonal: <u>uno</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>Asociación Hec. portia 3.</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>Familiar.</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: <u>50006532024.</u>		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>Fami</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Sully Gutierrez.</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>la alegría de vivir.</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3203832497.</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>Sector 2 Manzana 21</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u> .			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>la alegría de vivir.</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>Revisar fechas de los complementos.</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>Que los complementos vengon limpios y organizados</u>
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F4.G23.PP

04/08/2022

Versión 1

Página 2 de 4

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN
VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)

Marque con una X según la
respuesta que corresponda

SI

NO

No se está haciendo
control social a este
tema o no aplica

1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).

✓

B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).

✓

C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?

✓

2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).

✓

B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).

✓

C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?

✓

D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?

✓

3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?

✓

B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?

✓

C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?

✓

D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad?

✓

Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F4 G23 PP

04/08/2022

Versión 1

Página 3 de 4

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

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 (Talentos Humanos) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?
- B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?

5. **DOTACIÓN:** si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

- A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?
- B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?
- C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?
- D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?
- E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?

6. **ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS:** si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.

**Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.*

- A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?
- B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños?
**Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.*
- A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?
- B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?
- C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.
- D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?
- E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?
- 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 otros 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.

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Carolina Bayona.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 305 254 1593.

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

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

VERIFICACIÓN N°: _____			
Fecha:	3	MARZO	2020
Regional/Departamento: meta	Municipio: villavicencio		
Centro zonal: uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		
Familiar	50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:		
__fami- bienvenir _____	__lizeth Viviana sanchez_____		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):		
__la casita de Mickey mouse_____	__3041159897_____		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: __calle17sur 10-34 villa melida__			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): __15__ y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: __3__			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	COMITE DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL HOGAR CON MODALIDAD FAMILIAR LA CASITA DE MICKEY MOUSE.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR Y COMPROBAR QUE TODOS LOS R.P.P. ESTEN COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO.
Propósito o finalidad de la visita:	REALIZAR LA INSPECCION Y VERIFICACION DE LA MINUTA DEL MES DE MARZO.
Procedimiento sugerido para la visita: <ol style="list-style-type: none"> 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



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

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).

SI

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).

SI

C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?

SI

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).

SI

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).

SI

C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?

SI

D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?

SI

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?

SI

B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?

SI

C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?

SI

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.

NO
APLICA

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.

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

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

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

A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	SI		
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	SI		
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?	SI		
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	SI		
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	SI		
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?	SI		
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	SI		
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?	SI		
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.	SI		
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?			NO APLICA.
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	SI		
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.	SI		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	SI		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	SI		
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?	SI		
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?	SI		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
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).		NO	

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

D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			NO APLICA
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI		

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:

SE REALIZA LA VISITA Y SE OBSERVA QUE LOS COMPLEMENTOS ESTEN COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO. EL HOGAR ESTA ORDENADO Y ASCADO.

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

CONTINUAR REALIZANDO EL CONTROL SOCIAL DENTRO DE LA UNIDAD DE SERVICIO DE LA MODALIDAD FAMB-BIENVENIR LA CASITA DE MICKEL MOUSE.

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 las visitas:

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

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

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: KATHERINE CHARRY
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Numero de celular y/o fijo: 312 359 6931
- _____
- _____



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

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

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

VERIFICACIÓN N°: _____			
Fecha: 3-03-2026	3	Marzo	2026
Regional/Departamento:	Municipio:		
Centro zonal: UNO	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Villavicencio		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Porfia 3		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Yersy Marcela Gomez		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LAS BELLAS	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3134126249		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 1			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 1			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	comite de control social UDS LAS BELLAS.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar observar que la atención se este prestando
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar el complemento nutricional este de acuerdo a la minuta.
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.

	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

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).			NO aplica
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).			NO aplica
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			NO aplica
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).	SI		
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).	SI		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	SI		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	SI		
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?	SI		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?		NO	
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	SI		
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)			NO aplica.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

NO aplica

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?

SI

B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?

SI

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?

SI

B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?

SI

C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?

SI

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?

SI

E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?

NO

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?

SI

***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?

NO

B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?

SI

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.

SI

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?

SI

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

SI

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?

SI

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

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

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	Si		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	Si		
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).			NO aplica
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	Si		
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	Si		

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:

Se realiza la revisión del RPP se encuentra en buen estado organizado y con fechas vigentes.

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

continuar las visita inpección dentro de la unidad las Bellas mes a mes.

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: Heidi Alexandra Becerra
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 313 235 2227
- Número Celular y/o fijo: _____

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





PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F4.G23 PP

04/08/2022

Versión 1

Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: 01

Fecha:	<u>03</u>	<u>Marzo</u>	<u>2026</u>
Regional/Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: PORFIA TRES		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): MEDIO TIEMPO Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LOS CHIQUITINES Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 39#18B58	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: ADRIANA NIETO CUBILLOS Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3135920309		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	FAMI LOS CHIQUITINES
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	el objetivo es verificar para de mejor calidad al programa y servicio de la uds.
Propósito o finalidad de la visita:	dar informe de lo encontrado y estar apoyando.
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).	SI			
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).	SI			
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	SI			
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).	SI			
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).	SI			
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	SI			
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?				N/A
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?	SI			
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	SI			
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	SI			
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)				N/A



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

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.

A. ¿El personal (Talentos Humanos) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?

SI

B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?

SI

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?

SI

B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?

SI

C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?

SI

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?

SI

E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?

SI

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?

SI

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.*

SI

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?

N/A

B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?

SI

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?

SI

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?

SI

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

SI

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?

SI

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 otros 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.



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

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
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).		NO	
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			N/A
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI		

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:

la Profe tenía todo en orden
y listo para la entrega, fue ordenada
en la reunión y dio un tema.

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

Ninguna
seguir siempre lo mismo con todo
lo exigido por el ICBT. Gracias.

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: Dina Lorena Silva Medina
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: dina.medina.515@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3222495579



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

VERIFICACIÓN N°: <u>02</u>			
Fecha:	<u>03</u>	<u>MARZO</u>	<u>2026</u>
Regional/Departamento: <u>META</u>	Municipio: <u>VILLAVICENCIO</u>		
Centro zonal: <u>1</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>ASOCIACION PORFIA 3.</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): <u>FAMILIAR</u>	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): <u>FAMILIAR</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>LEYDY SHOANA TORRES</u>		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>LOS GIRASOLES</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3123409048</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>CALLE 39A 7C EL MANANTIAL</u>			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): <u>15</u> y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: <u>15</u>			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	<u>LOS GIRASOLES.</u>
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	<u>VERIFICAR QUE LA APP DEL MES SE ENCUENTRE ACORDE PARA LA ENTREGA</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO A LA ENTREGA DE LA APP CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO.</u>
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.

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

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

iAntes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F4.G23.PP

04/08/2022

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

Versión 1

Página 3 de 4

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.

A. ¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?

B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?

5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A. ¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?

B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?

C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?

D. ¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?

E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?

6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.

***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

A. ¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?

B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños?
***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.**

A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?

B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?

C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

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 otros 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.**

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



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

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

SE REALIZO LA VERIFICACION DE LA RPP DEL MES DE MARZO SE ENCUENTRAN LOS 15 COMPLEMENTOS EN MUY BUEN ESTADO PARA LA ENTREGA. LA FRUTA SE ENCONTRÓ EN MUY BUEN ESTADO.

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

MÁS QUE RECOMENDACIONES, LAS GRACIAS COMO CONTROL SOCIAL POR LA FRUTA QUE NOS TRAJERON EN MUY BUEN ESTADO

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: JEIMY ALEXANDRA QUIROGA CORTES
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: QUIROGAJEIMY443@GMAIL.COM
- Número Celular y/o fijo: 3222387740

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



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°: _____

Fecha:	04	Marzo	2026
Regional/Departamento: meta	Municipio: Villavicencio		
Centro zonal: uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: asociación porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami bienvenir	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI HUELLITA	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3133779941		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CR 34 N 23-67 SAN BENITO			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL MI HUELLITA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Asegurar el cumplimiento, la calidad y la permanencia de la entrega de RPP y la realización del encuentro grupal con el fin de garantizar un buen servicio del programa.
Propósito o finalidad de la visita:	Garantizar que los recursos y actividades, planificados lleguen de manera efectiva a los participantes.
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.



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

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).

SI

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).

SI

C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?

SI

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).

SI

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).

SI

C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?

SI

D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?

NO APLICA

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?

SI

B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?

SI

C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?

SI

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?

N/A

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)

¡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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F4.G23.PP

04/08/2022

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

Versión 1

Página 3 de 4

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.

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?

Si

B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?

Si

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?

Si

B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?

Si

C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?

Si

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?

Si

E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?

Si

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?

Si

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.*

Si

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?

N/A

B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?

Si

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.

Si

D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?

Si

E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?

Si

F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y emociones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?

Si

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 otros 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.

¡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.



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

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI	
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI	
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).	NO	
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?		13/11
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	SI	

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:

Ninguna

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

Ninguna

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: Tania Vozar M
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Taniadata@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3133688169

¡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.