

	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).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			
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?			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			

¡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

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?	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. <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?	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? <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>	X		
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NO APLICA
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. NOTA: solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			

¡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 4 de 4

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X	
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X	
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		X
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?		NO APLIC2
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:

Se realiza la entrega del complemento identificando que se entregó todo completo y en buen estado.

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

Recuerde entregar documentación que pide que estén devuendo, y realizar el seguimiento al siguiente mes (mayo).

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: Derlyth Lora Thome
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: midilyth-03@hotmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3008484996

¡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 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: <u>4</u>			
Fecha: <u>16-ABRIL</u>	DIA <u>16</u>	MES <u>04/</u>	AÑO <u>2022</u>
Regional/Departamento: <u>HERP.</u>	Municipio: <u>YCU.</u>		
Centro zonal: <u>UNO</u>	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: <u>POFID TRES</u>		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		
<u>HCB. Familiar medio tiempo</u>	<u>2000.653.2024</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>HCB. Familiar FAMILIA</u>	<u>Nelson Moreno Condori</u>		
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):		
<u>MULTI ESTACION</u>	<u>3219964457</u>		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>16# VUBIGUJUN</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>MULTI ESTACION</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>elaboración organizando la actividad para el día sábado.</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>que firmen los planes donde se elabora de cada uno.</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.

	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
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?			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?	✓		
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?			NO
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.

 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 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. <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?			
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>	✓		
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?	✓		
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?	✓		

¡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 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 brinde la atención a las usuarias(os). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Observé a los participantes tomar fotos sobre el proceso, que al momento de reportar al RPI todas las cosas control social cumplen con su población y el grupo un buen lavado de manos antes del ingreso del RPI.

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

Seguir asistiendo fuer los Documentos al día me enfoco en el Silbo la buen recuerdo

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

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

Leidy Quinto

¡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: Jara 96670.mal.com.
- Número Celular y/o fijo: 3244721768



¡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	04/03/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN N°: _____	
Fecha: <u>Abril 7 - 2026</u>	<u>7</u> <u>Abril</u> <u>2026</u>
Regional/Departamento: <u>Meta</u>	Municipio: <u>Villavicencio</u>
Centro zonal: <u>Villavicencio</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): <u>Fami. Bienvenir</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>Medio tiempo</u>	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: <u>Diana Nohora Riveros Gomez</u>
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: <u>Renacer</u>	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): <u>3138743661</u>
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: <u>17226 Cs 22 B.</u> <u>Reliquia Villavicencio</u>	
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:	<u>Andrea Avila Nustes</u> <u>Brilly Juliana Cruz Cortes</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>Hacer la Verificación de paquetes nutricionales</u>
Propósito o finalidad de la visita:	<u>Hacer el video del control social.</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. 	



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 (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 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.

¡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).

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)

No aplica

¡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 LA LEY 1712 DE 2014.



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?			
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:

Todos los productos se encontraban en buen estado y acorde a lo estipulado en la minuta.

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: Diana Ovila Restes
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Andreavila048@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3014244066

¡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.

FOTOS DE CONTROL SOCIAL DE ABRIL 2026



 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:	7	Abril	2026
Regional/Departamento:	Meta		
Centro zonal:	1		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	Municipio: Villavicencio		
Hcb Bienvenir	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):	Asociación porfia 3.		
familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:	5006532024		
Semillitas	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:	Ana Yeimy Cruz		
R2-103 casa 18. Bettr	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):		
	3053066315		
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: 8			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Nayeli Mendoza Gracia
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	La namita veedora realiza la socialización y revisión de las minutas entregadas a los participantes.
Propósito o finalidad de la visita:	que las familias participantes cumplan con los horarios establecidos para la entrega.
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 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!

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.

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?

¡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 INSTITUTO VENEZOLANO DEL NIÑO

 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

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

A. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	✓		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	✓		
C. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).			No aplica
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:

Se realiza dialogo con los participantes sobre la importancia de manejar adecuadamente las minutas entregadas para su alimentación sin realiza ventas de ellas. porque es para el consumo de las mamitas gestantes y lactantes tambien se les recomienda de no realizar ventas de la Bienestarina.

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

Se le hace la recomendación a las usuarias de mantener la papeleria al día. cada vez que se asista al control medico tanto de la mamita gestantes como los bebes.

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: Ana Geimy Cruz

¡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	Página 5 de 4

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: na4egracioo@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3142804229



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:	07	04	2026
Regional/Departamento:	Municipio:		
Centro zonal: Uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:		
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	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Gorantly Correa R		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Suenos Infantiles	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3133778039		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: 17254 CS 27 la madre			
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:	Suenos Infantiles
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Organización del mercado y carpetas.
Propósito o finalidad de la visita:	Tener en orden el material de la carpeta.
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).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	X		
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?	X		
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).		X	
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	X		
3. COBERTURA Y ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, MUJERES GESTANTES: se refiere a la atención de niñas, niños y mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la presencia de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.			
A. ¿El número de niñas y niños presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias(os) asignados a la unidad?	X		
B. ¿El número de mujeres gestantes presentes en el momento de la visita corresponde al número de usuarias asignadas a la unidad?	X		
C. ¿La atención a niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias se brinda considerando las características propias del territorio y la comunidad?	X		
D. En caso que los usuarios pertenezcan mayoritariamente a un grupo étnico ¿Los espacios y tiempos para brindar la atención a las niñas, los niños, las mujeres en gestación y sus familias fueron concertados con la comunidad? Es posible (i) averiguar esta información con las y los usuarios de los servicios que puedan aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad, y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)	X		

¡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.

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

X		
---	--	--

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

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

X		
X		

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

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

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

X		
X		

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

	X	
--	---	--

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

X		
---	--	--

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

X		
---	--	--

- D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se 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!

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

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: Karolabs Paula Viloria de la Cruz
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: ViloriaV413@a Gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3108634648

¡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 2021...

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

VERIFICACIÓN N°: 2			
Fecha:	7	ABRIL	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 comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita: LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: TRAVESURAS	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3144821675		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 20C# 22 34			
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:	
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	
Propósito o finalidad de la visita:	
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!

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	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!

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	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 (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?			

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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	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?			
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: ERIKA ISABEL ROJAS CASCAVITA

¡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.

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA</p>	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: _____

Número Celular y/o fijo: 3114493158

REGISTRO FOTOGRAFICO:



¡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 6 de 4

Compromisos / tareas		
Responsables		Fechas
Realizar control social el próximo mes.		
Comité de control social		
Responsable UDS		

¡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.



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3



NIT.800.143.122-6

Resolución Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1999

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3 CONTRATO: 5000653 2024	UDS: ALEJANDRO
HORA: 2PM	FECHA: 8-9-04-2026
LUGAR: calle 8 N. 28-73-COMUNEROS	TEMA: SALUD FISICA CONMEMORACION DIA DEL AUTISMO
POBLACIÓN OBJETO: MADRES GESTANTES, LACTANTES, NIÑOS Y NIÑAS D 0 A 5MES Y 29 DIAS	
OBJETIVO:	REALIZAR CONVERSATORIO CON LOS PARTICIPANTES ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE APRENDER A VIVIR EN COMUNIDAD
AGENDA: 1. Saludo 2. Presentación del tema 3. Desarrollo de la actividad 4. varios	
DESARROLLO: CON LA AYUDA DE UNA CARTELERA Y LA PARTICIPACION DE CADA UNA DE LAS PARTICIPANTES, VIMOS LA IMPORTANCIA DE TENER ENCUENTA QUE ES EL AUTISMO Y SU FORMA DE DARLO Y LOS CUIDADOS NECESARIO. COMO TAMBIEN LA IMPORTANCIA DE CONOCER CUANDO MANEJAMOS UNA BUENA SALUD FISICA- REALISAMOS UNA DINAMICA CON LA PARTICIPACION DE LAS PARTICIPANTES SEGUIDAMENTE SE EXPLIARON LOS TEMAS TENIENDO ENCUENTA LAS PAUSAS ACTIVAS.	



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



Eviendecias Fotograficas:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
MADRE COMUNITARIA	CARGO	FIRMA
ROCIO ALMANZA	MADRE FAMI	



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"



VERSION 6 - 2025

ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES CONTRATO: 50006532024	UDS: ARCOIRIS
HORA: 9 AM	FECHA: ABRIL-2026
LUGAR: CARRERA 20 # 41-20 PARAISO	TEMA: VINCULO AFECTIVO
POBLACIÓN OBJETO: Familias participantes gestantes y lactantes	
OBJETIVO:	EL OBJETIVO PRINCIPAL DE FORTALECER EL VINCULO AFECTIVO DESDE LA GESTACION Y QUE LA MADRE TENGA UNA BUENA RELACION CON EN EL BEBE EN EL PROCESO DE LA LACTANCIA
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Exposición sobre 3. Cierre compromisos DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: - SE HACE UNA DINAMICA DE ESTIMULACION DE VINCULO AFECTIVO Y DESPUES SE LE REALIZA INFORMACION SOBRE EL VINCULO AFECTIVO EN GESTACION Y LACTANCIA EVIDENCIA FOTOGRAFICA	



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"



VERSION 6 - 2025



FIRMAS DE ASISTENCIA

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.122-6
Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988
"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 - 2025

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FECHA: Abril 2026
TEMA: Plan de Atención

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
LAHAN JESUS TORRES RODRIGUEZ	1121990497	GINNA RODRIGUEZ MONTAÑO	1122654819	3218225982	GINNA RODRIGUEZ
NICOL NAHARAFUENTES DIAZ	1121990507	LAURA DIAZ BONILLA	1122512157	3184213893	LAURA DIAZ
ALIA VICTORIA PIRABAN OSORIO	1121990507	JASMIN OSORIO RAMOS	1121887708	3152185302	JASMIN OSORIO
GABRIEL LEANDRO BAQUERO LOZANO	1121989914	FRANCY BAQUERO LOZANO	1121952038	3103037116	FRANCY BAQUERO
LUCIAN ANDRES SANCHEZ ARAGON	1123455295	LEIDY ARAGON LOZANO	1007580601	3044035802	LEIDY ARAGON
ELAN EMILIANO BOBADILLA OSORIO	1123455267	LEIDY PAOLA OSORIO	1121923632	318080702	LEIDY PAOLA OSORIO
MANUELA VASQUEZ RODRIGUEZ	1106774339	MANUELA VASQUEZ RODRIGUEZ	1106774339	3022522928	MANUELA VASQUEZ
YULIANA FERNANDA MURCIA SABOGAL	1121891078	YULIANA FERNANDA MURCIA SABOGAL	1121891078	3227828968	YULIANA FERNANDA MURCIA SABOGAL
CLAUDIA PATRICIA SANDOVAL FORERO	1118197643	CLAUDIA SANDOVAL FORERO	1118197643	3223862644	CLAUDIA SANDOVAL
LEIDY ALEJANDRA WILCHES	1121963497	LEIDY ALEJANDRA WILCHES	1121963497	3212376788	LEIDY WILCHES
INGRID YOHANA MONTOYA RIVERA	1121881740	INGRID YOHANA MONTOYA RIVERA	1121881740	3127538631	INGRID YOHANA MONTOYA
MARIA AILANY CASTILLO GARCIA	1121990685	BRIEL DANIELA GARCIA SAA	1121967067	3214606670	BRIEL DANIELA GARCIA
DARCY YULIETH GONZALEZ	1121854149	DARCY YULIETH GONZALEZ	1121854149	3227080422	DARCY GONZALEZ
ANGIE TATIANA ROJAS CHABARRIAGA	1112620820	ANGIE TATIANA ROJAS CHABARRIAGA	1112620820	3123083645	ANGIE TATIANA ROJAS
KAREN LIZETH VALDES GUTIERREZ	1088353649	KAREN LIZETH VALDES GUTIERREZ	1088353649	3125304214	KAREN LIZETH VALDES

Nidia Vasquez 4095942
Responsable de la unidad de servicio y No cedula

MADRE COMUNITARIA RESPONSABLE DE LA UDS	Diana rodriguez	
Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Los participantes se comprometen a cumplir con lo acordado con el pacto de convivencia	PARTICIPANTES MADRES GESTANTES Y LACTANTES	ABRIL- 2026

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"



VERSION 6 - 2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL	CARGO	FIRMA



<u>ACTA DE REUNION</u>	
<u>EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES</u>	<u>UDS: aventuras enpañales</u>
<u>CONTRATO:</u>	
<u>HORA :3 A 5 PM</u>	<u>FECHA: 8.9 ABRIL 2026</u>
<u>LUGAR: kr 18# 8-93</u>	<u>TEMA: SALUD FISICA Y CONTROLES PRENATALES</u>
<u>POBLACIÓN OBJETO:</u>	
<u>OBJETIVO:</u>	<u>Promover la SALUD FISICA POR MEDIO DE LOS CONTROLES PRENATALES Y LOS CONTROL Y CRECIMIENTOS</u>
<p>1. <u>AGENDA. Inicio mi saludo siendo las 3 tarde nos reunimos para saludar alas mamitas por medio de una dinámica paso a contarles la importancia por medio de un video donde conocen la importancia de salud físicas en la vida de sus bebés desde el vientre materno y como la importancia de los cuidados prenatales</u></p> <p>Evidencia fotografía</p>	



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

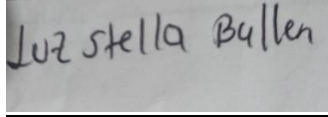




ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6



"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

<u>Compromisos / tareas</u>	<u>Responsables</u>	<u>Fechas</u>
<u>Cumplir con una buena alimentación balanceada</u>	<u>Luz stella ballen</u>	
<u>MADRE COMUNITARIA</u>	<u>CARGO</u>	<u>FIRMA</u>
<u>Luz stella ballen chisaba</u>	<u>Hcb fami</u>	

Se Anexan Firma



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: AVENTURAS EN PAÑALES				FECHA: 09 Abril / 26		
ACTIVIDAD: Taller a padres				TEMA: Salud física y control prenatal		
LUGAR DE REUNION: KR 18# 8-93 LA CUNCIA						
No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUPI	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	IAN JOSEPH CARDENAS HERNADEZ	1.123.825.307	SANDRA PATRICIA CARDENAS	1.006.821.446	3134156428	Sandra Cardenas
2	LAURENTH SAMARA SIBO LEON	1.121.825.384	LUISA ALEJANDRA LEON	1.118.568.515	3507787781	Luisa Leon
3	DANNA VALERIA VILLAREAL	1.123.825.755	ANA MABELCASTRILON	1.121.913.819	31257775542	ana mabel c.
4	YENI PAOLA DONCEL	1.121.980.063	VANESA ALEXANDRA BAQUERO	1.006.772.405	3113044728	Vanessa Baquero
5	MATHEO EMILIO VILLASMIL	1.121.989.237	MARIA LESTHER ACOSTA	1.006.796.974	3018185524	Esther A.
6	ANGUIE SHIRLEY GARCIA	1.121.945.466	ANGUIE GARCIA	1.121.945.466	3143340920	Angie Garcia
7	EMILIANO GUTIERREZ GARCIA	1.121.989.246	YAZMIN ARDILA PEDRAZA	1.124.242.887	3219312970	Yazmin P.
8	ANGUIE TATIANA DIAZ BELTRAN	1.234.789.788	ANGIE TATIANA DIAZ BELTRAN	1.234.789.788	3247300328	Angie Beltran
9	SHESLY MAIBETH LOPEZ MOLANO	1.121.396.161	SHESLY MAIBETH DIAZ	1.121.396.161	3154381897	Shesly Lopez
10	ANA YOLIMA GUTIERREZ M	40.189.912	ANAYOLIMA GUTIERREZ	40.189.912	3145427668	ana yolima G
11	LAUREN XIMENA POVEDA DONCEL	T.11121896470	LAUREN XIMENA POVEDA	1.121.896.470	3213554745	Lauren Poveda
12	LUCIANO GAELE FERNANDEZ	1.253.259.205	LUISANA DEILIMAR FERNANDEZ	1.978.268	3145678990	Luisa Leon
13	KAROL ANDREA LOPEZ	1.013.109.938	DIANA ARIZA	40.189.588	3228281656	Diana Ariza
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula
40719604



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6



"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6



"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: AVENTURAS EN PAÑALES		FECHA: 4,5 febrero/2024	
ACTIVIDAD: Taller a padres		TEMA: Construcción pacto comunitario	
LUGAR DE REUNIÓN: Kv 15 Hg-93 KR 18# 8-83 LA CUNCIA			

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUPI	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	IAN JOSEPH CARDENAS HERNADEZ	1.123.825.307	SANDRA PATRICIA CARDENAS	1.006.821.446	3134156428	Sandra Cardenas
2	LAURENTH SAMARA SIBO LEON	1.121.825.394	LUISA ALEJANDRA LEON	1.118.568.515	3507787781	Luisa Leon
3	ANA MABEL CASTRILLON HERNANDEZ	1.120.867.801	ANA MABEL CASTRILLON HERNANDEZ	1.120.867.801	3223372828	ana mabel e.
4	PAULINA MORENO BAQUERO	1.121.980.063	VANESA ALEXANDRA BAQUERO	1.006.772.405	3113044728	Vanessa Ba.
5	MATHEO EMILIO VILLASMIL	1.121.989.237	MARIA LESTHER ACOSTA	1.006.796.974	3018185524	LESTHER A
6	ANGUIE GARCIA	1.121.945.466	ANGUIE GARCIA	1.121.945.466	3143340920	ANGIE GARCIA
7	EMILIANO GUTIERREZ GARCIA	1.121.989.246	YAZMIN ARDILA PEDRAZA	1.124.242.887	3219312970	Yazmin P.
8	ANGUIE TATIANA DIAZ BELTRAN	1.234.789.788	ANGIE TATIANA DIAZ BELTRAN	1.234.789.788	3247300328	ANGIE GARCIA
9	SHESLILY MAIBETH LOPEZ MOLANO	1.121.396.161	SHESLILY MAIBETH DIAZ	1.121.396.161	3154381897	Shelly Diaz
10	ANA YOLIMA GUTIERREZ M	40.189.912	ANAYOLIMA GUTIERREZ	40.189.912	3145427668	ana yolima p.
11	LAUREN XIMENA POVEDA DONCEL	T.J 1121896470	LAUREN XIMENA POVEDA	1.121.896.470	3213554745	Lauren Poveda
12	LUISANA DEILIMAR FERNANDEZ	1.975.268	LUISANA DEILIMAR FERNANDEZ	1.975.268	3145678990	LUISANA DEILIMAR
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No.cedula
421968



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022





ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS: Unidad en Párvulos AVENTURAS ENPAÑALES
ACTIVIDAD: Acta Diagnóstico
LUGAR DE REUNIÓN: KR 18 # 8-93 KR 18 # 8-93 LA CUNIA

FECHA: 25, 26, 27 Nov/15
TEMA: Socializar, pero y lo he beneficiarios

No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUPI	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	SOPHIE ANTONELLA MOLINA B	1121988163	MARIA ANGELICA BAQUERO	1121913639	3125775542	Angelica b.
2	FATIMA MARIN ALFARO	1.121.988.811	DIANA MAYERLY ALFARO	40.332.014	3106737950	Diana Alfaro
3	FRIDA SIMONA DINECKER GOMEZ	1.123.454.913	MARGARITA GOMEZ	1032486426	3212115988	MARGARITA G.
4	IAN JOSEPH CARDENAS	1.123.825.307	SANDRA PATRICIA CARDENAS	1.006.821.446	3134156428	Sandra P.
5	LIA ANTONELLA MEDINA	1.121.987.791	YEIMI TATIANA MEDINA	1.007.702.671	3184968426	Tatiana m.
6	ERICK GAEL MARIN	1.123.824.977	PAULA MICHEL MEDINA	1.192.803.724	3214628622	Paula e. mar
7	LIAM ELOY DIAZ	1.121.988.416	DIANA CAROLINA DIAZ	1.234.792.237	3234908384	Yacemin P.
8	EMILIANO GUTIERREZ GARCIA	1.121.989.248	YAZMIN ARDILA PEDRAZA	1.124.242.887	3219312970	ANGIE BAQUERO
9	MAITE VALERIA BAQUERO R.	40.219.608	ANGIE LORENA BAQUERO	1.121.913.630	3118881202	Luisa Leon
0	LUISA ALEJANDRA LEON	1.118.568.515	LUISA ALEJANDRA LEON	1.118.568.515	3507787781	Angie Garcia
1	ANGUIE SHIRLEY GARCIA	1.121.945.456	ANGUIE SHIRLEY GARCIA	1.121.945.456	3143340920	Vanessa Alexandra Baquero
2	ANA PAULINA MORENO B	1.121.983.515	VANESA ALEXANDRA BAQUERO	1.006.772.405	3113044728	Leitha A.
3	MATHEO VILLASMIL ACOSTA	1.121.989.237	MARIA LESTHER ACOSTA	1.006.796.974	3018185524	
4	ANGUIE GARCIA	1.121.945.466	ANGUIE GARCIA	1.121.945.466	3143340920	
5						
6						
7						
8						
9						

40 21960x Uluo
Responsable de la unidad de servicio y No cedula
Lucy Stella B.

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3

CONTRATO: 5000100023855

UDS: CARITA FELIZ

HORA: 9 AM

FECHA: 22/ 04/2025

LUGAR: CALLE 17 SUR 10-27, VILLAMRLIDA

TEMA: ESCUELA PARA FAMILIA SALUD FISICA,
CONTROLES PRENATALES, CRECIMIENTO Y
DESARROLLO, DIA DE LA TIERRA

POBLACIÓN OBJETO: 15 USUARIOS

OBJETIVO:

Sensibilizar a las familias sobre la importancia del seguimiento médico preventivo durante la gestación y los primeros meses de vida, promoviendo hábitos de vida saludable y la responsabilidad ambiental como parte del cuidado integral de los niños y niñas

AGENDA

- 1_ Saludo y Bienvenida.
- 2_ Dinámica de integración: "Sembrando Vida".
- 3_ Desarrollo del tema: Salud física y controles médicos (Prenatal y PyD).
- 4_ Taller ambiental: Celebración del Día de la Tierra (Manualidad con reciclaje).
- 5_ Recolección de firmas.
- 6_ Compromisos y Cierre.

3. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Apertura y Bienvenida: Se da inicio al encuentro recordando que el derecho a la salud es universal y que el cuidado preventivo es la base para asegurar un desarrollo óptimo desde el vientre materno hasta la primera infancia.

Salud Física y Controles Médicos:

Controles Prenatales: Se enfatiza la importancia de asistir puntualmente a las citas médicas para monitorear la salud de la madre y el feto, prevenir complicaciones como la preeclampsia y asegurar un parto seguro.

Crecimiento y Desarrollo (PyD): Para los niños de 0 a 6 meses, se explica que el control de PyD permite vigilar el aumento de peso, talla y el cumplimiento de los hitos del desarrollo motor y social.



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



Salud Física General: Se abordan temas de higiene personal, alimentación balanceada y la importancia del esquema de vacunación completo tanto para la gestante como para el bebé.

Celebración Día de la Tierra (22 de abril):

Se realiza una charla sobre la protección del medio ambiente bajo el lema "Cuidar la Tierra es cuidar el futuro de nuestros hijos".

Actividad Pedagógica: Se propone el uso de materiales reciclados (como cubetas de huevo o envases plásticos) para crear recursos didácticos o pequeños huertos caseros, fomentando la sostenibilidad desde el hogar.

4. CONCLUSIÓN

El encuentro permitió fortalecer el conocimiento sobre el autocuidado y la asistencia a servicios de salud. Las familias reconocieron que la salud es una construcción diaria que involucra responsabilidad, controles médicos oportunos y un entorno ambientalmente sano.

6. CIERRE

Se realiza un resumen de los puntos fundamentales, destacando que una madre y un niño sanos son el pilar de una familia fuerte. Se entregan folletos informativos sobre signos de alarma y se agradece la participación activa de los asistentes





**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Asistir puntualmente a los controles de Crecimiento y Desarrollo y controles prenatales. Cumplir con el esquema completo de vacunación según la edad.	CARITA FELIZ	MES A MES
MADRE COMUNITARIA	CARGO	FIRMA
LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES	HCB FAMI	



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



Se Anexan Firmas



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS		UDS CARITA FELIZ		FECHA 22/04/2026		
ACTIVIDAD		Tema Escuela para Padres Crecimiento y desarrollo				
LUGAR DE REUNION		Yrella "Día de la familia"				
CALLE 17 SUR 16-27 BARRIO VILLAVELDA						
No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NIJIP	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FINIA
1	CHAROL SOFIA RAMOS OLIVERA	1123804974	CHAROL SOFIA RAMOS OLIVERA	1123804974	3115097876	Charol Sofia Ramos
2	SHAROL LISET MUÑOZ CORTES	1122519840	SHAROL LISET MUÑOZ CORTES	1122519840	3232863830	Sharol Muñoz
3	PAULA VALENTINA CHIA CARO	1005690910	PAULA VALENTINA CHIA CARO	1005690910	3123127780	Paula V. Chia
4	MARIA DANITZA GUTIERREZ AGUILAR	1115652272	MARIA DANITZA GUTIERREZ AGUILAR	1115652272	3233874215	Maria Danita Gutierrez
5	STEFANNY ECHAVARRIA MORA	1007741630	STEFANNY ECHAVARRIA MORA	1007741630	3133314525	Stefanny Mora
6	ANDREA JULIETH LOPEZ CHIPATECUIA	102938709	ANDREA JULIETH LOPEZ CHIPATECUIA	1006768709	3202616324	Andrea Lopez
7	YESENIA DEL PILAR ZEA SANCHEZ	1121601628	YESENIA DEL PILAR ZEA SANCHEZ	1121601628	3104322070	Pilar Zea
8	ELIZABETH SOFIA SUAREZ ECHAVARRIA	1244829025	GERALDINE ECHAVARRIA MORA	1003810905	3016342815	Geraldine Echavarría
9	JEAN PAUL CASTAÑEDA RODRIGUEZ	1244829019	JASRI EIDY XIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	1192773356	3202953444	Jasri Eidy Rodriguez
10	ASHLEY VICTORIA GARAVITO RODRIGUEZ	1244829082	SALDY VALENTINA RODRIGUEZ GRANADOS	1006768464	3054038511	VALENTINA RODRIGUEZ
11	YADIEL MANUEL URRUTIA LOPEZ	1121989888	ANGIE MELISA LOPEZ DUARTE	1120370898	3044853654	Melisa Lopez
12	MIA ANTONELLA FORENO MURILLO	1123455327	PAULA ANDREA MURILLO RODRIGUEZ	1006591260	3114831929	Paula Andrea M
13	ANGEL MATHIAS ARDILA MORENO	1127441347	OLGA LUCIA MORENO PARRADO	1121931654	3132172894	Lucia Moreno
14	ANNIE VALERIA TOCORA REY	1121989416	ALIX DAYANA REY RUIZ	1121949118	3133231219	Dayana Rey
15	OMER SAIR PARRADO AGUDELO	1029972052	YULY MARILEY AGUDELO RAMOS	1121687319	3224794685	Mariley Agudelo
16						
17						
18						
19						
20						

Responsable de la unidad de servicio y No cedida: LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC # 21185015

Signature

Responsable de la unidad de servicio y No cedula LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC # 21185015



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ACTA DE REUNION

EAS: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3

CONTRATO: 50006532024

UDS: CASITA FELIZ

HORA: 8:00 AM

FECHA: 15-16 ABRIL

LUGAR: MZ 29 CS 2 TOPACIO

TEMA: SALUD FISICA Y CONTROLES
PRENATALES

POBLACIÓN OBJETO: 15 PARTICIANTES

OBJETIVO:

**PROMOVER LA ASISTENCIA OPORTUNA A LOS CONTROLES
PRENATALES.**

AGENDA:

1. SALUDO
2. SOCIALIZACION DE LOS TEMAS
3. FIRMAS

DESARROLLO:

- ◆ Se saluda muy amable y cordialmente a los papitos y mamitas por haber asistido a la unidad de servicio, para continuar se les explicara a las mamitas acerca de la actividad que vamos a desarrollar el dia de hoy que es la salud fisica y controles prenatales, la importancia de presentarnos a estas citas que son muy esenciales durante nuestra etapa de gestacion ya que nos revisan todo lo que tienen que ver con exámenes y controles, estas dos fases son muy esenciales ya que de ellas hay nosotras debemos llevar un cuidado esencial como lo son la nutrición, el descanso, la hidratación en realizar un poco de actividad física moderada.



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



Eviendecias Fotograficas:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
MADRE COMUNITARIA	CARGO	FIRMA
DAYANA PEDRAZA	FAMI	



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.122-6
Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988
"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 - 2025

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS CASITA FELIZ ACTIVIDAD: Escuela de Padres LUGAR DE REUNION MZ 28 CS 2 TOPACIO				FECHA: 15-16 Abril TEMA: Salud física y Controles preventivos			
No.	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	NUPI	NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA	
1	YULI ANDREA RODRIGUEZ CORTES	1006821769	YULI ANDREA RODRIGUEZ CORTESB	1006821769	3124232037	Yuli Andrea Rodriguez	
2	THIAGO STIVEN CUBIDES ARIAS	1123825754	MARLY TATIANA ARIAS AGUDELO	1006821132	3113227305	Marly Tatiana A	
3	LUISA FERNANDA ZAMORA ARANGO	1033690866	LUISA FERNANDA ZAMORA ARANGO	1033690866	310 3440077	José fernanda	
4	INGRID JHOVANNA PLAYONERO SINISTERRA	1007888185	INGRID JHOVANNA PLAYONERO SINISTERRA	1007888185	320 8312186	Fernand playonero	
5	PAULA ANDREA MOJICA BAQUERO	1123431130	PAULA ANDREA MOJICA BAQUERO	1123431130	322 4392471	Paula Mojica	
6	SANTIAGO ROJAS PEDRAZA	1123825526	DILIA ALEJANDRA PEDRAZA CUADRADO	1121859972	3112359384	Alejandra P.	
7	DANNA VICTORIA TORRES PLAYONERO	1121990098	DIANA CAROLINA PLAYONERO SINISTERRA	1121958859	3223696371	Diana Playonero	
8	JEISSON EMILIANO ACOSTA DIAZ	1121989965	LEIDY YERALDIN DIAZ LEMUS	1121863241	3508393290	Leidy Riba	
9	THIAGO ALEJANDRO GUTIERREZ MARIN	1121989434	NICOL NATALIA MARIN OLAYA	1122518557	3124086692	Nicol	
10	BRAYAN STIVEN PARDO CUBIDEZ	1121989484	DIANA MARCELA CUBIDEZ	1121862603	3237780180	Diana M. Cubides	
11	AILANIE SOFIA GONZALEZ CAMELO	1122544290	PAOLA ANDREA CAMELO GARZON	1121902901	3136340517	Paola C.	
12	DIANA VICTORIA LOPEZ PEREZ	1123455283	BRITNEY NATALIA PEREZ VEGA	1122526542	310 4849830	Leidy vega p.	
13	KELY YOHANA LOPEZ RODRIGUEZ	1121914554	KELY YOHANA LOPEZ RODRIGUEZ	1121914554	3125738632	Kely Lopez	
14	TANIA MICHELLE MARIN OLAYA	1122507236	TANIA MICHELLE MARIN OLAYA	1122507236	3112650929	Tania M	
15	MARIAN ALAIA GOMEZ PAEZ	1122544426	HEDY YANID PAEZ NARANJO	1122508496	3011760904	Hedy paez	
16							
17							
18							
19							
20							

Responsable de la unidad de servicio y No cedula
Diana pedraza 1010123169



ACTA DE REUNION	
EAS: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES CONTRATO: 50006532024	UDS: CRECIENDO FELIZ
HORA: 2.30 AM	FECHA: ABRIL 8, 9 2026
LUGAR: Calle 39ª 6c-53 Manantial.	TEMA: SALUD FISICA Y CONTROLES PRENATALES.
POBLACIÓN OBJETO: beneficiarios, madres y cuidadores responsables	
OBJETIVO:	PROMOVER LOS DEBIDOS CONTROLES PRENATALES PARA EL CUIDADO DE LA MADRE Y EL BEBÉ Y LA IMPORTANCIA DE ASISTIR PUNTUALMENTE A LOS MISMOS.
AGENDA: <ol style="list-style-type: none">1. SALUDO2. OBJETIVO3. SOCIALIZACIÓN DEL TEMA4. FIRMAS	
DESARROLLO: Se da inicio a la socialization con los padres usuarios DE LA ESCUELA DE PADRES en este caso la salud fisica y los debidos controles prenatales para los debidos cuidados de la madre y el bebé en gestación. Con ayuda de na cartelera y un conversatorio que las usuarias desde sus experiencias nos permiten el desarrollo del tema. El control prenatal es fundamental para monitorear la salud de la madre y el feto, permitiendo detectar riesgos tempranos, prevenir complicaciones (como diabetes gestacional o hipertensión) y garantizar un parto seguro. Estas visitas periódicas, que incluyen exámenes físicos y pruebas médicas, reducen la mortalidad materna y perinatal, promoviendo un desarrollo fetal saludable. Al igual que la actividad	



física que se debe tener durante este periodo para ayudarnos durante este periodo de gestación. Los controles prenatales regulares y la actividad física moderada son fundamentales para un embarazo saludable. El ejercicio físico regular mejora la circulación, reduce dolores, facilita el parto y reduce el estrés.

CONCLUSIONES: Las usuarias estuvieron atentas a todo lo referente a los beneficios de la leche materna y las usuarias comprendieron el por que no dar leches artificiales para la salud de la niña.





ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Velar por el debido proceso de asistir a los debidos controles prenatales para un mejor monitorio de la salud del niño y de la madre.	FAMI Y USUARIOS DEL PROGRAMA	Todo el año.
MADRE COMUNITARIA	CARGO	FIRMA
LUZ MARINA MATEUS ROLDAN	FAMI	

SE ANEXAN FIRMAS.

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email: asopadresporfiatres@gmail.com