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

Villavicencio, 09 de junio de 2026

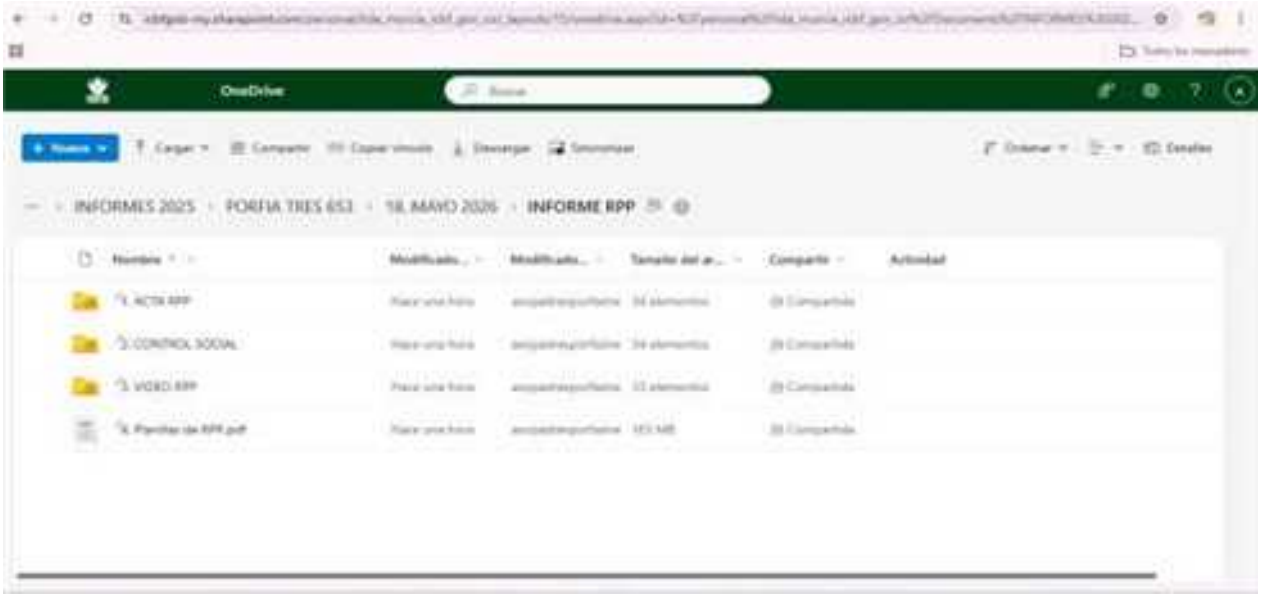
BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

No. 20265000100008643 2
Código web: iQ6SL6IM0+b8+MrGaQifZXvWv48=
Radicador: SANDRA MILENA CORTES BELTRAN Fecha: 2026-06-09 14:46 Folios: 1
Remitente: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
Asunto: RPP mayo contrato 50006532024,

Señora
RUTH ISMELDA SANCHEZ CAICEDO
Supervisora Contrato 50006532024
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito hacer entrega del informe de la entrega de RPP mes de mayo de 2026 del contrato No. 50006532024, Asociación Porfía Tres. Se adjunta pantallazo del cargue de la información en el Drive.



Agradezco su atención.

Atentamente,

María Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 Muzo - Boyacá
Representante Legal

Mz 42 casa 11 etapa 2 la Madrid Cel-3123641307
Correo: asopadresporfiatres@gmail.com

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

VERIFICACIÓN N°: ____		
Fecha:	6 MAYO	2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: 7	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** AS. polifias	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5.653. 2024	
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:** rocio Almanza	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Alejandro	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 314 248 356	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: cll P #90-73		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 14 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 11		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	comite de control social Alejandro
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	revisar las buenas condiciones de los alimentos
Propósito o finalidad de la visita:	verificar la entrega de los paquetes

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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: Yenny carolina Parra
- 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: 321 2254728

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 5

Fecha: 15 / 05 / 2026

Regional/Departamento: Meta.

Centro zonal: Ocoa.

Municipio: Ocoa

Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):

HOGAR FAMILIA RECONOCIMIENTO

Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Porfia Tren.

Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada):

HOGAR FAMILIA FACIL

Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:

5000 65 2026

Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:

ARCOIRIS

Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:

Nidia Vasquez.

Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CR 20 #11-20

Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):

3505186717.

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 25 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:	Arcoiris
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	evaluar las actividades pedagogicas para el fortalecimiento de las familias usuarias.
Propósito o finalidad de la visita:	

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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?			X
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓		

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.Pp4.Pr1	18/12/2019
		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 recibir en 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 realice 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 los(as) demás integrantes del comité o la veeduría.*

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Observe q[illegible] participan[illegible] pero si falta mas [illegible] y los productos q[illegible] dice en la matriz.

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

participar en las actividades q[illegible] se proponen en el Plan de Mejoramiento.

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: Francy Bayuelo

- 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: 3505186972

¡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 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 5 Mayo 126.	DÍA: 05	05	AÑO: 126
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio.		
Centro zonal: Uno.	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Portia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HCB familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000253204.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB fami bienestar	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Stella Ballen		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Aventuri enpañalci	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3154234046		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Kr 18 HB-93			

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:	Monica Acolla.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduria ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	promover y vigilar la entrega complementa y refrigenos.
Propósito o finalidad de la visita:	vigilar y los complementos

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.

Powered by CamScanner

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 l unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguient 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 l siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). **Verifiq 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, nir mujeres gestantes al momento de la visita. Dependiendo de la modalidad de atención, es necesario verificar la prese de madres gestantes. Si durante su visita verifica la cobertura y atención, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y **APLICA"** si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le re 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		

Powered by CamScanner

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 la niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, segú corresponda.			
***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalida definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujere 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.***	✓		
Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?	✓		
Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
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?	✓		

Powered by CamScanner

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?	1		
B. ¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	1		
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).	1		
D. En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	1		
E. ¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	1		

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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: Monica Acosta

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: ____

Fecha:	05	MES 05	2026
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: VILLAVICENCIO UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HCB Fami Bienveniv	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Betty Velásquez Morales.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Carita feliz	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3114636978.		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 17 Sur #10-27 Villamelida			

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita:** 15.

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	comite de vigilancia y control del hogar con modalidad familiar CARITA FELIZ
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar y comprobar que todos los RPP. estan completos y en buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	realizar la inspección y la verificación de la minuta del mes de MAYO.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se llevo a cabo la revisión de los P.P.P, donde logre observar que se encuentran completos y en buen estado y estan acorde con la minuta patrón establecida, con fecha de vencimiento vigente; la UOS se encuentra en buenas condiciones de aseo y acorde para la respectiva entrega del P.P.P.

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

Continuar realizando el control social dentro de la UOS cada mes

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Stefanny Echavarria
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: stefanny Echavarria
- Número Celular y/o fijo: stefannymora001@gmail.com 3132314525

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 4			
Fecha:	5	05	2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 500006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Medio Tiempo **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Casita Feliz **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** M7 2915 2. Piso 1	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Dayana Pedraza **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3223607450		
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:	Comite de Control Social y Vigilancia.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Cumplir con todos los Compromisos pactados en el Manual de convivencia.
Propósito o finalidad de la visita:	Velar por nuestros niños, niñas y mamitas gestantes para asi poderles dar una muy buena atención.

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.

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			N/A
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	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)			N/A

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se observa que en la unidad de servicio hace falta material y sillas para poder acomodar a las usuarias.

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

Organizar a las familias de la mejor manera posible para así poderle brindar un buen servicio.

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: Paola Andrea Camelo
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Paolacamelo019@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3136340517

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







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

VERIFICACIÓN N°: ____	
Fecha: Mayo / 2026	5 Mayo 2026
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Ulloa
Centro zonal: Villavicencio Uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación H.C.B. Porfia 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653204
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 atendio la visita: Luz Maria Mateus R
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Creciendo Feliz	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3112823473
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 39a 6c-53 Yrrapatos	
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:	Creciendo Feliz
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Realizar el oportuno control de todo lo Referente al programa, para que funcione de acuerdo a lo indicado y manual operativo.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que las Beneficiarias se encuentren en buen estado y que todos los productos que se encuentran en él esten en optimas condiciones.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No hay observaciones

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

No se hacen Recomendaciones todo se encuentra bien con el programa y el Fami Hdo.

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: Marolin Yiseth Correa Parra
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Marolynp.L@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3209247883

Powered by CamScanner

CONTROL SOCIAL CRECIENDO FELIZ MAYO







Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 05 mayo 2026	
Regional/Departamento: Meta **Centro zonal:** UNO	**Municipio:** **Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Polfia 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami Bienvenir	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar. **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Descubriendo Talentos **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** mza 42A CS 10 madrid.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Sandra Liliana Ayala Tovar. **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3187434018.
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:	comite social Descubriendo Talentos.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Garantizar que los productos a entregar sean de alta calidad y esten en condiciones adecuadas para el consumo de los usuarios.
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar la entrega de los paquetes nutricionales.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			N/A.
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).	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)			N/A.

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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: Angelica Maria Guzman Peña.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Aguzmanpena967@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 3219859580

BIENESTAR	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.°: 4		
Fecha:	4 Mayo 2026	
Regional/Departamento: Neta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: 1	**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 comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Liliana Cuesta	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Dulces Sueños	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3132138955	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cll 68 D-44-26 Porfia		
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:	Comite Control Social
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Observar que la unidad de Servicio cumpla con la atención adecuada.
Propósito o finalidad de la visita:	Vigilar que los paquetes nutricionales esten de acuerdo con la minuta.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No hay observaciones en la unidad de Servicio

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

No hay observaciones

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: Enka Ortiz
- 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: 3133058258.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F-I-023 PP	04/08/2022
		Versión: 1	Página 1 de 1

VERIFICACIÓN Nº. ____		
Fecha:	05 / 05 / 2026	
Regional/Departamento:	Municipio:	
Centro zonal:	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: 5000653 2024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAM	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(a) responsable de la unidad que atendió la visita: Monica Arias	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El amistoso	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativo(a)/madre o padre comunitario(a): 3208908936	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CLL 14A 42-09 Este		
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:	El amistoso
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Organización de carpetas Entrega RPP
Propósito o finalidad de la visita:	tener al orden el día de las carpetas

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL UNI 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 maduretivo, 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 cálculo de aplicación de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramajes/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 Aceriento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Derivados) 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 usuarios(as) 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) consultar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarios(as)	X		

	Orientación del servicio a parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.	X		
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A.	¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	X		
B.	¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para esto?	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 botiquín 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 en 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 e vivencias vitales y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X		
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			X
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o en 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.**				

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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	F-A-523 PP	04/08/2023
		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?		X	No aplica
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:

* Contamos con botiquín de primeros auxilios
* Contamos con extinto por si se presenta alguna emergencia
* El hogar cuenta con una puerta, para que no puedan acceder al segundo piso, por lo que cuenta con una escalera.

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

Por recomendación de los usuarios nos gustaría tener materiales didacticos, tapetes para la estimulación de nuestros bebes y madres gestantes

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: Nidia esperanza Hernandez
- 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: 3228956714

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

Cualquier copia impresa de este documento se entenderá 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 2

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

VERIFICACIÓN N°: 4			
Fecha:	7	05	2026
Regional/Departamento: Meta		Municipio: Villavicencio	
Centro zonal: 01		Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación Patio 3	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami Bienestar		Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000633 2024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Medio tiempo		Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Camila Daza Linares	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: El Carinoso		Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3114522360	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: cll 39 # 46-04			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 13 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 13			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Patricia Romero Johan. Pardo (suplente)
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar productos y montos del RPP
Propósito o finalidad de la visita:	Observar el buen estado de los alimentos y entrega de RPP

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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 maduros, 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)			N/A

Powered by CamScanner

	directiva(s) 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?			N/A.
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?	✓		

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Ninguna en especial

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: Laura Patricia Romero y Tatiana Parada "Supérate"

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Saldarp743@Gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3118600437 Tatiana Peña

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: _____

Fecha: Mayo. 05 2016.	
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** HCB 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 BIENVEBIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LUCIA MORENO CRUZ
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: EL PRINCIPITO	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3001149097
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 22 C SUR 16 C 15 - 25 LA CAROLOINA	

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:** _____

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Josbledy Daniela Herrera lemus.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Dar a verificar que los complementos esten bien empacados y muy completos.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar Que se realice bien la entrega del complemento. y completo.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	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 Aplica
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:

El Fami No presenta ninguna anomalia. Todo esta en orden.

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

El Fami Se encuentra en muy buen orden. Recomendo seguir asi con su buena higiene usando sus respectivos guantes, Tapabocas y gorros y con su buena limpieza.

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: Daniela lemus.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Cdann danii lemus0106@gmail.
- Número Celular y/o fijo: 3102391330.

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

VERIFICACIÓN N°: ____			
Fecha:	*27*	**MAYO**	**2026**
Regional/Departamento: meta	**Municipio: Villavicencio**		
Centro zonal: uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: asociación porfia 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami bienvenir **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI HUELLITA** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CR 23 25 46 RETIRO	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LUZCELLY VERAGRA ROBLEDO **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3219565528		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL EL RINCON DE LA ALEGRIA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Garantizar el acceso a los alimentos adecuados especialmente en los hogares de los participantes de la UDS
Propósito o finalidad de la visita:	Asegurar que los familias cuenten con alimentos adecuados para preparar en casa
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.	

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

la veedor les indica a las participantes participar de todo las actividades programadas

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

actualizar la documentos a tiempo en las carpetas

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Mana Fernanda poveda Beltran
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: mafe24019@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3505406036

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	05	Mayo	2026
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio		
Centro zonal: 1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociacion Portia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024		
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: Sandra Patricia Bolkan		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Fumy Dejando Huellas	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3118534056 8		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CL 20-11-47 Camelias			
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:	Fumy Dejando Huella
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revisar los productos que esten en buen estado y incluyendo las fechas de vencimiento
Propósito o finalidad de la visita:	Todo los productos esten en buen estado.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Toda la entrega se cumple a lo acordado por el H ICBF

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

No hay recomendaciones.

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

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

Charle Vargas Liby Yhoana. Ch

Powered by CamScanner

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: CristianDaniel.68@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3110572632

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:		04 05	2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: C Z No 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** HCB PORFIA 3.		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024.		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami Bienvenir	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Derly Alexandra Herrera C.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: FRESITAS.	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3214991749.		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Clle 6 # 28-25-27 Comuneros.			
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:** 13.			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	FAMI FRESITAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	OFRECER CALIDAD EN EL SERVICIO PRESTADO A LAS FAMILIAS PARTICIPANTES PROMOVIENDO Y CUMPLIENDO CON LO REQUERIDO A LA VEZ QUE CUIDAMOS SUS DERECHOS
Propósito o finalidad de la visita:	GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SERVICIO QUE SE PRESTA A LAS FAMILIAS PARTICIPANTES CON AYUDA DE LOS RECURSOS QUE SE PROVEEN POR MEDIO DE ICBF

Procedimiento sugerido para la visita:

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Ninguna.

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

Ninguna.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Yuly Marcela Tenorio Ruiz.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: yulyruiz93@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 3102982687.

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: __04___			
Fecha:	02	MAYO	2026
Regional/Departamento: METAL	**Municipio:**		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** **ASOCIACION PORFIA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMI BIENVENIR**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): **FAMI BIENVENIR** **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: GOTICAS DE AMOR** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** ___CALLE 30 No. 26-09 B. Porvenir	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ALIX ANDREA SANCHEZ GARCIA **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** __3156144398		
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:	GOTICAS DE AMOR – CONTROL SOCIAL
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar el buen estado de los alimentos entregados en el RPP, los cuales deben tener una fecha de vencimiento amplia, estar bien empacados y en buen estado. Adicional evaluar el servicio dado por la agente educativa, los materiales y aspectos varios en el desarrollo del programa durante la vigencia 2023.
Propósito o finalidad de la visita:	Ser veedoras del buen servicio, logrando de esta forma garantizar que los participantes se le garanticen sus derechos dentro de la primera infancia.
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.	

PUBLICA

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

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple o "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).			N/A
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no estén sobre madurados, con "magulladuras", que no tengan mal olor o moho, entre otros).			N/A
C. ¿El espacio donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos se observan en condiciones adecuadas de higiene?			N/A
2. RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): si durante su visita observa la entrega de alimentos para preparar verifique los siguientes criterios (marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos y las cantidades entregadas corresponden al listado de alimentos de la minuta patrón de la modalidad y del grupo de edad? (verifique cantidad de unidades y gramaje/peso de los alimentos en la minuta patrón que se encuentra en la unidad de servicio).	X		
B. ¿Los alimentos se observan en buen estado? (Verifique fechas de vencimiento, apariencia y estado de los empaques, que los alimentos no tengan mal olor, moho, entre otros).	X		
C. ¿Los alimentos de la RPP no están directamente en el suelo y son almacenados en adecuadas condiciones de higiene y temperatura?	X		
D. ¿Se hace entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN (Bienestarina) en la cantidad correspondiente?	F		
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			N/A

Powered by CamScanner

	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.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la verificación de los complementos nutricionales (RPP) se identifica que se encuentran en buen estado con las fechas de vencimiento al día, todo lo establecido en el modelo y completo

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

Durante la visita por el cumplimiento del Comité de Control Social, no se deja ninguna anotación

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Natalia Paez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: ndgracias@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 311 227 9928

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 4		
Fecha:	5 Mayo	2026.
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio	
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia Trej	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB FAMI	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Dellaneth Morera	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: HCB FAMI MANITAS CREATIVAS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3204521569	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: C1/27 3-41		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 1		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comite de Control Social y Vigilancia UDS HCB FAMI MANITAS CREATIVAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar e inspeccionar los RPP
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar el paquete Nutricional este acorde a la minuta

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

	directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			No aplica
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.				
A.	¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	S		
B.	¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	S		
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?	S		
B.	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	S		
C.	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	S		
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?	S		
E.	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	S		
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?	S		
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.***	S		
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?	S		
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	S		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	S		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	S		
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?	S		
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.**				

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Al momento de Realizar el control Social no se evidencia ninguna Novedad

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

La Visita de Contol Social se realiza mes a mes en la UDS HCB FAMILIAR MANITAS CREATIVAS.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Lizeth Dayana Diaz H.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: diazhencalizeth.dayana27@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3125638375

Powered by CamScanner

INFORME REGISTRO FOTOGRAFICO DE CONTROL SOCIAL

CONTRATO 50006532024

UNIDAD DE SERVICIO: HCB FAMI MANITAS CREATIVAS	MADRE COMUNITARIA:DELLANETH MORERA
FECHA: 5/05/2026	ACTIVIDAD: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DEL CONTROL SOCIAL

|





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

VERIFICACIÓN Nº: 3.	
Fecha:	07 / / 2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: Uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación ASC forma 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024
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:** Sully Guerra
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: la alegria de vivir	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 320 3832497
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Sector 2 [illegible]	
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:	la alegria de vivir
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Revision de los comple-mentos esten bien de fecha
Propósito o finalidad de la visita:	Que todo este bien de fecha

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.

Powered by CamScanner

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 menu del dia? (verifique en el ciclo de menus 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)	✓		

Powered by CamScanner

	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 o 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?	✓	

Powered by CamScanner

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: Jazmin Esguerra

Powered by CamScanner

- 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: 3108024207.

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: ____		
Fecha:	05 MAYO	2026
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO	
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** HCB DE PORFIA 3	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000SC32024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI-BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** VIVIANA SANCHEZ	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LA CASITA DE MICKEY MOUSE	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3041159879	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CLL 175 #10-34		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 3		

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	COMITE DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL HOGAR CON MODALIDAD FAMILIAR LA CASITA DE MICKEY MOUSE.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR Y COMPROBAR QUE TODOS LOS R.P.P. ENTEN COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO
Propósito o finalidad de la visita:	REALIZAR LA INSPECCION Y VERIFICACION DE LA MINUTA DEL MES DE MAYO.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

A.	¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	SI		
B.	¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	SI		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?	SI		
B.	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	SI		
C.	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	SI		
D.	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	SI		
E.	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	SI		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.* Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	SI		
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	SI		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NO APLICA.
B.	Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?			
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	SI		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	SI		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	SI		
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	SI		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		NO	

Powered by CamScanner

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?			

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

SE REALIZA LA VISITA Y SE OBSERVA QUE LOS COMPLEMENTOS ESTAN COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO, EL HOGAR ESTA ORDENADO Y ASEADO

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

CONTINUAR REALIZANDO EL CONTROL SOCIAL DENTRO DE LA UNIDAD DE SERVICIO DE LA MODALIDAD FAMI-BIENDENIR LA CASITA DE MICKEY MOUSE.

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

Powered by CamScanner

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: __PAULA DURAN_____
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Numero de celular y/o fijo: _3012930199_____



Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 4

Fecha: 05 Mayo. 2026	
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio.
Centro zonal: Villavicencio_Uno.	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia Tres.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami Bienvenir **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Ud Sagrado Familia **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cra 37. Nº 21-42,44 Barrio San Benito	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Luz Dary Fabián Leal **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3213860017.
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:** 4	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Comité Control. Social UDS. La Sagrado Familiar.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar el. Complimiento. de los procesos. Programados en la UDS. y garantizar la participación de los padres. usuarios. y benefic.
Propósito o finalidad de la visita:	Verificación fechas. de Vencimiento. calidad. y marcas. de los. productos. alimenticios. entregados a los beneficiarios.

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.

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

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

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

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guía de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet).		X.	
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?			N/A.
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 entrega a los beneficiarios madres gestantes y lactantes la Rpp mensual según minuta y estipulado por ICBF. Sin novedades.

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

Seguir asistendo con puntualidad, segun el orden establecido por la EAS y la organización del ICBF, para el próximo mes.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Angie Tatiana Ortiz Suta
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: angiesuta1712@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3208483739

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

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	5	Mayo	2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** LAS BELLAS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Calle -15 8A 10 Este Mz 7 casa #2 Valles de aragón	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Yersy Marcela Gomez Riaño **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3134126249		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 1			

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

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

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

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

Continuar las visita inpeccion dentro de la unidad las Bellas mes a mes.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Heidi Alexandra Becerra
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 3132352227

- Número Celular y/o fijo: _____

Powered by CamScanner









Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 04			
Fecha: 06-05-2026	DÍA: 05	Mayo.	2026
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio		
Centro zonal: 1	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Pcfia #3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural):	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:		
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: Adriana Nieto		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Los Alquitaros	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3135920309		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CII 39 # 18B-36			
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:	Fami Los Alquitanes
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Vigilar la calidad de servicio Generar transparencia de los recursos Generar cobertura y acceso
Propósito o finalidad de la visita:	Seguimientos y Planes a fecto de mejora sobre el servicio Realizando Seguimiento a los Cupos

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Cumple con lo verificado, todo en orden y muy dispuesta a este control. Se evidencia que esta con la actualidad del día.

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

Se felicita a la profe.
y seguir como siempre.
Ojala iniciar con apoyo para el peso y talla "Personal".

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: Dina Silva M.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 322 2495579
- Número Celular y/o fijo. Veedora, 322 2495579.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 4			
Fecha:	05	MAYO	2026.
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PORTIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**		
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:** LEYDY JHOANA TORRES.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: LOS GIRASOLES.	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3123409048		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 39 A #C21 MANANTIAL			
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:	LOS GIRASOLES
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERIFICAR QUE LOS 15 COMPLEMENTOS SE ENCUENTREN ACORDE A LA ENTREGA
Propósito o finalidad de la visita:	REALIZANDO EL ACOMPAÑAMIENTO A LA ENTREGA DE LA RPP CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO
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.	

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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 participe de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?				N/A
B. Si el servicio atiende mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	↘			
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.**				

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

SE REALIZO LA VERIFICACION DE LA RPP DEL MES DE ABRIL SE ENCUENTRA LOS 15 COMPLEMENTOS EN MUY BUEN ESTADO PARA LA ENTREGA DEL MES DE MAYO.

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: DAR LA GRACIAS POR LOS COMPLEMENTOS YA QUE SE ENCUENTRAN EN MUY BUENAS CONDICIONES JUNTO CON LA FRUTA Y EL QUESO.

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: YEIRY ALEXANDRA QUIROGA CORTES
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: 1006822363
- Número Celular y/o fijo: 3222387740

Powered by CamScanner

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

UDS LOS GIRASOLES RPP MAYO









Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email. asopadresporfiatres@gmail.com

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN N°: ____		
Fecha:	DÍA 05 MES Mayo	2026
Regional/Departamento: Meta.	Municipio: Villavicencio	
Centro zonal: Uno (1)	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociacion Porfia 3	
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024	
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB Fami Bienestar	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Luula Guerrero Fuentes.	
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Manitos Encantadas.	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3208469768	
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 43 # este #13-58 B. Portales del llano		
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:	Comite de control Social
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Observar y verificar que esten los 15 participantes y que se observe cumplimiento.
Propósito o finalidad de la visita:	Colaborar y verificar que se entreguen los 13 paquetes nutricionales a los participantes

Procedimiento sugerido para la visita:

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

- Socializacion de temas
- Por buzon de sugerencias
- permanencia en el fami
- conformacion de control Social
- plan de accion comite control social

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

Que se cumplan todas las actividades pactadas Todas las Participantes

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: Gisell Ximena Delgado
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: pintorbeltran@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3024662736

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: __4__			
Fecha:	5	MAYO	2026
Regional/Departamento: meta	**Municipio: Villavicencio**		
Centro zonal: uno	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: asociación porfia 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): fami bienvenir	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI HUELLITA	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133779941		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CR 34 N 23-67 SAN BENITO			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL MI HUELLITA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Garantizar el acceso a alimentos adecuados, especialmente en hogares de los participantes de la UDS Mi huellita
Propósito o finalidad de la visita:	Asegurar que las familias cuenten con alimentos adecuados para preparar en casa.

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Ninguna, participantes participando de la entrega de kpp.

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

Actualizar documentación de los niños y niñas y mamitas gestantes.

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

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: ANGIE KATHERINE LEON ALVIRA
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: leonalvira@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3124898543

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	5	Mayo	2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion Porfa 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Modalidad Familiar	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024		
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:** Margarita Garcia.		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mi Pequeña lulu	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3144536252		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Cra. 26bN 69-56, Serania.			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el dia de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social = Mi pequeña lulu
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Supervisar que en el Hogar Mi pequeña lulu se cumpla con Servicio.
Propósito o finalidad de la visita:	Que todos los procesos sean realizados bajos las normas

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

No se han presentado Situaciones Identificadas

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: Dallana Mesa
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: mesatriaraweedy@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3133219256

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN N°: ____

Fecha:	05 | 05 | 2026
Regional/Departamento: Meta.	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACIÓN PAZ EN 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 3000653202 4
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:** CARLOS JULIA RUEDA
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MI PEQUEÑO MUNDO	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3143770497
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CRA 46SUR #31-44 MONTECARLO	

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: 15

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	KARLOT RICHE.
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:

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.

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

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

	directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio	✓		
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, segun corresponda				
A	¿El personal (Talento Humano) que trabaja en la unidad de atención, brinda atención con calidad y calidez a las niñas, niños, mujeres gestantes?	X		
B	¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	X		
5. DOTACIÓN: si durante su visita verifica los materiales y elementos básicos con los que debe contar la unidad, marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A	¿La UDS cuenta con extintor con fecha de vencimiento vigente?			
B	¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?			
C	¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	X		
D	¿El material didáctico que utilizan las niñas y los niños se encuentra en buen estado y es pertinente para las edades de niñas y niños de la UDS?	X		
E	¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	X		
6. ACTIVIDADES/EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS*: si durante su visita se observa la realización de actividades con las niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X		
B	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			N/A.
B	Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atencion 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 abende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	X		
B	¿La unidad donde se abende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	X		
C	¿La unidad donde se abende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad de las niñas y los niños? (ver figura "Algunos tipos de alerta grave en los servicios", incluida en la guia de participación ciudadana para los servicios de primera infancia, que se encuentra publicada en internet)	X		
D	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?	X		
E	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Se observa buen uso de los implemento de bioseguridad, Mural informativo y muy conforme con el Servicio uds Hi Pequeño Mundo.

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 veeduria ciudadana para recibir respuesta del operador frente a las oportunidades de mejoramiento identificadas en la visita:

- Nombre de la persona encargada de recibir la respuesta del operador de los servicios: _____
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduria ciudadana: Carlos Julia Rueda
- Número Celular y/o fijo: Carmen Rueda. 3185780562

ACTA DE REUNIÓN N__4___

FECHA: 5 DE MAYO 2026 **HORARIO: A PARTIR DE LAS 10:00 A.M**

TEMA(S) DE LA REUNIÓN: VISITA DEL CONTROL SOCIAL

SIENDO LAS 10:00 A.M DEL DIA 5 DE MAYO SE REALIZA LA VISITA DE CONTROL SOCIAL A LA UDS MI PRIMERA INFANCIA.
SE DA INICIO CON EL SALUDO LUEGO PROCEDEMOS A LA VERIFICACION DEL RPP MENSUAL DEL MES DE MAYO, DONDE SE VERIFICA LAS FECHAS DE VENCIMIENTO, MARCAS Y LO PRINCIPAL QUE EL RPP MENSUAL COINCIDA CON LA MINUTA ESTABLECIDA POR EL ICBF PARA MUJERES GESTANTES, NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 MESES 29 DIAS

COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
VELAR POR EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	MES DE MAYO
VERIFICAR LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DEL RPP M E N S U A L , COMO SU CALIDAD Y MARCAS.	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	MES DE MAYO
REVISAR EL REFRIGERIO QUE SE SUMINISTRA EN LA UDS	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	MES DE MAYO

PÚBLICA

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
JANIA GISELLA VALENZUELA CASTELLANOS	**VEEDORA**
LUISA FERNANDA VALENZUELA FLOREZ	**SECRETARIA**

PÚBLICA

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

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha: 5 Mayo	5	5	2025
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio		
Centro zonal: Uno	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asociación de Padres		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 3006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Hcb Jami Bienvenir	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Doris Santiago Castro		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis Angelitos 1	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3123044023		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Manzana 1 Casa 23 Valles de Ariporo			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 1			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Control Social Mis Angelitos 1
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar el cumplimiento del programa Jami Bienvenir
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar el cumplimiento de la agente educativa
Procedimiento sugerido para la visita: 1. Cada integrante del comité de control social o de la veeduría ciudadana se presenta ante la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 2. Presentar el objetivo del control social y de la visita. 3. Realizar las preguntas que se consideren necesarias, según el objetivo del control social, a la persona responsable de la unidad donde se prestan los servicios. 4. Realización de las verificaciones en la unidad, según el objetivo del control social. 5. Entrega de los resultados de la visita.	

ALGUNOS TEMAS O ASPECTOS PARA HACER CONTROL SOCIAL (SE PUEDEN VERIFICAR OTROS DE INTERÉS POR EL COMITÉ O LA VEEDURÍA CIUDADANA)	Marque con una X según la respuesta que corresponda		
	SI	NO	No se está haciendo control social a este tema o no aplica
1. ALIMENTOS SERVIDOS EN LA UNIDAD: si durante su visita observa la entrega de los alimentos para consumir en la unidad (marque **"SI"** si cumple, **"NO"** si no cumple o **"NO APLICA"** si no aplica, según corresponda). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**			
A. ¿Los alimentos entregados corresponden a las preparaciones definidas en el menú del día? (verifique en el ciclo de menús que se encuentra en la unidad de servicio).	✓		
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 pueden aportarla; (ii) solicitar el acta de concertación para el funcionamiento del servicio en la comunidad; y (iii) considerar la experiencia de alguna o varias de las personas que hacen parte del comité o veeduría ciudadana y sean usuarias(os)			

directas(os) del servicio o parte de la familia de una niña, niño o mujer en gestación que se encuentren vinculados al servicio.			No Aplica
4. TALENTO HUMANO: si durante su visita verifica el personal que brinda la atención marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.			
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?			No Aplica
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.**

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:

Se Verifico que todos los Participante resiban los paquetes de acuerdo al grupo etaico, y minulata patron

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

Verificar que la madre fami icuna cles Condiciones de higiene y organiza ción de los alimentos

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

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Jensvillan@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3112468227



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

VERIFICACIÓN Nº: 4

Fecha: 05 MAYO 2026	
Regional/Departamento: META	**Municipio:** Villavicencio
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** HCB FAMI VIENDENIR
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024
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:** Diana Rodriguez
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MIS ANGELITOS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3123733150
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: calle 39B A 20A 01 JORDAN	

Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 14 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 7

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL SOCIAL.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar que todo este en orden
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar todos los complementos que ellen en buen estado

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.

Powered by CamScanner

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)	✓		

Powered by CamScanner

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?	✓		

Powered by CamScanner

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:

NINGUNA SITUACIÓN ENCONTRADA TODO EN ORDEN Y COMPLIMIENTO EN BUEN ESTADO

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

TODAS LAS USUARIAS SER PUNTUALES A LA HORA DE LA LLEGADA

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: ESTEFANI RODRIGUEZ

Powered by CamScanner

- 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: 323 219 6331

PUBLICA

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: __1__			
Fecha:	DÍA 05	MES 05	AÑO 2026
Regional/Departamento: META	**Municipio: VILLAVICENCIO**		
Centro zonal:1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: PORFÍA 3**		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): **FAMI**	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:50006532024**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: 15** **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CLLE42#16BO2** APT 102 MADRIGAL	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** YINATH MARIETH CORREA ARCE **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133860098		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	CONTROL Y VIGILANCIA
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	VERICAR QUE TODO SE CUMPLA EN LA UDS
Propósito o finalidad de la visita:	QUE LAS MAMITAS USUARIAS GESTANTES Y LACTANTES TENGAMOS UN SERVICIO ARMONICO
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.	

PÚBLICA

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

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

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.

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

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

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

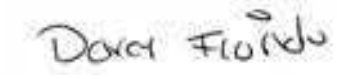
A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?	SI		
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	SI		
C.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios presenta algún riesgo para la vida o la integridad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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:
ALGUNAS MADRES GESTANTES LES HACE FALTA EL ULTIMO CONTROL PRENATAL Y VACUNAS

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA VISITA DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL O DE LA VEEDURÍA CIUDADANA: PRESENTAR LA FOTOCOPIA DEL CONTROL PRENATAL ACTUALIZADO

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: DARCY JULIETH FLORIDO ACOSTA
- 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: 3214068770
- 

¡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.

VERIFICACIÓN N°: 4	
Fecha:	5 Mayo 2026
Regional/Departamento: Meta	Municipio: Villavicencio
Centro zonal: UNO	Nombre del operador de los servicios de la primera infancia: Asoc. HCB Porfia 3
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Familiar	Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia: 5000653 2024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami Bienestar	Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita: Nidia Catalina Fuentes Peña
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Mis Huellas	Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o): 3182492219
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: Calle 39 N° 45-17	
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita: 1	

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Mis Huellas
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Para ver que vengan los Alimentos en buen estado
Propósito o finalidad de la visita:	de que este todo completo

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.

Powered by CamScanner

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 menus 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	

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Que las participantes cumplan con todas sus responsabilidades

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

Asistencia a todos los encuentros.

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: Yisse natalia Fonseca Perez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: natalia Fonseca491@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 3222692810

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN N.º: ____			
Fecha:	05	MAYO	2026
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVIENCIO		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** ASOCIACION PORFIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCBFAMI **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** MIS PRIMERAS HUELLITAS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** CALLE 3 # 06-69 LA NOHORA	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** YULY YESENIA GODOY MUÑOZ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3245106598		
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:** 4			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Thalia Hernandez.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar las condiciones de atención calidad del servicio, bienestar de los niños y el cumplimiento para la atención en el Programa.
Propósito o finalidad de la visita:	Realizar seguimiento al servicio prestado por la unidad, identificando fortaleza y oportunidades de mejora en el proceso.
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.	

Powered by CamScanner

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

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.

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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	N/A.
D.	En caso de atender niñas y niños con discapacidad ¿la unidad de servicio cuenta con espacios adaptados para su atención?		X	N/A
E.	¿La unidad de servicio cuenta con espacios, elementos y prácticas para promover las medidas de bioseguridad?	X		

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Durante la visita se evidencio un adecuado desarrollo de las actividades en la unidad, con la Participación activa de las familias asistentes.
se observa condiciones favorables en el ambiente., Promoviendo el bienestar y la atención integral de los niños, niñas y madres gestantes.

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

Continuar fortaleciendo las acciones implementadas en la unidad que contribuyen positivamente al desarrollo integral de los niños, niñas y gest. seguir Promoviendo espacios de Participación el bienestar para los asuarios, resaltando. las buenas Practicas observadas durante la visita.

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: Thalia Hernandez Ramos.
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: hernandezramirth@gmail.com.
- Número Celular y/o fijo: 3017668055.

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.

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN N°: ____			
Fecha:	05	Mayo	2026
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociacion Porfia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HCB Fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:**		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Familiar **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Mis primeros pasos UNO **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** Cra 51 #73 169 Noharo.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria Fernanda Pardo. **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3209855216		
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 14 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 14			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Yessica Yulie Moreno Gonzales.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificar los paquetes Nutricionales
Propósito o finalidad de la visita:	Revisar la minota

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

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

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

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

SITUACIONES IDENTIFICADAS DURANTE LA VISITA O TEMAS ADICIONALES VERIFICADOS:

Todo se encuentra como dice la minuta

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

Revisar cuando se vuelva a entregar completo.

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: Yessica Yulie Moreno Gonzalez

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____
- Número Celular y/o fijo: 322 277 1582.

PÚBLICA

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

VERIFICACIÓN Nº: ____			
Fecha:	5	MAYO	2026
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVICENCIO		
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** PORFIA 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): FAMILIAR	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 50006532024		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): FAMI BIENVENIR	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MIS PRIMEROS PASOS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3144390123		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CR 12 N° 9-19 VILLA MELIDA			
Número usuarias y usuarios asignados para atender en el servicio (cupos programados): 15 **y número de usuarias y usuarios presentes en la unidad el día de la visita:** 15			

Nombre del comité de control social o de la veeduría ciudadana:	Mis primeros pasos.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	.Revisión del RPP. .Revisión de refrigerio.
Propósito o finalidad de la visita:	Todo este completo y en buen estado.

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.

Powered by CamScanner

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			NO Aplica

Powered by CamScanner

	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. ***Experiencias pedagógicas: son provocaciones a vivencias únicas y genuinas, que tienen una intencionalidad definida alrededor de la promoción del desarrollo y aprendizaje de las niñas y los niños y el bienestar de las mujeres gestantes.*** **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				
A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X		
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			NO APLICA
B.	Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	X		
C.	¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	X		
D.	¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	X		
E.	¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	X		
F.	Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	X		
7. ESPACIO FÍSICO: si durante su visita verifica los espacios físicos en los que se brinda la atención a las usuarias(os) marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA:** solo se pueden verificar los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención a las usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**				

Powered by CamScanner

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 aplica
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 rehza la entrega del complemente por completo.

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

Acusar el siguiente mes (Junio).

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: Deikth Lopez
- 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

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN Nº: 5'

Fecha: 15/05/2026 (DIA 15 · MES 05 · 2026)	
Regional/Departamento: META	**Municipio:** VILLAVO
Centro zonal: UNO	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** PORFIA. TLTS
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HCB FAMILIAR Mediotiempo	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HCB. Familiar. FAMI.	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Nelan Moreno Londoño
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: MIS TRES ESTRELLAS	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3219964401
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: K16 #44B19 Soares	

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:	MIS TRES ESTRELLAS
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	colaboración. organizado las instalaciones. Para el día de la madre. Con flores. los Pasillos y cocinas los hornos de las cocinas
Propósito o finalidad de la visita:	

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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?			X
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	✓		
C. ¿Se cuenta con literatura infantil, juguetes, materiales y espacios para promover el juego, el arte y la exploración en las niñas y los niños.	✓		
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	✓		
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	✓		
F. Si se hace control social a la modalidad familiar, ¿se realizan experiencias orientadas a las prácticas y acciones de cuidado y crianza durante el encuentro en el hogar o el encuentro grupal, involucrando a los miembros de la familia presentes?	✓		

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

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

Observo. Que las participantes reciben su RPP. Lo que
aca en la factura y los productos que ofrecen la misma

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

Participar en las actividades que sean propuestas
el Dia de la madre

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

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

- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Jorc. 0622. me Lom
- Número Celular y/o fijo: 321.477 15 80



PÚBL

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERIFICACIÓN Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL A LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F4.G23.PP	04/09/2022
		Versión 1	Página 1 de 4

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha: 5-05-2026.	
Regional/Departamento:	5 Mayo 2026 **Municipio:**
Centro zonal: Uno Villavicencio	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** Asociación Porfia 3.
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): Fami BienVenir Medio tiempo. Comunitaria.	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653 2024
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): Fami BienVenir	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Maria Nohora Rivas Gómez
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Renacer	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3138923661
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: MZ 26 CS 22 B Reliquia	
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:	Brilly yuliana Cruz Cortes.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Hacer el control social, Verificacion de los productos esten en buen estado.
Propósito o finalidad de la visita:	que las fechas de vencimiento esten sin caducar que cada participante reciba su paquete.

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

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

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena iluminación?			
B.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?			
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 encontraron empacados y almacenados sobre una silla

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: Andrea Ayala Nuñez
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: Andreavila08@gmail.com
- Número Celular y/o fijo: 304 424 4066







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

VERIFICACIÓN Nº: ____

Fecha:	5 DÍA	Mayo MES	2026 AÑO
Regional/Departamento: Meta	**Municipio:** Villavicencio		
Centro zonal: 1	**Nombre del operador de los servicios de la primera infancia:** asociacion Portia 3		
Modalidad de atención (institucional, comunitaria, familiar o propia e intercultural): HcB fami	**Número de contrato del operador de los servicios de la primera infancia:** 5000653702 4		
Tipo de servicio (según la modalidad de atención seleccionada): HcB. fami	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Ana Yeiny cruz		
Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios: Semillitas	**Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 305 306 6315		
Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: M7 .103 cs 18 Betty			

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
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Verificacion de la minuta entrega de minuta
Propósito o finalidad de la visita:	Verificar que las entregas se cumplan

Procedimiento sugerido para la visita:

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

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

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 maduradas, 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?			No aplica
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)			No aplica

Powered by CamScanner

	directivos) 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		

8. 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 niñas, los niños y las mujeres gestantes marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda.

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

A.	¿Se observa que las niñas y los niños disfrutan estar en la unidad de servicio?	X		
B.	¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ***Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X		
A.	Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?			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 marque "SI" si cumple, "NO" si no cumple y "NO APLICA" si no aplica, según corresponda. **NOTA: solo se pueden** los espacios donde se brinda la atención, evitar ingresar a habitaciones y otro lugares donde no se brinde la atención usuarias(os). **Verifique lo siguiente según la modalidad de atención a la que se le realiza control social.**

Powered by CamScanner

A.	¿La unidad donde se atiende a las usuarias y los usuarios cuenta con buena ventilación?	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 aplica
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 cuentan con elementos de diosegoridad
Se cuenta con la puerta del baño

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

No contamos con purificador de agua para el consumo

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: Nayeli Mendoza
- 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: 3142804229

¡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.

Powered by CamScanner

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

VERIFICACIÓN N°: ____			
Fecha:	05	05	2026
Regional/Departamento:	**Municipio:** Vlcio - Meta		
Centro zonal: 1	**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 **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** Sueños Infantiles **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios:** M754C527 La Madrid	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitaria(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** Socanlly Correa R **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3133778039.		
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:	Sueños Infantiles.
Objetivo(s) acordado(s) por miembros del comité o veeduría ciudadana para realizar el control social a los servicios de la primera infancia:	Organizacion de Carpetas. Entrega PPP.
Propósito o finalidad de la visita:	Tener el orden el dia 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.

Powered by CamScanner

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		

Powered by CamScanner

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?	Y			
B. ¿La atención a las niñas, niños y mujeres gestantes la brinda el personal contratado para ello?	Y			
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?	Y			
B. ¿La unidad de servicio cuenta con botiquín de primeros auxilios?	Y			
C. ¿La unidad de servicios cuenta con material didáctico para que las niñas y los niños jueguen y exploren?	Y			
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?	Y			
E. ¿La UDS cuenta con libros y/o colecciones de libros para primera infancia?	Y			
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?	Y			
B. ¿Se cuenta con un documento de planeación de experiencias pedagógicas*, que describe las vivencias para el desarrollo y el aprendizaje de las niñas y los niños? ****Tenga en cuenta que la planeación pedagógica es el proceso que posibilita organizar la práctica pedagógica, esto implica: proyectar, implementar, y valorar las experiencias pedagógicas y de cuidado, que tiene como propósito potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su gestación.***	X			
A. Si se prestan servicios a niñas y niños con discapacidad en la unidad, ¿Usted observa que participa de las experiencias pedagógicas con las demás niñas y niños del servicio?		Y		
B. Si el servicio atiente mujeres gestantes, ¿Usted observa que son tenidas en cuenta en el desarrollo de las experiencias pedagógicas?	Y			
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.	Y			
D. ¿Los juguetes, libros o literatura infantil, y demás elementos pedagógicos se encuentra al alcance de las niñas y los niños?	Y			
E. ¿Los espacios, juguetes y elementos se encuentran limpios y de forma organizada?	Y			
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?	Y			
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.**				

Powered by CamScanner

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

* Contamos con botiquin de Primeros Auxilio.
* Contamos con extintor por si presenta una emergencia
* El hogar tiene reja en la puerta de la calle

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

Por recomendacion de los usuarios nos gustaria tener materiales didacticos y tapetes para la estimulacion de los bebes y madres gestantes

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: Karen Julieth Peñaranda
- 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: 3184480485

Powered by CamScanner

VERIFICACIÓN Nº: 2			
Fecha:	**5**	**MAYO**	**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** _____ **Nombre de la unidad donde se atiende a las usuarias y usuarios:** TRAVESURAS **Dirección de la unidad donde se atiende a usuarias y usuarios: CALLE 20C# 22 34**	**Nombres y apellidos del agente educativo o madre/padre comunitario(o) responsable de la unidad que atendió la visita:** LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO _____ **Número de celular o teléfono de la unidad, de agente educativa(o)/madre o padre comunitaria(o):** 3144821675		
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:

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.

PÚBLICA

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

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)			

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

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

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

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:			

PÚBLICO

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

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

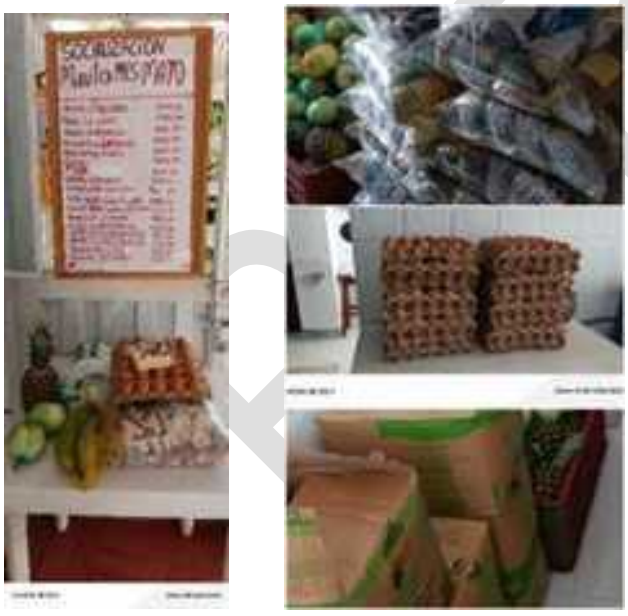
- Correo electrónico de la persona encargada de recibir la respuesta, del comité de control social o de la veeduría ciudadana: _____

Número Celular y/o fijo: _3114493158_____

REGISTRO FOTOGRAFICO:



VERIFICACIÓN RPP



VERIFICACIÓN RPP

COPIA PÚBLICA

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

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

PÚBLICA

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

AGROPECUARIA DE COMERCIO SAS EN
Nit:800237815-6
VIA AL BARRIO JUAN PABLO II Villavicencio
Villavicencio - Colombia
Tel: 6086784037
procesocontabilidad@agrocomsas.com
Actividad económica: 1051
Responsables del impuesto sobre las ventas IVA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
VV 52136

Autorización Numeración de Facturación No. 18764099853912 Numeración: AUTORIZADA Rango desde: VV50001 hasta: VV150000 Vigencia desde: 2025/10/08 hasta: 8/10/2027 - 24 Meses

CLIENTE:	NIT
ASC HOGARES MODALIDAD PRIMERA INFANCIA	800143122-6
DIRECCION:	**CIUDAD:**
MZ 42 ca 11 et 2	Villavicencio
CORREO ELECTRONICO:	**TELEFONO:**
asopadresporfiatres@gmail.com	3105900720

Fecha de emision	Fecha de vencimiento
2026/03/16	2026/04/16

Medio de Pago:
Terminos de Pago: 30 días
Moneda: COP
Número de oc:
Vendedor: LEGUIZAMON HUERTAS CAMILA ANDREA

Item	Referencia	Descripción	Und. Med	Cant.	Precio Unitario	Total Bruto
1	ORQ001	ARROZ ORQUIDEA X 25 LB	UND	90.0	$43,100.00	$3,879,000.00

Total items: 1

DIRECCION DE ENTREGA: MZ 42 ca 11 et 2 **BARRIO:** MADRID

VALOR EN LETRAS:
TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE *******

Notas:
ASC HOGARES MODALIDAD PRIMERA INFANCIA

VALOR BRUTO	$3,879,000.00
DESC. COMERCIAL	$0.00
IVA	$0.00
RETENCIONES	$0.00
TOTAL A PAGAR	**$3,879,000.00**

QR PAGOS BANCOLOMBIA:



CODIGO QR DIAN

Autorretenedor industria y comercio Villavicencio Resolución No. 1653-67.07/768 del 26 de Junio de 2024.
Favor no efectuar retención en la fuente factura registrada en la BMC Dec 574/2012.
Somos Grandes Contribuyentes Resolución 000200 del 27/12/2024.

CUFE: c6986e920f9c3a3fb63be208728e44e30d405e4cb0a211131ca8530a8ce1298510dedd93763ef9fb8fed8cf0d095b918

Fecha y hora de generación: 16/03/2026 9:00:03 a. m.
Elaborado por: jromero

Factura generada por software de SISTEMAS DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL S.A. NIT: 890.319.193-3
Proveedor tecnologico: Siesa Invoicing - www.siesa.com

ANA YAMILE PARRADO MARQUEZ
C.C 1076200784 - 1
NO RESPONSABLE DE IVA
Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764081687132 de 2024-10-17 a 2026-10-17
autorizado del FVE1 al FVE2000
CL 37 A 26 15 BRR SAN ISIDRO
3202339551
dishuevoslagranjita@gmail.com
VILLAVICENCIO META COLOMBIA

FACTURADO A:

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDES PORFIA 3
NIT 800143122 - 6
MZ 42 CA 11 ET 2 BRR LA MADRID
VILLAVICENCIO - META - COLOMBIA
asopadresporfiatres@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO:	FVE462	**VENCIMIENTO:**	2026-05-11
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2026-05-11 16:44:00		
FORMA DE PAGO:	Contado		
MEDIO DE PAGO:	Efectivo		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Descuento	Subtotal	IVA%	INC%	Valor Total
1	HU		HUEVO UNIDAD	17310.0000	$500.00	$0.00	$8,655,000.00	0	0	$8,655,000.00

Notas de la factura

SUBTOTAL:	$8,655,000.00
IVA:	$0.00
INC:	$0.00
DESCUENTO:	$0.00
RETENCIÓN:	$0.00
TOTAL IMPUESTOS :	$0.00

TOTAL A PAGAR **$8,655,000.00**

Son : OCHO MILLONES SEIS CIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CTE

TOTAL ITEMS: 1

RESUMEN DE RETENCIONES

Retención en la Fuente %:	$0.00
ReteIVA %:	$0.00
ReteICA %:	$0.00

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA %:	$0.00
Detalle IVA%:	$0.00

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio (Según el artículo 774 del Código de Comercio), con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título-valor. Después de su vencimiento, el pago de esta factura causará intereses por mora a la tasa más alta permitida por ley, sin perjuicio de las acciones ejecutivas pertinentes.

Favor consignar en las siguientes cuentas de ahorros de Bancolombia a nombre de Punto Software C&S sas, así:

Actualizaciones de los sistemas PUNTO: N. 395-000394-71
Certificados Digitales / Documentos Electrónicos: N. 395-000008-15

Cuida el medio ambiente

CUFE: 62de730e1f276f8ba1aa1cc76e011a2f0eddd1bf7f02432ec22ea6c9e9acb99db7ca1e8e357b36d57844cef1d8dc0196

Elaborado por: Nit: 900652135-8 Nombre: Punto Software CyS SAS

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA **No.FE - 24263**

IVA Régimen Común
Resolucion Facturacion Electronica No. 18764104206591 Fecha 3/01/2026
Numeración Autorizada de FE 22001 Al FE 25000 Vigencia 24 meses.

COSMOLAC S.A.S
NIT: 900.582.062-8
DIRECCION: KM 6 VIA ZIPAQUIRA CAJICA, VEREDA CHUNTAME
PARQUE INDUSTRIAL EL CORTIJO CAJICA
TEL: 3204820771
CORREO: NOTIFICACIONES@COSMOLAC.COM.CO
ACTIVIDAD ECONOMICA 1040

CLIENTE
ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIA
N.I.T 800143122 - 6
MZ 42 CA 11 ET 2 BRR LA MADRID
VILLAVICENCIO Tel: 3105900720

FECHA	ORDEN DE COMPRA	PEDIDO No.
16-may.-26	JM 001687	PR 19733

CONDICIONES DE PAGO	DIAS
CREDITO	0

CODIGO CLIENTE	CODIGO VENDEDOR	FECHA DE VENCIMIENTO	REMISION
800143122	JULIETH SANDRA MUÑOZ (	16-may.-26	

ITEMS	CODIGO	CANT	UND	DESCRIPCION PRODUCTO	VR. UNITARIO	DTO.	VR. PARCIAL
1	P0006	48	Cj900	L EN P ENTERA COSMOLAC 900 GR X 12 UNDS	195,000	0 %	9,360,000

RECIBIDO A CONFORMIDAD:	ITEMS
	48

Autorizo a Cosmolac SAS a consultar, en cualquier tiempo, en DATACREDITO , toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor y mi capacidad de pago, ademas de reportar a DATACREDITO, sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias.

PAGO ANTICIPADO/ DIR ENTREGA: CALLE 53 SUR # 37 - 33 BARRIO EL DARIEN/ VILLAVICENCIO/ CTO 653

El pago no oportuno de la presente factura de venta causará intereses de mora a la tasa máxima legal establecida por la superintendencia financiera. Con la firma de este documento, el comprador declara el recibo material de las mercancías y/o servicios. De conformidad con la Resolución 000085 de 2022 y el Art. 773 del Código de Comercio, se entenderá que la factura es aceptada; sí no, se reclama en contra de su contenido dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de recepción.

SUBTOTAL	9,360,000
DESCUENTO	0
I.V.A. 19%	0
RETEFUENTE	0
RETEICA	0
RETEIVA	0
FLETES	0
TOTAL	9,360,000

Fecha G. 16/05/2026 12:44:18 p. m.
Fecha Ex. 16/05/2026 12:44:18 p. m.

CUFE

26c0c17d706201974d37741f7e8d605977922854ff9961883d46f47d8deee1689e2e2506d6fe72a1b19f612420255c0d

Emitido por Software Propio: COSMOLAC S.A.S. Nit: 900.582.062-8



NAYDU ELIANA BEDOYA LIBERATO
NIT 1.124.190.167-6
CALLE 11 N 5 07 BR CENTRO
Tel: 3102194521
Cubarral - Colombia
gbedoyam@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. E 2358

Señores	ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITAR		
NIT	800.143.122-6	**Teléfono**	(608) 0000000
Dirección	MZ 42 CA 11 ET 2 BRR LA MADRID	**Ciudad**	Villavicencio - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/05/2026, 09:56
Expedición	11/05/2026, 09:56
Vencimiento	15/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor Impto.Rete.	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Código
1	QUESO DOBLE C ENTERO 250GR	565.00	4,237,500.00	0 %	0.00	0 %	0.00	Q06

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones doscientos treinta y siete mil quinientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-05-15 por $ 4,237,500.00

Total Bruto	4,237,500.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	4,237,500.00

Observaciones:
HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 3 FAMIS VILLAVICENCIO

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764104638813 aprobado en 20260115 prefijo E desde el número 2163 al 10000 Vigencia: 6 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 1040 Elaboración de productos lácteos Tarifa 4.5
CUFE: cab43e6a9ca0311acfc2e8d6c9805533505b52b1f918045faecd1d6894f261fb079487cae03b6da6d52c1c136f79ea3d



LLANO XPRESS
NIT 5.603.296-1
CR 27 37 A 28 BRR SAN ISIDRO
Tel: (038) 3214557154
Villavicencio - Colombia
llanoexpress321@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FV 401153

Señores	ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA PORFIA 3		
NIT	800.143.122-6	**Teléfono**	(057) 3115324719
Dirección	MZ 42 CA 11 ET 2 BRR LA MADRID	**Ciudad**	Villavicencio - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/05/2026, 18:23
Expedición	09/05/2026, 18:23
Vencimiento	31/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Pasta La Nieve Espaguetis X250GR	2,260.00	2,095.24	236,761.90	4,971,999.99
2	AVENA EN HOJUELAS SUDESPENSA X 500 GRS	565.00	4,571.43	129,142.86	2,712,000.00
3	Harina precocida superarepa 500gr	1,154.00	2,666.67	153,866.67	3,231,200.00
4	harina de trigo Ricaurte x 500 grs	1,130.00	2,380.95	134,523.81	2,825,000.00
5	PLATANO VERDE X LIBRAS	1,154.00	2,800.00	0.00	3,231,200.00
6	PIÑA X 500 GRS	1,154.00	2,200.00	0.00	2,538,800.00
7	CEBOLLA CABEZONA X500 GRS	1,154.00	2,000.00	0.00	2,308,000.00
8	Leche Entera Colanta X1000	3,390.00	5,400.00	0.00	18,306,000.00
9	FRIJOL ROJO SUDESPENSA X 500 GRS	1,154.00	7,000.00	0.00	8,078,000.00
10	Lenteja sudespensa x 500 grs	1,130.00	4,500.00	0.00	5,085,000.00
11	alverja verde seca SuDespensa x 500 gramos	1,130.00	2,200.00	0.00	2,486,000.00
12	Panela Rosse x500gr	565.00	4,500.00	0.00	2,542,500.00
13	ACEITE SOLISOYA X 1000CC	565.00	11,344.54	1,217,836.13	7,627,500.00
14	EMPAQUE SEGUNDARIO	589.00	4,500.00	0.00	2,650,500.00
15	ENBALAJE PRODUCTOS	589.00	5,000.00	0.00	2,945,000.00
16	TRASPORTE PUNTO A PUNTO	589.00	7,000.00	0.00	4,123,000.00
17	ACEITE SOLISOYA X 500 ML	24.00	6,722.69	30,655.46	192,000.00

Total items: 17

Valor en Letras: Setenta y cinco millones ochocientos cincuenta y tres mil seiscientos noventa y nueve pesos m/cte con noventa y nueve cent.

Total Bruto	73,950,913.16
IVA 19%	1,248,491.59
IVA 5%	654,295.24
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	75,853,699.99

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-05-31 por $ 75,853,699.99

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764074567831 aprobado en 20240708 prefijo FV desde el número 400001 al 500000 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4711 Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente por alimentos, bebidas (alcohólicas y no alcohólicas) o tabaco Tarifa 4*mil
CUFE: 27d58b275b2f85530ed311537b022f9e7cd4865492cbafafe0db458f3e35ce01626ba8e52c32881fa45738e333f08dc9



LLANO XPRESS
NIT 5.603.296-1
CR 27 37 A 28 BRR SAN ISIDRO
Tel: (038) 3214557154
Villavicencio - Colombia
llanoexpress321@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FV 401201

Señores	ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA PORFIA 3		
NIT	800.143.122-6	**Teléfono**	(057) 3115324719
Dirección	MZ 42 CA 11 ET 2 BRR LA MADRID	**Ciudad**	Villavicencio - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	26/05/2026, 21:52
Expedición	26/05/2026, 21:52
Vencimiento	31/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Arroz Orquidea X500GR	108.00	2,000.00	0.00	216,000.00
2	Pasta La Nieve Espaguetis X250GR	108.00	2,095.24	11,314.29	237,600.00
3	AVENA EN HOJUELAS SUDESPENSA X 500 GRS	27.00	4,571.43	6,171.43	129,600.00
4	Harina Super Arepa X500GR	54.00	2,666.67	7,200.00	151,200.00
5	harina de trigo Ricaurte x 500 grs	54.00	2,380.95	6,428.57	135,000.00
6	PLATANO VERDE X1000	27.00	5,600.00	0.00	151,200.00
7	Piña MayanesX100 GRS	27.00	4,400.00	0.00	118,800.00
8	CEBOLLA CABEZONA X1000 GRS	27.00	4,000.00	0.00	108,000.00
9	LECHE ENTERA ENPOLVO COSMOLAC X 900 GRS	27.00	24,500.00	0.00	661,500.00
10	QUESO DOBLE CREMA SAN JERONIMO X250 GRS	27.00	6,302.52	32,331.93	202,500.00
11	Huevos tipo AA x 30 unid x 60 gr C/U	810.00	500.00	0.00	405,000.00
12	FRIJOL ROJO SUDESPENSA X 500 GRS	54.00	7,000.00	0.00	378,000.00
13	Lenteja sudespensa x 500 grs	54.00	4,500.00	0.00	243,000.00
14	alverja verde seca SuDespensa x 500 gramos	54.00	2,200.00	0.00	118,800.00
15	Panela Rosse x500gr	27.00	4,500.00	0.00	121,500.00
16	ACEITE SOLISOYA X 1000CC	27.00	11,344.54	58,197.48	364,500.00
17	EMPAQUE SEGUNDARIO	27.00	4,500.00	0.00	121,500.00
18	ENBALAJE PRODUCTOS	27.00	5,000.00	0.00	135,000.00
19	TRASPORTE PUNTO A PUNTO	27.00	7,000.00	0.00	189,000.00
20	Leche Entera Colanta X1100ML	162.00	5,850.00	0.00	947,700.00

Total items: 20

Valor en Letras: Cinco millones ciento treinta y cinco mil cuatrocientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-05-31 por $ 5,135,400.00

Total Bruto	5,013,756.30
IVA 19%	90,529.41
IVA 5%	31,114.29
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	5,135,400.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764074567831 aprobado en 20240708 prefijo FV desde el número 400001 al 500000 Vigencia: 24 Meses**

Responsable de IVA - Actividad Económica 4711 Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente por alimentos, bebidas (alcohólicas y no alcohólicas) o tabaco Tarifa 4*mil

CUFE: c228f13a07b0dcdfc67cebd5f98f1e785bd7baaf31483b28b1e3ceca1d922e5bd40463b44b085e8cb31d91048f38fb70

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAM BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/UCAI/UE: ALEJANDRO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELÉFONO: 3142483310

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CODIGO CUENTAME DE LA 50000100018959 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE 50006512024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																				RECIBE AAVVH EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de maíz super arepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (pitaya)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raíz - Platano (platano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanta)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subespecial)	Leguminosas (Alverja Subespecial)	Leguminosas (Lentejas Subespecial)	Aceites (Soleyoyel)	Azúcares (Panela natural Rouse 500g)							
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramo s / kilos	SI / No							
1	1121856663	NANCY DIAZ AGUDELO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NANCY DIAZ AGUDELO	PARTICIPANTE	1121856663	3144214569	Nancy Diaz
2	1122141944	YENNY CAROLINA PARRA VALENZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YENNY CAROLINA PARRA VALENZ	PARTICIPANTE	1122141944	3212254720	Yenny Parra
3	1121816425	MARIA CRISTINA LEON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA CRISTINA LEON	PARTICIPANTE	1121816425	3227952196	Cristina León
4	1193099414	DENERE ALEXANDRA METO ERVI	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JHON SEBASTIAN BECERRA	ESPOSO	1121961396	3136779404	
5	1123455122	VALENTINO URREGO HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ MEL	PARTICIPANTE	1123901731	3133033120	Alejandra Hdz
6	1098859154	KAREN JAHSLEYDI ARDILA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN JAHSLEYDI ARDILA	PARTICIPANTE	1000324561	3133016461	Karen Ardila
7	1121893401	ANA LEIDA GUAYARA ARDILA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANA LEIDA GUAYARA ARDILA	PARTICIPANTE	1121893301	3219170410	Ana Guayara
8	1121990786	ETHAN ELIAS ROJAS ROJAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DARO MAYELI ROJAS	MAMA	1122853653	3212419033	Darly
9	1244829933	GABRIEL EMILIANO REINA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MELISSA REINA RIOS	MAMA	1120853474	3156195165	Melissa RC
10	1121893588	DARWIN E MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NAYBE BERROTERAN	MAMA	1121893588	3156375297	Nayibe B.S.
11	1234796450	MARE ALEXWAY PEÑA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YARICELA BOHORQUEZ	MAMA	1192139982	3178014861	Yaricela B.
12	1121920422	ADRIANA YULIETH ERAZO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ADRIANA YULIETH ERAZO	PARTICIPANTE	1121920422	3178014861	Adriana Erazo
13	1108931507	XIOMARA ALEXANDRA ARIAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	XIOMARA ALEXANDRA ARIAS	PARTICIPANTE	1108931507	3136613432	Xiomara Alexandra
14	253256056	LIAM MATHEO RIOS GIL		X			500g	500g	500g			500g	500g	500g				15 Und				500ml		NO	MARIA PAULA GIL	MAMA	1024329038	1306774197	Maria Paula Gil
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															

Notas

¡IMPORTANTE: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Rocío Almanza
Cédula: 40383065
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: ROCIO ALMANZA
Teléfono: 314 248 3350

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: UNO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENVENI UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/RURAL/CAJUE: ARCOIRIS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TÉLEFONO: 3015508524

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CÓDIGO CUENTAME DE LA: 5000100023530 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO CONTRATO DE APORTE: 5000513024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO (EDAD ACTUAL)				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																				NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz SUPER AREPA)	Cereal (Harina de Trigo RICAUTE)	Cereal (Avena 6u Deliperas)	Fruta (PIÑA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raíz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Colombar)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespemsa)	Leguminosas (Alverja Sudespemsa)	Leguminosas (Lenteja Sudespemsa)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Roase 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?					
							Libras	Libras	Libras	Libras	Libras	Kilos / Libra	Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Libras	Libras	Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1.121.891.078	TULIANA FERANDA MURCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
2	1.006.774.339	MANUELA VASQUEZ RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
3	1.118.197.643	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
4	1.007.680.601	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
5	1.121.952.088	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
6	1.088.353.649	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
7	1.121.923.632	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
8	1.122.512.157	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
9	1.121.963.497	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
10	1.122.654.619	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
11	1.121.883.740	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
12	1.121.967.067	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
13	1.121.854.149	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
14	1.112.630.820	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
15	1.121.887.338	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE! En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea; disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Nidia Vásquez
Cédula: 40185442
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Nidia Vásquez
Teléfono: 3505186972.

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCAIUE: AVENTURAS ENPAÑALES

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3154234048

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CODIGO CUENTAME DE LA: 5000100019630

NO.CONTRATO DE APORTE: 5000653024 MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTICAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																			RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 2 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de MAIZ Precocida SUPER AREPA)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta Futa)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanolac)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jerónimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Arveja Sudespensa)	Leguminosas (Lenteja Sudespensa)	Aceites (Soyaoya)	Azúcares (Panela natural Ricaos 500g)							
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litros	gramo s / kilos	SI / No					
1	1.121.825.755	DIANA VALERIA VILLALBA	X				2 Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	ANA MABEL HERNANDEZ	PARTICIPANTE	1121913634	3125775542	ana mabel e.
2	1.122.345.671	CRISTAL SUAREZ GARCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	CRISTIAN ESTEBAN SUAREZ	ESPOSO	1731889	3108737859	Cristian S.
3	1.121.883.137	MATHEO STUVAN ACOSTA		X			1 L	1 L	1L	------	------	1 L	1 L	1 L	------	------	------	15 UNID	------	------	500 Kg	500 ml	------	NO	MARIA LESTHER ACOSTA	PARTICIPANTE	1006738978	3212115868	LESTHER A.
4	1.122.825.234	LAUREN XIMENA SIBO LEON		X			1 L	1 L	1L	------	------	1 L	1 L	1 L	------	------	------	15 UNID	------	------	500 Kg	500 ml	------	NO	LUISA ALEJANDRA LEON	MADRE	1136558515	3126775542	Luisa Leon
5	1.030.623.590	JHOANA PAOLA HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1 Kg	1 L	------	NO	JHOANA PAOLA HERNANDEZ	PARTICIPANTE	1.030.623.590	3244502743	Jhoana H.
6	1.233.436.251	ARELJOSUE BUITRAGO P	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	LAUREN XIMENA ROYECH	PARTICIPANTE	1.122.806.470	3212554785	Lauren Pardo.
7	1.013.436.915	LUBIANA ZEULMAR FERNANDEZ H	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	LUBIANA ZEULMAR FERNANDEZ H	PARTICIPANTE	24506782	3142555202	Lubiana F.
8	1.014.789.788	ANGIE TATIANA DIAZ B	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	DUVAN FELIPE MALDONADO	CUÑADO	1121937184	3247300538	Duvan felipe J.
9	40.385.512	ANA YOLIMA GUTIERREZ M	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	ANA YOLIMA GUTIERREZ MONTAÑEZ	PARTICIPANTE	40139913	3145427888	Ana Yolima G.
10	1.121.031.061	MIYAMI SAMUEL CHILAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	SHEBLY MABETH LOPEZ MOJANO	PARTICIPANTE	1121306161	3223508512	Sheily M.
11	1121395146	EMILIANO GUTIERREZ GARCIA		X			1 L	1 L	1L	------	------	1 L	1 L	1 L	------	------	------	15 UNID	------	------	500 Kg	500 ml	------	NO	YERALDIN GARCIA PEDRAZA	MADRE	1124243088	3216212970	Yeraldin P.
12	1013108608	KAROL ANDREA LOPEZ M	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	KARL ANDREA LOPEZ MENDEZ	PARTICIPANTE	1010108608	3236857833	Paola duncel
13	1015413404	YENI PAOLA DONCEL B	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	YENI PAOLA DONCEL B	PARTICIPANTE	1015413404	3212323496	Karol. andel
14	1098810387	MONICA ADRIANA ACOSTA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	MONICA ADRIANA ACOSTA	PARTICIPANTE	1098810387	3130737879	monica ACOSTA
15	1035527660	LIZETH MAYERLY MURCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	5Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	1 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	------	NO	LIZETH MAYERLY MURCIA	PARTICIPANTE	1035527660	3206561853	Lizeth murcia
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

IMPORTANTE: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: [signature]
Cédula: 901.180.04
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega:
Teléfono: 3154234048

Firma:
Representante legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ENTREGA MENSUAL DE RACIÓN PARA PREPARAR BILLOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

F21-GET1-PP
Versión 3

1 1/09/2023
Página 1 de 1

Clasificación de la información
Pública

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLA VICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMILIAR MODALIDAD | UNIDAD DE ATENCIÓN LUGAR/ANCAVE: CARITA FELIZ

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3114609950

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACION DE HCB PORTIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 50021000134 02

NO CONTRATO DE APORTE: 10000513224 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				COMPOSICIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y (Gestante)	6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niñas de 2 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Nona)	Cereal (Harina Precocida Super Arepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricacha)	Cereal (Arroz Sin Despensa)	Fruta (Pera)	Verdura (Lenteja Baby)	Tubérculo - Raiz - Plátano (plátano)	Lácteo, (Leche en Polvo Colanta)	Lácteo Bebida Fortificada (Colanta 1200 ml)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevo AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Bolitegamex)	Leguminosas (Alverja Bolitegamex)	Leguminosas (Lenteja Bolitegamex)	Aceites (Girasol)	Azúcares (Panela natural Rasta 500g)	RECIBE AAVIN EN ESTA ENTREGA?				
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / sobre	SI / No				
1	1006898870	LAURA DANIELA LEON BARBOSA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA DANIELA LEON BARBOSA	PARTICIPANTE	1039105200	1006898870	Laura Leon
2	1123804874	CHAROL SOFIA RAMOS OLIVERA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CHAROL SOFIA RAMOS OLIVERA	PARTICIPANTE	1123804874	3115867878	Charol Olivera
3	1122513840	SHAROL LISET MUÑOZ CORTES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	SI	SHAROL LISET MUÑOZ CORTES	PARTICIPANTE	1122513840	3203801430	Sharol muñoz
4	1005989910	PAULA VALENTINA CHIA CARO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA VALENTINA CHIA CARO	PARTICIPANTE	1005989910	3123127780	Paula V. Chia C
5	1113852272	MARIA DANITZA GUTIERREZ AGUILAR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA DANITZA GUTIERREZ AGUILAR	PARTICIPANTE	1113852272	3243874213	Maria Danitza Gutie
6	1007741836	STEFANNY ECHAVARRIA MORA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	SI	STEFANNY ECHAVARRIA MORA	PARTICIPANTE	1007741836	3132014520	Stefanny Echavarria Mora
7	1006198729	ANDREA JULIETH LOPEZ CHIPATECUA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	SI	ANDREA JULIETH LOPEZ CHIPATECUA	PARTICIPANTE	1006198729	3208193324	Andrea Lopez
8	1121981528	YESENIA DEL PILAR ZEA SANCHEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	SI	YESENIA DEL PILAR ZEA SANCHEZ	PARTICIPANTE	1121981528	3104322070	Pilar Zea
9	1284629025	ELIZABETH SOFIA SUAREZ ECHAVARRIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	GERALDINE ECHAVARRIA MORA	MADRE	1006010905	3016042915	Geraldine Echavarria Mora
10	1284629019	JEAN PAUL CAÑAÑEDA RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JOSELIDO AMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	MADRE	21827308	3202953444	Joselida R
11	1284629982	ASHLEY VICTORIA GARAVITO RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SAUDY VALENTINA RODRIGUEZ GRANADOS	MADRE	1006736484	3054088111	Valentina R
12	1123589958	YADIEL MANUEL LARRUTIA LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE MELISA LOPEZ DUARTE	MADRE	1120578899	3044853654	Melisa Lopez
13	1123405327	MIA ANTONELLA FORERO MURILLO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ANDREA MURILLO RODRIGUEZ	MADRE	1006991269	3114631826	Paula Murillo
14	1122643547	MIGEL MATHIAS ARDILA MORENO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	OLGA LUCIA MORENO PARRADO	MADRE	1121921814	3132172994	Lucia Moreno
15	1121689418	ANGIE VALERIA TOCORA REY	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	800 g	1 L	250 g	50 Un	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALIX DAYANA REY RUIZ	MADRE	1121946118	3150531278	Dayana Rey
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Inserte más filas hacia abajo para completar la cantidad de usuarios necesaria.

Notas:

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4, Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
Cédula: 21195015
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: _____
Teléfono: 3114631978

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¿Antes de imprimir este documento piense en el MEDIO
Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: CASITA FELIZ

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3223607750

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 500011125293 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50000532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																			RECIBE AAVH EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niñas de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Crudo/Seco)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz Precocida)	Cereal (Harina de Trigo Fortificada)	Cereal (Avena En Hojuelas)	Fruta (pera)	Verduras (calabaza Bolivia)	Tubérculo - Raíz - Plátano (guineo)	Lácteo. (Leche en Polvo Cuerpo Max)	Leche Liquida Pasteurizada (Colanta 1050 ml)	Queso (queso Doble Crema Cuerpo Max Jerusalen)	Huevo AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Bocachamba)	Leguminosas (Arveja Bocachamba)	Leguminosas (Lenteja Bocachamba)	Aceite (Belloyoyo)	Azúcar (Panela natural Rocco 450g)						
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litro	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1123635754	THIAGO STIVEN CUBIDES ARIAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARLY TATIANA ARIAS ARGUELLO	MAMA	1098621152	3116337369	Marly Tatiana.
2	1026912238	ESTHAN ESTEBAN PRIETO MOJICA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ANDREA MOJICA SAAVEDRO	MADRE	1123451130	3224302471	
3	1007666189	INGRID JHOVANNA PLAYONERO MAESTERRA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	INGRID JHOVANNA PLAYONERO MAESTERRA	PARTICIPANTE	1007666189	3208112196	Ingrid Playonero
4	1121690660	ANA YURLEY PLAYONERO IRALGO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANA YURLEY PLAYONERO IRALGO	PARTICIPANTE	1121690660	3201484783	Ana Yurley Playonero
5	1123635626	SANTIAGO ROJAS PEDRAZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	OLGA ALEJANDRA PEDRAZA CHADRAQUI	MADRE	1121690672	3112566564	Olga Alejandra
6	1121903598	DANNA VICTORIA TORRES PLAYONERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DANA CAROLINA PLAYONERO MAESTERRA	PARTICIPANTE	1121690656	3228966371	Dana Carolina
7	1121614664	KELY YOHANA LOPEZ RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KELY YOHANA LOPEZ RODRIGUEZ	PARTICIPANTE	1121614664	3128738452	Kely Rodriguez
8	1121688695	JESSON EMILIANO ACOSTA DIAZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY YERALDIN DIAZ LEAUD	MADRE	1121688241	350 6360286	Jesson Acosta
9	1121689434	THIAGO ALEJANDRO GUTIERREZ MARIN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NICOL NATALIA MARIN OSPINA	MADRE	1123518557	3124686982	Nicol Natalia
10	1006821786	YULI ANDREA RODRIGUEZ CORTES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULI ANDREA RODRIGUEZ CORTES	PARTICIPANTE	1006821786	3124332220	Yuli C.
11	1121689454	BRAYAN STIVEN PARDO DUBIDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA MARCELA DUBIDEZ	MADRE	1121685800	3237796195	Diana M Dubidez
12	1123544280	ALIANE SOFIA GONZALEZ CAMELO		X			1lb	1lb	1lb	—	—	1lb	1lb	1lb	—	—	—	15 Ud	1lb	—	—	500ml	—	NO	PAOLA ANDREA CAMELO	Tia	1121685801	3008340517	Paola Camelo
13	1234758874	EMILY MARIANA LINARES NARANJO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YURI ALEJANDRA NARANJO MARTINEZ	MADRE	1024468187	3228615020	Y Julyanta Leidy
14	1123636663	LEIDY JHOANA VANEGAS PEÑA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY JHOANA VANEGAS PEÑA	PARTICIPANTE	1123636663	3134677319	Leidy Vanegas
15	1123544438	MARIAN ALAIA GOMEZ PAEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	HEIDY YANET PAEZ NARANJO	MAMA	1121685481	3211788824	Heidy Paez
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Otras

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 1010423169
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Dayana pedraza
Teléfono: 3223607750

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: CRECIENDO FELIZ

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3112865473

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 50001000465364 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	Y APELLIDOS COMPLETOS A	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgullitos)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz Super Arepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricaarte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (PIÑA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Cosmolac)	Lacteo liquido Pasteurizada (Colanta entera)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lenteja Sudespensa)	Aceites (Sol-yaraya)	Azúcares (Panela natural Roose 500g)							
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos / Libra	Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litro s	Gramos	No. Unidades	Kilos / Libra	Kilos / Libra	Kilo s/ Libr	ml./ Litro	gramo s / kilos	SI / No					
1	1121988790	ETHAN GABRIEL MOYA SANCHEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NATALIA SANCHEZ BARRETO	MADRE	1.110.487.071	3242504109	Natalia Sanchez
2	1121990407	DANIELFS ADHARA BONILLA AGUILAR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	GENESIS DE LOS ANGELES AGUILAR SANCHEZ	MADRE	1.121.972.681	3154462078	Genesis Aguilar
3	1122345786	IAN ISAAC GOMEZ VASQUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SARA JIMENA VASQUEZ RESTREPO	MADRE	1.031.803.089	3197934160	Sara Vasquez
4	1123438670	LAURA SOFIA HERNANDEZ CAICEDO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA SOFIA HERNANDEZ CAICEDO	PARTICIPANTE	1.123.436.670	3132103886	Laura Caicedo
5	1122139686	LAURA VALENTINA GARCIA ALVAREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA VALENTINA GARCIA ALVAREZ	PARTICIPANTE	1.122.519.686	3203609279	Laura Garcia
6	1122130661	LIAM DARIO ADHURY FONTECHA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARISOL FONTECHA VILLALOBOS	MADRE	1.122.116.717	3114462097	Marisol Fontecha
7	6.632.091	MARGARETH DE LOS ANGELES GALINDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARGARETH DE LOS ANGELES GALINDEZ	PARTICIPANTE	6.632.091	3202813902	Margarth Galindez
8	1121965435	YULIANA KATERINE PEREZ CALDERON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULIANA KATERINE PEREZ CALDERON	PARTICIPANTE	1.121.965.435	3138483749	Yuliana Perez
9	1123820905	ZARETH CATTLEYA PEREZ LOYA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JUANY YIDED LOYA VERGARA	MADRE	1.122.650.160	3222526653	Juany Loya
10	1121989799	MARIA ISABELLA TORRES TOVAR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MAYURI TOVAR MONTERO	MADRE	1.013.382.887	3134422338	Mayuri Tovar
11	1233235106	MATHIAS BAYO PEREZ		X			1 L	1 L	1 L	—	—	1 L	1 L	1 L	—	—	—	15 Ud	1L	—	—	500 ml	—	NO	YULIETH ANDREA PEREZ CALDERON	MADRE	1.072.190.371	3013401503	Yulieth Perez
12	1122546285	MATEO ALEJANDRO ZAPATA DAZA		X			1 L	1 L	1 L	—	—	1 L	1 L	1 L	—	—	—	15 Ud	1L	—	—	500 ml	—	NO	SOLBEY MILENA DAZA GIRALDO	MADRE	1.122.131.906	3238017319	Solbey Daza
13	1123455268	ALEX SANTHIAGO PALACIO PALMA		X			1 L	1 L	1 L	—	—	1 L	1 L	1 L	—	—	—	15 Ud	1L	—	—	500 ml	—	NO	LAURA MARCELA PALACIO PALMA	MADRE	1.010.123.140	3222555133	Laura Palacio
14	1122945889	JOINER STIVEN GARCES URREGO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KATHERINE ALEXANDRA URREGO GONZALEZ	MADRE	1.121.892.113	3213522203	Katherine Urrego
15	1072856730	ANGELICA VIVIANA ACOSTA ROBAYO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGELICA VIVIANA ACOSTA ROBAYO	PARTICIPANTE	1.072.856.730	3123140798	Angelica Acosta
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea; disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
Cédula: 40373377
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: LUZ MARINA MATEUS ROLDAN
Teléfono:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAIUCA/UE: DESCUBRIENDO TALENTOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3187434018

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 5000100000322 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 5000053/2024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgullito)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal(Harina de Maíz Sagarampa)	Cereal (Harina de Trigo ISAcarbi)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (pita)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (guineo)	Lácteos. (Leche en Polvo Colombina)	Leche Bolsita Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (Ipiales Doble Crema Lactosos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lenteja Sudespensa)	Aceites (Soyayoya)	Anticeros (Panela natural Rosse 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?				
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	Si / No				
1	1121980318	NAHOMI TORRES DIAZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENIFFER DIAZ CRUZ	MADRE	1121897409	3125700337	Jeniffer Diaz
2	1234196525	MADISSON GUZMAN LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CHELSEA LOPEZ	MADRE	1006877620	3124555637	Chelsea Lopez B
3	1123455336	JESLY RAMIREZ DELGADO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CHEYLAN RAMIREZ	MADRE	1006824994	3248655430	CHEYLAN RAMIREZ
4	1121853245	IVON SERNA RAMIREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NINI RAMIREZ GARCIA	ACUDIENTE	40215200	3229334189	Adriana
5	1028872038	LAURA CARDENAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA CARDENAS	PARTICIPANTE	1007442453	3138770997	Laura Cardenas
6	1004063649	YISETH PEREZ SANCHEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YISETH PEREZ SANCHEZ	PARTICIPANTE	1004063649	3144662381	Yiseth Perez P.
7	1122944328	XIMENA GONZALEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	XIMENA GONZALEZ	PARTICIPANTE	1122925538	3134212910	Ximena Gonzalez
8	1121989799	MATHIAS LINARES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VALENTINA BAQUERO	MADRE	1122922253	3142061704	Valentina Baquero
9	1122945844	ASHLEY GOMEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	THALI CALDERON	MADRE	1010131660	3212805562	Yerdy calderon
10	1028872215	ALAIA PEÑA RAMIREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGELA RAMIREZ	ACUDIENTE	1121859575	3215400074	Angela Ramirez
11	8618585	SALOME QUILELLI	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SALOME QUILELLI	PARTICIPANTE	8618585	3229326040	Salome
12	1123825467	IAN GUERRERO R	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SANDRA RODRIGUEZ	MADRE	1032958795	3227905568	Sandra Rodriguez
13	1234786407	DEILYN LEIVA TRIANA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ZARAIC TRIANA	MADRE	1127056231	3227819883	Zaraic
14	1123829516	DAFNE FARFAN GUZMAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGELICA GUZMAN	MADRE	1234786074	3219859580	Angelica Guzman
15	1121990435	MILLAN GUERRERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDYS CHACON	MADRE	1063480904	3013082905	Leidys Chacon
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4, Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingo las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Sandra
Cédula: 1121834040
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Sandra Milena Ayala Tovon.
Teléfono: 3187434018

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

		F21.MT1.PF Versión 2	11/08/2025 Página 1 de 1
			Clasificación de la información Pública

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: EL AMISTC AMISTOSO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3208008430

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACION DE HCB PORFIA 3 CODIGO CUENTAME DE LA 50000100028824 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50006512024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-8 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz Super Arepa)	Cereal (Harina de Trigo Rizada)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos (Leche en Polvo Colanta)	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subdespensa)	Leguminosas (Alverja Subdespensa)	Leguminosas (Lenteja Subdespensa)	Aceites (Soly+oya)	Azúcares (Panela Rosse 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?					
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	Sí / No					
1	1121308744	LINA PAOLA ALONZO VEGA	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	LINA PAOLA ALONZO VEGA	PARTICIPANTE	1121938744	3114	
2	8604234	MARIA ANGEL ISARRA RIVAS	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ANGEL ISARRA RIVAS	PARTICIPANTE	8604234	3013	
3	1033686189	NIDIA ESPERANZA HERNANDEZ	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	NIDIA ESPERANZA HERNANDEZ	PARTICIPANTE	1033686189	3228	
4	1026880421	YULIANA ALEJANDRA ORTIZ	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	YULIANA ALEJANDRA ORTIZ	PARTICIPANTE	1026880421	3216	
5	1121304087	MARIA FERNANDA ORTIZ	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	MARIA FERNANDA ORTIZ	PARTICIPANTE	1121304087	3004	
6	1118543074	ANA LUCELY LOPEZ	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANA LUCELY LOPEZ	PARTICIPANTE	1118543074	3103	
7	40331882	ERIKA MARITZA SARMIENTO	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA MARITZA SARMIENTO	PARTICIPANTE	40331882		
8	1122311850	MARIA ISABEL VELANDIA	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ISABEL VELANDIA	PARTICIPANTE	1122311850	3224	
9	1006719410	ANGIE CAROLINA HUADA	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE CAROLINA HUADA	PARTICIPANTE	1006719410	3156	
10	1105941501	GINA YULIETH CULMA LOAIZA	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANA CELIA LOAIZA	MADRE	65790654	3228	
11	1121955585	NATALIA MARTINEZ MARTINEZ	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	MAURO ANDRES ARANGO	ESPOSO	1121955585	3138	
12	1244829621	THIAGO MARSEL VIVI	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	INGRITH DAYANA HERNANDEZ	MADRE	1019125480	3136	
13	1244829950	ZOE ACOSTA BOCANEGRA	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	CAROL YESENIA BOCANEGRA	MADRE	1121963909	3113	
14	1004872200	ALISSON BLANDON RINCON	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	CLAUDIA LECINER RINCON	MADRE	1120505740	3136	
15	1121960214	MATEO MONTAÑEZ SOACHA	X				2kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	FRANCY YOLIMA SOACHA	MADRE	1121917670	3218	
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Inserte mas filas hacia abajo para completar la cantidad de usuarios necesaria

otas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: Disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Monica Arias
Cédula: 42391233
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Monica Maria Arias Gutierrez
Teléfono: 3228906436

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO HCB FAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: EL CARIÑOSO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TÉLEFONO: 311452236

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA CÓDIGO CUENTAME 5000010002881C MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE 5000653200A

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		RECIBE AA/VA EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz Super Arepa	Cereal (Harina de Trigo Integrale)	Cereal (Avena Su Desayunos)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Platano (plátano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanolac)	Lácteos, (Leche Pasteurizada (Colanta ultra/Alpina/Parmalat) crema Crema Lechera, san	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Sobysoya)	Azúcares (Panela natural Ruese 500g)									
			Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	Kilos/ Libra	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1006856491	ANGIE NATALIA NIETO RUIZ	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE NATALIA NIETO RUIZ	PARTICIPANTE	1006856491	3106256916	Angenido
2	1121955531	YOIS LIZETH GARZON JOYA	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YOIS LIZETH GARZON JOYA	PARTICIPANTE	1121955531	3223726501	Yois Joya
3	1122132903	LEIDY KATHERINE MORALES GUIZA	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY KATHERINE MORALES G	PARTICIPANTE	1122132903	3178843825	Leidy morales
4	1007496664	DANIELA BEDOYA HERNANDEZ	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DANIELA BEDOYA HERNANDEZ	PARTICIPANTE	1007496664	3223443861	Daniela
5	1122945772	MARIA ANTONIELLA LINERO R	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ADRIANA DEL PILAR RODRIGUEZ	MADRE	1121946781	3116752504	Adriana Rodriguez
6	1121988844	KEILER ANDRES GUARIN ROMERO	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA PATRICIA ROMERO SALDAÑA	MADRE	1057690729	3224561730	Laura R.
7	1121989816	ARLANY TAMARA PARDO GONZALES	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YESSICA TATIANA PARDO GONSALES	MADRE	1192775301	3041906509	Tatiana Pardo
8	1123455311	SAMIR ANDRES ARRIETA RUIZ	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA LIZETH RUIZ CANTOR	MADRE	1122508883	3238259603	Laura Ruiz
9	1122544394	NOA NAHONY ROBERTO RIVERA	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ROCIO YERALDIN ROBERTO RIVERA	MADRE	1006773908	3138424636	Rocio R
10	1123825559	MIA KAILANY LOPEZ GUTIERREZ	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	EMILY SHARITH GUTIERREZ ROBERTO	MADRE	1018440634	3206862953	Emily R
11	1121990010	ARIANA MALDONADO GUETIO	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	FRANCIA NEYER GUETIO VELEZ	MADRE	1114456221	3126172541	Francia Guetio
12	1122501128	ANA MARIA NIETO DUQUE	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANA MARIA NIETO DUQUE	PARTICIPANTE	1122501128	3219912799	Ana Nieto
13	1122511364	YULIET MARIANA RODRIGUEZ P	X				2 Kg	1 Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULIET MARIANA RODRIGUEZ P	PARTICIPANTE	1122511364	3103420340	Yuliet Portilla
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamala en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00A.M a 7:00P.M jornada continua.

Firma: Camila Marín C
Cédula: 1033480795
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Camila Marín Linares
Teléfono: 3114722368

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMILIAR BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAU/CAAIE: EL PRINCIPITO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELÉFONO: 3001149097

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACION DE HCB PORFIA 3 CODIGO CUENTAME DE LA 50000100000460 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz Super Arepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Pera)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Colanta)	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Costa Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Roasa 500g)	RECIBE AAVVN EN ESTA ENTREGA?					
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1120803283	TATIANA ALEJANDRA POLO GARCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	TATIANA ALEJANDRA POLO GARCIA	PARTICIPANTE	1120803283	3212027377	Tatiana Polo
2	1006634815	DYNA LORENA BEJARANO SANCHEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA CAMILA GUZMAN	COMADRE	1006821211	3001439821	Maria Camila Gu
3	1234792490	YESICA ALEJANDRA MOSQUILON SAÑAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YESICA ALEJANDRA MOSQUILON S.	PARTICIPANTE	1234792490	3133844663	[illegible]
4	1121887139	LINA SOFIA MORALES VANEGAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LINA SOFIA MORALES VANEGAS	PARTICIPANTE	1121887139	3125167661	[illegible]
5	1121887290	LEIDY VIVIANA ALFONSO GUTIERREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY VIVIANA ALFONSO GUTIERREZ	PARTICIPANTE	1121887290	3143395550	[illegible]
6	1120827874	LAURA CAROLINA PULIDO GUTIERREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA CAROLINA PULIDO GUTIERREZ	PARTICIPANTE	1120827874	3102754305	[illegible]
7	1121344815	ANGELICA RODRIGUEZ VETA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NATALIA RODRIGUEZ VETA	HERMANA	1193143089	3229283482	[illegible]
8	1006906621	LUISA FERNANDA ACEVEDO MORENO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA ACEVEDO M	PARTICIPANTE	1006906621	3102559957	[illegible]
9	1121890366	DIANNA ISABELLA CALLEJAS LOZADA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA ACEVEDO M	CUÑADA	1006906621	3102559957	[illegible]
10	1121835621	HANNY SOFIA RINCON BELTRAN	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CARMEN TATIANA BELTRAN	ACUDIENTE	1006828299	3507548886	[illegible]
11	1122544460	AMARANTA TORRES ROJAS	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LINA MARIA ROJAS RONDON	ACUDIENTE	1120867122	3204917602	[illegible]
12	1121890142	JULIAN SANTIAGO MOLINA VEGA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALEXTRA CELINA ALVAREZ	FAMILIAR	1120874741	3204211113	[illegible]
13	1121889142	MIA ANTONELA BARBOSA BARRERA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA FERNANDA BARRERA H.	ACUDIENTE	1006797980	3012315115	[illegible]
14	1121889604	MARIAPAZ GUALTERO DAVILA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	0Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA CAMILA DAVILA SOTO	ACUDIENTE	1010048613	3134385571	[illegible]
15	1121889596	IAIR SANTIAGO ORTIA HERRERA		X			1Lb	250 g	1Lb			1Kg	1Lb	1 Lb				15 ud	1Lb			500 ML		NO	ADRIELOP DANIELA HERRERA	ACUDIENTE	1190932325	3102391106	[illegible]
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

otas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4, Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula:
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega:

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/SICA/UE: EL RINCON DE LA ALEGRIA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3219565528

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 50001000655O | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz (super arepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Desayuno)	Fruta (piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteo, (Leche en Polvo Colanta)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 5000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lactose san Jerronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subsidiadas)	Leguminosas (Arveja Subsidiadas)	Leguminosas (Lenteja Subsidiadas)	Aceites (Soya-oya)	Azucares (Panela natural Roseo 400g)	RECIBE AALVN EN ESTA ENTREGA?					
			Libras	Libras	Kilos / Libra	Kilos / Libra	Libras	Kilos / Libra	Libras	Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	cc/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1.121.980.080	ELIAN DAMIAN BARRAGAN RONDON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JACKNELIN ANDREINA RONDON HERNANDEZ	MADRE	60741646	3136460372	
2	1.123.455.444	EIMY ROPIA BECERRA CALDERON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YINSSHYY DAMYR CALDERON MORA	MADRE	1.006.460.580	3137310308	
3	1.123.825.822	KELYN VICTORIA CHURCHE VEGA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JHUZIT SADAY VEGA LEAL	MADRE	1.011.446.110	3153380131	
4	1.121.950.580	EIMMY VICTORIA SANCHEZ PATIÑO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN TATIANA PATIÑO ROJAS	MADRE	1.005.848.929	3104403301	
5	1.121.980.673	LIAM SEBASTIAN PINEDA FLOREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA MARCELA FLOREZ RODRIGUEZ	MADRE	1.121.930.634	3203136103	
6	1.123.825.955	MIA VICTORIA CASTRO CASTELLANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DEYSY MARYERLY CASTELLANOS LOZANO	MADRE	1.121.963.885	3128866349	
7	1.123.825.881	JAREK DANIEL MADRIGAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA MADRIGAL	MADRE	1.121.945.519	3108408339	
8	1.122.945.928	MARIA CELESTE FULA FERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SAMANTHA FERNANDEZ ARCHBEGAS	MADRE	1.006.507.843	3158572807	
9		YOLIMAR DEL CARMENCLICAS CASTI	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YOLIMAR DEL CARMENCLICAS CASTILLO	PARTICIPANTE		3213984475	
10	1.006.823.229	MARIA VALENTINA GUZMAN FORERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA VALENTINA GUZMAN FORERO	PARTICIPANTE	1.006.823.229	3134634004	
11	1.002.600.655	SUSAN ALEXANDRA BOLIVAR RAMIREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SUSAN ALEXANDRA BOLIVAR RAMIREZ	PARTICIPANTE	1.002.600.655	3133008811	
12	1.101.174.392	LAURA YULIETH TORRES SANCHEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA YULIETH TORRES SANCHEZ	PARTICIPANTE	1.101.174.392	3138387764	
13	1.006.797.607	MARIA FERNANDA POVEDA BELTRAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA FERNANDA POVEDA BELTRAN	PARTICIPANTE	1.006.797.607	3204756679	
14	1.123.803.870	LAURA VALENTINA AYALA TOVAR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA VALENTINA AYALA TOVAR	PARTICIPANTE	1.123.803.870	3123144231	
15	1.122.511.391	ANGIE VANESSA VILLAMIZAR MONROY	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE VANESSA VILLAMIZAR MONROY	PARTICIPANTE	1.122.511.391	3182282511	
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

¡IMPORTANTE! En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llámela en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 1.121.832.202
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Wzcely Vergara Robledo.
Teléfono: 3219565528.

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado:
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HOG FAMI BIENESTAR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/MAS/CAMUE: FAMI DELVIAGO HUELLAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3115140568

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HOGARES FAMILIARES CÓDIGO DUENTAME DE LA [illegible] MES DE LA ENTREGA: MAYO

NÚ.CONTRATO DE APORTE: [illegible]

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (DPP)																				NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niñas de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Nona)	Cereal (Avena de Hojuelas)	Cereal (Avena de Trigo Rizada)	Cereal (Avena de Trigo Integral)	Proteína (Pollo)	Verduras (cubitos Sabor)	Tubérculo o Raíz (Plátano guineo)	Lácteo, (Leche en Polvo Crecimiento)	Leche Entera Pasteurizada (Caliente 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lechoso con Jalapeños)	Harina RA (enriquecida de 90 g c/u)	Legumbres (Frijol Enriquecido)	Legumbres (Alverja Enriquecida)	Legumbres (Lenteja Enriquecida)	Aceite (Soya)	Azúcar (Panela natural Rasa 500g)	RECIBE RAVN EN ESTA ENTREGA?						
							Libra s	Libra s	Libra s	Libra s	Libra s	Libra s / Libra	Libra s	XOlleo/ Libras	Sobres	Litros	Sobres	No. Unidades	Libra s	Libra s	Libra s	mL/ Libra	(Panela x / libra	SI / No					
1	1121890277	ANALANY S MENDOZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	MADRE	1006636	3123499147	Genesis Soto
2	1121990057	ADHARA SOFIA CAMPO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUZ F CAMPO [illegible]	MADRE	1122512364	3006429166	Katia Campo
3	1122993773	LIAM MATHIAS PIRAGUA V	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULIZA VARGAS [illegible]	MADRE	1121013868	3208548861	YULIZA Vargas
4	1122044479	NEITHAN JOEL DIAZ SOSPE	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	MADRE	1121013793	3102888884	Jorge L. Diaz D
5	1121998136	ADHARA L HERRERA Z	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	MADRE	1006606636	3243049695	Andrea Zapata
6	1123435280	JHOANA V CARRANZA C	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	MADRE	1122849412	3203720547	[illegible]
7	1121999708	LIAM SAMUEL CARDENAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	MADRE	1121877488	3133275177	[illegible]
8	1028912749	LIA VICTORIA CESPEDES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	TOLANDA RUBIO	ABUELITA	40396908	3118511089	Yolanda Rubio
9	1122544285	ANGEL FELIPE BEJERANA		X			1 L	1 L	1 L	—	—	1 L	1 L	1 L	—	—	—	15 UN	1 L	—	—	500ml	—	NO	[illegible]	PARTICIPANTE	7506801	3214786008	[illegible]
10	7506801	MILENNY A MARQUEZ G	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	PARTICIPANTE	1121861483	3231314332	Arianna Lozano
11	1121881492	LIZETH DAYANNA LOZANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	PARTICIPANTE	1121907888	3144687866	Carolina Ramos
12	1121867886	YEIDY C RAMOS P	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	ESPOSO	86082735	3178166636	Jose Ochoa
13	1121873017	AMPARO L HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	PARTICIPANTE	1121936148	3214166905	[illegible]
14	1121889748	NEIDY KAMILA SALAZAR G	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	PARTICIPANTE	1121863126	3134115097	[illegible]
15	1121950220	[illegible]	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	200 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	[illegible]	PARTICIPANTE	1121863126	3134115097	[illegible]
17																														
18																														
19																														
20																														

[illegible]

IMPORTANTE: En caso de inconsistencia con la entrega, cambiazo o retiro de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4, Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF | Ciudad en Línea: disponible de lunes a domingo las 24 horas, Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 1:00PM jornada continua.

Firma: [illegible]
Cédula: 40997793
Nombre(s) y apellido(s) completos, legibles de quien entrega: SANDRA P BETRAN
Teléfono: 3116390568

Firma: [illegible]
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

[illegible] este documento reposa en el archivo
Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/CAIF/E: FRESITAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3214991749

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORTIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 500001000026060

NO.CONTRATO DE APORTE: 5000053/2024 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nueva)	Cereal (Harina de Maíz (SuperArepa)	Cereal (Harina de Trigo (Ricacorte)	Cereal (Avena Su Desperiss)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (plátano)	Lácteos. (Leche en Polvo Colanolac)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jerónimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subespecies)	Leguminosas (Arveja Subespecies)	Leguminosas (Lentejas Subespecies)	Aceites (Soyaoya)	Azúcares (Panela natural Rosas 500g)							
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1121915936	JENNY CAROLINA MEDINA LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENNY CAROLINA MEDINA LOPEZ	PARTICIPANTE	1121915936	3012334022	
2	1121902536	YALY MARCELA TEMORIO RUIZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YALY MARCELA TEMORIO RUIZ	PARTICIPANTE	1121902536	3102942687	
3	1123800904	PAULA ANDREA GONZALEZ B	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ANDREA GONZALEZ	PARTICIPANTE	1123800904	3138965798	
4	1121953162	VIVIANA ALEJANDRA FLOREZ CHAVES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	EDGAR ALONSO GUTIERREZ S	COMPAÑERO	1104126368	3205161198	
5	1006772096	AELIN YACELI ESCAMILLA U	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DELIA MARIA USUFUAGA MEJIA	PARTICIPANTE	35260157	3209514762	
6	1121904687	KAREN MELIZA GONZALEZ M	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN MELIZA GONZALEZ	PARTICIPANTE	1121904687	3212869175	
7	1193092658	RONNIE REYES RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	RONNIE REYES RODRIGUEZ	PARTICIPANTE	1193092658	3229108376	
8	1122945848	AILYN THALIANA MENDEZ SUAREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	INGRID DAYANA SUAREZ CRUZ	MADRE	1121946663	313268007	
9	1121989857	VALERY LUCIANA PAZ PAZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUZ KARME PAZNAVARRO	MADRE	1121901832	3137534575	
10	1121989403	ANTHONELLA ACUÑA OREJUELA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANDRES FELIPE ACUÑA C	PADRE	1000499939	3212111017	
11	1006826746	SHEYLA CAROLINA LANDAETA O	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SHEYLA CAROLINA LANDAETA	PARTICIPANTE	1006826746	322293378	
12	1029984011	MARIA JOSE RIVERA RIVERA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA JOSE RIVERA RIVERA	PARTICIPANTE	1029984011	3214713991	
13	1123825490	THYAGO SALVADOR ALBARRACIN		X			500g	250g	500g	___	___	500g	500g	500g	___	___	___	15Und	500g	___	___	500ml	___	NO	MONICA YUELI RILLALBA	MAMA	1121900407	3228305010	
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
Cédula: 40395404
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: DERLY ALEXANDRA HERRERA
Teléfono: 3214991749

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¿Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente?
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAM BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN USUARIA/CAUSE: GOTICAS DE AMOR

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3136144388

NOMBRE (s/YEDAD ADMINISTRADORA (SAA) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA S | CODIGO CUENTAME DE LA: 30010008545455

NO.CONTRATO DE APORTE: 3008532024 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO: Niños o niñas de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niñas de 2 a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Store)	Cereal (Harina de Maiz Supercampo)	Cereal (Harina de Trigo Ricacereal)	Cereal (Avena Sin Gluten)	Fruta (FRA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberosa - Raiz - Platano (plátano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanta)	Leche Materna Restringida (Colanta 1005 ml)	Queso (queso Doble Crema Leche en Polvo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Subsperanza)	Leguminosas (Arveja Subsperanza)	Leguminosas (Lenteja Subsperanza)	Aceites (Soyaoyal)	Azucares (Panela natural Rosario 500g)	RECIBE AAVIN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	ml/ Libra	gramos/ libra	SI / No				
1		GETSYMAR YURLEY GOMEZ ROMERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YUDITH MERCEDES ROMERO MEZA	MAMA	21161850	3217509645	
2	1006703371	KAREN LIZETH LOPEZ SOTO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN LIZETH LOPEZ SOTO	PARTICIPANTE	1006703371	310 3368113	
3	1121930359	NOAH ALEJANDRO ALVAREZ SALAZAR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANYELA DALIANA ALVAREZ SALAZAR	MAMA	1121930359	313 2520460	
4	1121807040	EMMANUEL MATEO CARDIA SOLANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUZ ADRIANA SOLANO RAMIREZ	MAMA	1121807040	312 3886207	
5	1029972218	SAMUEL DAVID ARIAS RUIZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARTHA LILIANA RUIZ GARZON	MAMA	1121931734	320 2370475	
6	1121906897	AURA CRISTINA PERDOMO MERCHAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	AURA CRISTINA PERDOMO MERCHAN	PARTICIPANTE	1121906897	311 2288498	
7	1006777736	BRIGITH NATALIA PAEZ HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	BRIGITH NATALIA PAEZ HERNANDEZ	PARTICIPANTE	1006777736	311 2279408	
8	1121896549	YOLIMARA ALEJANDRA JARA SALAZAR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YOLIMARA ALEJANDRA JARA SALAZAR	PARTICIPANTE	1121896549	311 3125481	
9	1030933573	SARA MARTIN JIMENEZ OYOLA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY YURANY OYALA OVALLE	MAMA	1030933573	304 4686473	
10	1065836338	DOLANGEL VENEYA SUELVAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	GISSELLA ESTHER SUE LVAS CASTRO	MAMA	1065836338	304 4348179	
11	1121913815	VALERY SAMANTHA SILVA RIAÑO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JULIETH TATIANA RIAÑO DURAN	MAMA	1121913815	310 2521967	
12	1089242670	LIAM ARIAN LOPEZ GOMEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CLAUDIA SOFIA VARGAS ZAMORA	MAMA	1089242670	318 8957422	
13	1121925236	ALANIS ALEXANDRA BAQUERO BELTRAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JESSICA ALEXANDRA BELTRAN NOVOA	MAMA	1121925236	320 2372613	
14	1014859530	MATHIAS VENERA MONTILLA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Uni	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN MARIANA MONTILLA BAQUERO	MAMA	1014859530	310 7711527	
15	1121853393	JUAN JOSE SARCIAL ROJAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UNI	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	BLANCA ROSSIO ROJAS Y	MAMA	1121853393	3143126456	
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

IMPORTANTE: En caso de inconvenientes con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4, Correo electrónico enlineayresponde@icbf.gov.co; Chat ICBF y Libreville en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
C.C.No.: 40013 [illegible]
Nombre(s) y apellido(s) (Imagotipo legible de quien entrega): JUDI ANDREA SANCHEZ GARCIA
Teléfono: 3214 [illegible]

Firma: _____
Representante Legal SAI o su delegado
Documento de identidad No.

Usted no imprimió este documento porque no es necesario.
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: HCB FAMI MANITAS CREATIVAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELÉFONO: 3204521569

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA UDS/UA/UCA/UE: 500001000127956 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 500046522024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-5 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Crudo/Lbs)	Cereal (Pasta La Hilera)	Cereal (Harina de Maíz Super Arepa)	Cereal (Hojuela de Trigo La Ricacler)	Cereal (Avena Sin Despinar)	Fruta (FRÍA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raíz - Plátano (plátano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanta/Lbs)	Leche Tipo(la Parmalada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subsepamias)	Leguminosas (Alverja Subsepamias)	Leguminosas (Lenteja Subsepamias)	Aceites (Soyaoya)	Azúcares (Panela natural Rioso 500g)	RECIBE AA/VN EN ESTA ENTREGA?					
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Fruta/ Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1121947616	ALLISON DEYANIRA CAMELO VELASQUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALLISON DEYANIRA CAMELO VELASQUEZ	PARTICIPANTE	1121947616	3204449358	ALISON C
2	1121834827	SARA LUCIA CASTRO GARCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SARA LUCIA CASTRO GARCIA	PARTICIPANTE	1121834827	3212885701	SARA CASTRO
3	1121955061	LINA MARCELA SUAREZ ALONSO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LINA MARCELA SUAREZ ALONSO	PARTICIPANTE	1121955061	3102226422	Lina Suarez
4	1121916136	LEIDY JOHANA PARDO MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY JOHANA PARDO MARTINEZ	PARTICIPANTE	1121916136	3143661864	Leidy Pardo
5	1034279021	LAURA VALENTINA RODRIGUEZ ANGEL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA VALENTINA RODRIGUEZ ANGEL	PARTICIPANTE	1034279021	3229679061	Laura Angel
6	1121959076	LEIDY KATERIN PINTOR MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY KATERIN PINTOR MARTINEZ	PARTICIPANTE	1121959076	3213987337	Leidy Pintor
7	1006776206	ANGELA JOHANA PENAGOS SANDOVAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGELA JOHANA PENAGOS SANDOVAL	PARTICIPANTE	1006776206	3227413714	Angela P.
8	1029962913	PAULA CRISTAL LAVERDE CONTRERAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NORBY TATIANA RODRIGUEZ MONJE	HERMANA	1006775415	3160435949	TATIANA R.
9	1123825940	JUANA ISABEL ROMERO CASTRO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JAZMIN VIVIANA CASTRO MOLANO	MADRE	1121911158	3132706415	
10	1122945809	RIGEL AXEL ALVAREZ DIAZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LIZETH DAYANA DIAZ HERRERA	MADRE	1121967249	3125638375	Lizeth Diaz
11	1121990322	LIAM ALEJANDRO ESPINOSA PARRA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MAYRA VANESA PARRA VACA	MADRE	1049796206	3007231292	Mayra P.
12	1121990106	ALAM JACOBO SUAREZ CUENCA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA MARITZA CUENCA VACCA	MADRE	1121963048	3209077062	Paula C.
13	1123825708	JACOBO SANDOVAL ZAMORA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA FERNANDA ZAMORA NOVOA	MADRE	1121944135	3124186425	Maria Fernanda
14	1029972145	AXEL BORDA SANTOYA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA VANESSA SANTOYA HERNANDEZ	MADRE	1000047041	3222408053	Erika Santoya
15	1123455269	MARIA VICTORIA HERNANDEZ QUINTERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ANDREA QUINTERO MORALES	MADRE	1006776274	3232791827	Paula Quintero
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notes:

IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea; disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Dellaneth Mosera
Cédula: 39262055
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: DELLANETH MOSERA
Teléfono: 320 452 13 89

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META **CENTRO ZONAL:** VILLAVICENCIO **MUNICIPIO:** VILLAVICENCIO **SERVICIO:** HCB FAMI BIENVENIR **UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE:** HOGAR RAYITO DE LUNA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR **TELEFONO:** 3118552999

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 **CÓDIGO CUENTAME DE LA** 5005100122436

NO.CONTRATO DE APORTE 5000653/2024 **MES DE LA ENTREGA:** MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																				RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PIRTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz (SUPERAN&EPA)	Cereal (Harina de Trigo Ricanto)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (PINA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos (Leche en Polvo Colanta)	Leche Ilquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subsepomas)	Leguminosas (Alverja Subsepomas)	Leguminosas (Lentejas Subsepomas)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Rossa 500g)									
							Libra	Libra	Libra	Libra	Libra	Kilos / Libra	Libra	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Libra	Libra	Libra	mL/ Litro	gramo s / kilos	SI / No					
1	1123825542	EMILY SAMANTHA GOMEZ MATIAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA CONSTANZA MATIAS PATIÑO	MADRE	1121910706	3132640557	
2	6470860	KARLA MARYELINA MELENDEZ SANC	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KARLA MARYELINA MELENDEZ SANC	PARTICIPANTE	6470860	3204115443	
3	1121989813	JEIDEN DAVID RODRIGUEZ ROME	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENSY LORENA ROMERO ACOST	MADRE	1123435403	3054676757	
4	1123455351	IAN JADIEL CARDONA MARMOLE	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JODYE JHEANIE MARMOLEJO R	MADRE	1122126029	3212979870	
5	1121950813	DIANA MARCELA SANCHEZ YAZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA MARCELA SANCHEZ YAZ	PARTICIPANTE	1121950813	322 6163391	
6	1253259146	EVALUNA GIRON ALVAREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	HAIDY DANIELA ALVAREZ QUIC	MADRE	1193539231	3114952855	
7	1121989616	JENARYS ALINA MORENO RAMOS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DAZARY DEL CARMEN RAMOS L	MADRE	1298148	3222543635	
8	1121989645	MARIA ANGEL ORTIZ BEJARANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YEIMMI VIVIANA ORTIZ BEJARA	MADRE	1121909165	3025172177	
9	1253259159	MARTIN LEON PARALES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN ANDREA PARALES GARC	PARTICIPANTE	1007454377	3125878586	
10	1121864530	YURD FRANY RINEY MANTILLA AR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YURD FRANY RINEY MANTILLA A	PARTICIPANTE	1121864530	3223931955	
11	1121989646	ANGEL SANTIAGO ORTIZ BEJARA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YEIMMI VIVIANA ORTIZ BEJARA	MADRE	1121909165	1234796226	
12	1121990100	ANTONELLA LOAIZA MONTERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JESICA PAOLA MONTERO PERE	MADRE	1034658557	3146736173	
13	1123801785	SARA YULEYSI CATALINA MONZO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SARA YULEYSI CATALINA MONZ	PARTICIPANTE	1123801785	3138782145	
14	1006796874	PAULA NATALIA BELTRAN RAMIR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA NATALIA BELTRAN RAMI	PARTICIPANTE	1006796874	3138179912	
15	1024541054	ANGIE DANIELA CEDEÑO MORAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE DANIELA CEDEÑO MORA	PARTICIPANTE	1024541054	3228979186	
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4.; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES.
Cédula: 1121910706
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega:
Teléfono: 3118552999

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB TAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAIS/CAIJE: LA ALEGRIA DE VIVIR

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3203832497

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (POS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CODIGO CUENTANME DE LA: 500001119021 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 500005320124

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																				NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgullito)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz Supermenú)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Deseonsa)	Fruta (Pillá)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Platano (plátano)	Lácteos (Leche en Polvo Cosmolac)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lactoso san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Subespontá)	Leguminosas (Arveja Subespontá)	Leguminosas (Lentejas Subespontá)	Aceites (Soyonoyo)	Azúcares (Panela rallurá Rosita 500g)	RECIBE AA/VH EN ESTA ENTREGA?					
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / sobs	SI / No					
1		JOHANNY SANCHEZ RUEDA	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA PAULA RUEDA LAGUNA	PARTICIPANTE	1121611161	3234562001	Maria P. Rueda
2	1121446653	KAROL YERETH VILLAMIL ALFONSO	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CAROL YARETH VILLAMIL ALFONSO	PARTICIPANTE	1121664653	3134713001	Karol.
3	1007133886	YISETH DAYANA MELO SANCHEZ	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YISETH DAYANA MELO SANCHEZ	PARTICIPANTE	1007133583	3213832497	Dayana S.
4	1121831198	ERIKA YISETH GONZALEZ BRICEÑO	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA YISETH GONZALEZ BRICEÑO	PARTICIPANTE	1121831198	3134664631	Erika Gonzalez
5	1121964686	ELIANA EMILIA SANTIA TORRES	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NIDIA TATIANA TORRES ROJAS	MADRE	1065712837	3134664631	Ingrid Torres
6	1122851781	JAZMIN ESTHER ESQUERRA VELASCO	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JAZMIN ESTHER ESQUERRA VELASCO	PARTICIPANTE	1122851781	3208164631	Jazmin Esther Esquerra
7	1006876423	MARTHA ISABEL CASTRO CARDENAS	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARTHA ISABEL CASTRO CARDENAS	PARTICIPANTE	1006876423	3208164631	Martha Castro.
8	1006721220	DAYANNA ARIAS DOMINGUEZ ARIAS	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DAYANNA ARIAS DOMINGUEZ ARIAS	PARTICIPANTE	1006721220	3208164631	Dayanna Arias
9	1121844686	ANA ISABELLA SALVADOR BELTRAN	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANA MARIA BELTRAN	MADRE	1121032647	3134664631	Ana Beltran
10	1122812783	ALBERT GABRIEL BELTRAN	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ROXANA BRIGITT AGUDELO DUARTE	MADRE	1121822820	3134664631	Brigitt Agudelo
11	1136357784	DEBORA SUSANA CRUZ	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DAYANA TATIANA CRUZ LIPSCOMB	MADRE	1121845253	3134664631	Tatiana Cruz
12	1124743420	NICOLE MAYERLING VALBUENA	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NICOLE MAYERLING VALBUENA	PARTICIPANTE	1124743420	3134664631	Nicole
13	1121964686	LAURA SOFIA NIETO RAMIREZ	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JUAN SOFIA NIETO RAMIREZ	MADRE	1121844664	3134664631	Laura
14	1121964662	EDWARD MATHIAS CARRASCAL JIMENEZ	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VANELLE JIMENEZ	MADRE	1098921191	3134714531	Natalia Jimenez
15	1122811466	YULIANDRA MORENO PADILLA	1					1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULIANDRA MORENO PADILLA	MADRE	1122811466	3102149612	Yuli Moreno
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														

OBSERVACIONES:

¡IMPORTANTE: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico: anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamaco en Línea disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Sully G
Cédula: 1.121.816.825
Nombre(s) y apellido(s) completos recibe de quien entrega: Sully Gutierrez
Teléfono: 3203832497

Firma:
Representante legal EAS o su delegada
Documento de identidad No:

Anexo de imágenes este documento deberá diligenciarse en el reverso
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/UCA/UE: LA CASITA DE MICKEY MOUSE

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3041559897

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 5900100028015 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO. CONTRATO DE APORTE: 5000853/2024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO: Niño o niña de 6-5 meses y Gestante	GRUPO: 6 a 11 meses 29 días	GRUPO: Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	GRUPO: Niños y niñas de 2 a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): Cereal (Arroz blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Sierra)	Cereal (Harina de Maíz Super Arepa)	Cereal (Harina de Trigo Risaurio)	Cereal (Avena Su Sovipenos)	Fruta (Fifa)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raíz - Plátano (platano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanates)	Lácteo líquido Pasteurizado (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Bustelpamplona)	Leguminosas (Arveja Bustelpamplona)	Leguminosas (Lentejas Bustelpamplona)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Rapaa 950g)	RECIBE AA/VO EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
							Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	mL/ Litro	gramos / Bolsa	Si / No					
1	1121876478	NARDA KATHERINE CHARRY MARIN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NARDA KATHERINE CHARRY	PARTICIPANTE	1121876478	3123599831	Katherine Charry.
2	1006826136	KAROLL JULIANA CARDOZO MORENO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAROLL JULIANA CARDOZO	PARTICIPANTE	1006826136	3141032015	
3	1192803723	DAMARIS LIZETH PINEDA QUINTANA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DAMARIS LIZETH PINEDA	PARTICIPANTE	1192803723	3213706772	L. Pineda
4	1006797087	DIANA MICHELL ROJAS LOZANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA MICHELL ROJAS LOZANO	PARTICIPANTE	1006797087	3148703313	
5	1122945633	VALERY STEFANNI BECERRA TORRES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MICHELLE STEFANNY TORRES	MADRE	1121958878	3203198845	Michelle Torres
6	1213900631	AZEL ELIANIS TOVAR RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ	MADRE	6538893	3208505409	
7	6089558	LENYERLIS JERLUZ CASTILLO HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LENYERLIS JERLUZ CASTILLO	PARTICIPANTE	6089558	3233676736	
8	1123825963	ESTEFANI BARRAGAN PALACIOS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	RUBEN YISIP PALACIOS	MADRE	1121903544	3125536582	
9		ALAN JESUS RODRIGUEZ LEON	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAOLA RODRIGUEZ	MADRE	6885664	3114572740	
10	1123825801	ABBY ANTHONELA ROZO DURAN	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA DURAN	MADRE	2006872	3212393427	
11	1121959963	ALAIA ALEJANDRA ARIAS OVIEDO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALEJANDRA ARIAS	MADRE	6156689	3125030942	
12	1026872146	JOEL RIVEROS PALACIOS	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DAYANA CARINA RIVEROS	MADRE	1225919612	3012528541	
13	1121989379	JACOBO CANO GALLEGO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARLY CANO GALLEGO	MADRE	1121902384	3134862210	
14	1253256081	THIAGO MATHIAS RONCANCIO RODRIGUEZ	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	0Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YEIMI ANDREA RODRIGUEZ	MADRE	1121874022	3183796782	
15	1123825309	ESTHAN JOSEPH LEON TRUJILLO	X				1Lb	250 g	1Lb			1Kg	1Lb	1 Lb				15 ud	1Lb			500 cc		NO	ANGIE TRUJILLO	MADRE	1121956601	3140472737	
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Notas

¡IMPORTANTE! Si surge algún inconveniente con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea; disponibles de forma ilustrativa las 24 horas; Voluntariado disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____

Cédula: 1123825944

Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: LIZETH VIVIANA SANCHEZ

Teléfono: 3042155756

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Documento de Identidad No:

FECHA: 5/05/2024

¡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 ENTREGA MENSUAL DE RACIÓN PARA PREPARAR EN LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F21.M1.FP Versión 1 Clasificación de la información: Pública	11/08/2025 Página 1 de 1

REGIONAL: META MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: FAMI BIENVENIR

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

UNIDAD DE ATENCIÓN/ UDS/ UCA/UE/: LA SAGRADA FAMILIA

TÉLEFONO: 3213860017

CÓDIGO CUENTAME DE LA UDS: 5000100023839

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA O PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

NUMERO DE CONTRATO DE APORTE: 50006532024

MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO POBLACIONAL					CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 0 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Hariba de Maíz La Nieve)	Cereal (Hariba de Trigo Blended)	Cereal (Avena en Hojuelas)	Fruta (Pera)	Verduras (Calabaza Butter)	Tubérculo - Raíz - Plátano (Plátano)	Lácteo. (Leche en Polvo Cremosa)	Leche Bipolar Pasteurizada (COLANTA 1050 ml)	Queso (queso Doble Crema Láctonia con Antojitos)	Huevo AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Cocinapronto)	Leguminosas (Arveja Cocinapronto)	Leguminosas (Lentejas Cocinapronto)	Aceites (Girasol)	Aditivos (Panela Natural Rueda 500g)	RECIBE AAIVA EN ESTA ENTREGA?					
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libra / Kilos	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Libra / Kilos	Libra / Kilos	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1122508742	KAROL VALENTINA HERRERA AVILA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	KAROL VALENTINA HERRERA AVILA	PARTICIPANTE	1122508742	3132147023	
2	1029980041	PAULA ALEJANDRA HERNANDEZ JARA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ALEJANDRA HERNANDEZ JARA	PARTICIPANTE	1029980041	3208110196	
3	1006863805	LAURA DANIELA ORTIZ RINCON	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	LAURA DANIELA ORTIZ RINCON	PARTICIPANTE	1006863805	3222958452	
4	1123825841	KAITLIN ANTONIETA GUEVARA INTENCIPA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ASTRID NATALIA INTENCIPA LINARES	MADRE	1121946928	3213216541	
5	1123825840	ALAILA ANTONELLA LINARES GOMEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	RUBIA CAMILA GOMEZ MARTINEZ	MADRE	1123802268	3160548451	
6	1123825846	SARAY ALAINA ROJAS URREA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	IZETH DAYANA ROJAS URREA	MADRE	1121920162	3125855099	
7	1121990212	MIA ISABELLA TIUSO SANCHEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANGY JULIETH SANCHEZ MORENO	MADRE	1006877670	3151803333	
8	1121989940	ARON GABRIEL AMARANTO FONSECA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	RUTH DE VIVIANA FONSECA ROZO	MADRE	1121877827	3234973376	
9	1121989845	LAUREN SOFIA MORA ORTIZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	UNGIE TATIANA ORTIZ RUTA	MADRE	1121937734	3208483739	
10	1121989447	YARETZY CATALEYA CALZADILLA URREA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	RINFA MAYERLY URREA RODRIGUEZ	MADRE	1006797859	3202294976	
11	1029972080	PARIS NICOLE FERNANDEZ CUELLAR	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Lb	1 Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	SAYANNA NICOLE CUELLAR CAETANEDA	MADRE	1115917470	3227257635	
12	1121989221	JUAN PABLO RUBIANO VIZCAINO		X				1 Lb	1 Lb	1 Lb	___	___	1 Lb	1 Lb	1 Lb	___	___	___	15 Ud	1 Kg	___	___	500 ml	___	NO	CAROLAIN TATIANA TIZCANO SOSA	MADRE	1006828346	3133489172	
13	1253258980	NOA DAYANA PINEDA ANGEL		X				1 Lb	1 Lb	1 Lb	___	___	1 Lb	1 Lb	1 Lb	___	___	___	15 Ud	1 Kg	___	___	500 ml	___	NO	ALIX ANDREA ANGEL HERNANDEZ	MADRE	1121948976	3114351537	
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

Firma: Luz Dary Pabon Leal
Cédula: 40392705
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: LUZ DARY PABON LEAL
Teléfono: 3213860017

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAA/UCA/UE: LAS BELLAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3134126249

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 5600100134227

NO CONTRATO DE APORTE: 5600553024 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (MUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-8 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz super arepas)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en polvo Gramalac/descremada)	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Soleyoye)	Azucares (Panela natural Rosse 650g)	RECIBE AAVIN EN ESTA ENTREGA?				
							Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	200 Gramos/ 360 Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	mL/ Litro	gramos / kilos	Si / No				
1	1121947022	MARIA FERNANDA REYES CARRILLO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
2	1121830492	LEIDI MILENA MORENO RUAÑO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
3	1122544552	MAXIMILIANO HURTADO SAZA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
4	1123825914	THIANA GISSELLE SIMIJACA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
5	1121844064	ANA KARINA CASTILLO CASTILLO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
6	1122554754	LIAM JACOB RIOS SANCHEZ	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
7	1011271971	EMILY SOFIA TABARES BECERRA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
8	1244828848	SARAH ANTONELLA PALOMO TOTENA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
9	1121889882	SAMARA REAL REYES	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
10	1244629021	HITLEN AYLANNY GARCÍA GUILLIN	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
11	1006406290	DAYANA ALEJANDRA PALECHOR SOSA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
12	1122519060	LUJA FRAYZURY TIQUE LOPEZ	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
13	1121801837	LUZ OMAIRA QUINTERO HERRERA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
14	100690257	KAREN DAYANA BERNAL AVILA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	0Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
15	1121943374	CLAUDIA PATRICIA CAMILLOS	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	0Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4, Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Yersy Gomez
Cédula: 1121840163
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: YERSY MARCELA GOMEZ RUAÑO
Teléfono:

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

5/05/2026

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN (UDS/UAA/CAVIF): LOS CHIGUITINES

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3128923336

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 50000100021901 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 3000532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																			NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NUMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 2 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz, Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Nonna)	Cereal (Harina de Maíz sin gluten)	Cereal (Harina de Trigo Ricarte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Pera)	Verduras (arbolito Bebe)	Tubérculo / Raíz / Plátano (plátano)	Lácteo (Leche en Polvo Colanta)	Lácteo Equivalente (Fabelvitalata (Colanta 1000 ml)	Queso (Queso Doble Crema Lácteos kirt Jerseito)	Huevo AA (contiene de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subtropical)	Leguminosas (Alverja Subtropical)	Leguminosas (Lenteja Subtropical)	Aceites (Girasol)	Azúcares (Panela natural Rioblanco 500g)	RECIBE AA/VS EN ESTA ENTREGA?				
			Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Litros o	Kilos/ Litros	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Litros o	Litros o	Litros o	mL/ Litro	gramos x / litros	SI / No					
1	1122944990	ELON MATHIAS FARFAN MU	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ALEJANDRA MUÑOZ	PARTICIPANTE	1006660461	3112004498	
2	1122544331	LUM EMMANUEL SARMIENTO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN BEATRIZ SARMIENTO	MAMA	1121863253	3006628624	
3	1007442397	LUISA FERNANDA PUERTO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA PUERTO	PARTICIPANTE	1007442397	3118433856	
4	1123860002	NICOL TATIANA CASTILLO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NICOL TATIANA CASTILLO	PARTICIPANTE	1123860002	3150468784	
5	1120954923	DINA LORENA SILVA MEDINA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DINA LORENA SILVA MEDINA	PARTICIPANTE	1120954923	3203496576	
6	1121999070	JORDAN MATIAS BELTRAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KELY NATALIA RODRIGUEZ	MAMA	1006797025	3203547332	
7	1123455428	THIAGO NOVOA ORDOÑEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA ORDOÑEZ	PARTICIPANTE	1121999178	3162894885	
8	1121999158	MIA CATALEYA CABARCAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DINA LIZETH NAVARRO	MAMA	1119689568	3124908835	
9	1121999114	MIGUEL ANGEL CARDONA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA CARDONA	MAMA	1121955353	3212403347	
10	1029972139	SERGIO ANDRES PRIETO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANA SOFIA RAMIREZ	MAMA	1029999786	3203496395	
11	1121999995	MATE SAMANTHA ROMERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	HELEN NICOL VELASQUEZ	MAMA	1026300900	3204100123	
12	1006851887	PAULA NATALIA YURLEY	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA NATALIA YURLEY	PARTICIPANTE	1006855887	314 3662132	
13	1120506629	ADRIANA LUCIA RAMIREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ADRIANA LUCIA RAMIREZ	PARTICIPANTE	1120506629	322 8940353	
14	1122944193	MARLON ISAAC OVIEDO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIANA FRANCO TABARES	MAMA	1006797393	313 4928464	
15	1123800036	JULIANA POVEDA ROMAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JULIANA POVEDA ROMAN	PARTICIPANTE	1123800036	313 5329129	
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

otas

¡IMPORTANTE!: En caso de inconvenientes con la entrega, contáctate a través de los alimentos de la ración puede reportarla en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4. Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co, Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Adriana Nieto C.
Cédula: 1026313152
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: ADRIANA NIETO CUBILLOS
Teléfono: 3136923309

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No.

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

REGIONAL: META | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | UNIDAD DE ATENCIÓN/ UDS/ UCAIMI: LOS GIRASOLES

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | CÓDIGO: 312309048

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA O PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3 | MES DE LA ENTREGA: 30001092174 nov-25

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO POBLACIONAL: Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 8 meses 29 días	Niñas y niños de 9 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico) Kilos/ Libras	Cereal (Pasta La Muna) Kilos/ Libras	Cereal (Harina Precocida Super Arepa) Kilos/ Libras	Cereal (Harina de Trigo Rosario) Kilos/ Libras	Cereal (Avena Sin Saborizar) Kilos/ Libras	Fruta (Piña) Kilos/ Libras	Verduras (cebolla Bulbo) Kilos/ Libras	Tubérculo - Raíz - Plátano (plátano) Kilos/ Libras	Lácteos (Leche en Polvo Colanta) Gramos	Leche líquida pasterizada (Cy100ubicada) Kilos/ Libras	Queso/Cuajo (chito Crema Lactosa Bon Jarrones) Gramos	Huevos AA(Unidades de Blanco) No Unidades	Leguminosas (Frijol Bolsapenca) Kilos/ Libras	Leguminosas (Arveja Bolsapenca) Kilos/ Libras	Leguminosas (Lentejas Bolsapenca) Kilos/ Libras	Aceites (Girasol) mL/ Libra	Alimentos (Proteína natural Bolsa 500g) gramos / kilos	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA? SI / No	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
1	1115912773	BRILLITH DAYANNA PARADA HERNANDEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	BRILLITH DAYANNA PARADA HERNANDEZ	USUARIA	1115912773	3212030880	Dayana Parada
2	1006926135	PAULA ANDREA ROJAS MARTINEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	PAULA ANDREA ROJAS MARTINEZ	USUARIA	1006926135	3222392399	Andrea M
3	1006798835	DIANA VALENTINA RUIZ NOVOA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	DIANA VALENTINA RUIZ NOVOA	USUARIA	1006798835	3046762055	Diana Valentina Ruiz
4	1106332666	ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO	USUARIA	1106332666	3237873289	Angela Acosta
5	1006827879	ANGIEE MILENA LEAL MEDINA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	ANGIEE MILENA LEAL MEDINA	USUARIA	1006827879	3214182437	Angie leal M.
6	1125455435	ALANNA SOPHIA ANGUCHO ROBAYO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	DAYANNA ANDREA ROBAYO PINTO	MAMA	1121921164	3209753421	Rueda
7	1122945680	EMILIANO GIL VELASQUEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	YURI CAROLINA VELASQUEZ LIZCANO	MAMA	1122870667	3128372667	Yuri Velasquez
8	1122544656	EVELYN SARAY ROJAS GONZALEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	SARA GONZALEZ PAREJA	MAMA	1141314551	3125959714	Sara Gonzalez
9	1122945791	IAN SANTIAGO ACUÑA YAGUALU	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	DAYANA CAMILA YAGUALU CARROK	MAMA	1006657010	3145009680	Dayana Yagualu
10	1122544439	JUAN SEBASTIAN RINCON PACHECO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	ALEJANDRA PACHECO DIAZ	MAMA	1121930731	3136098559	Alejandra diaz
11	1121869812	ALISSON BELTRAN HERNANDEZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	VIVIANA H.	MAMA	1117118684	3117118684	Viviana H.
12	1121960039	ALANA CATALEYA PINTO RAMIREZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	MONICA LILIANA RAMIREZ GARCIA	MAMA	1121960057	3107064839	Monica Ramirez
13	1029972205	THIAGO EMMANUEL DIAZ MEJIA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	DIUBA PAOLA MEJIA VERA	MAMA	1023958930	3041092419	Paola Vera
14	1121869000	DAVID ALEJANDRO MARTINEZ QUIROGA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	YEIMY ALEXANDRA QUIROGA	MAMA	1006572563	3222387740	YEIMY QUIROGA
15	1121869540	ANDRES JERONIMO BRAVO ESPINAL	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	1kg	1kg	1kg	900g	6 LT	250g	30 Ud	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1L	500 g	NO	SHERLLY ALEJANDRA ESPINAL	MAMA	1121822504	3147357888	Alejandra Esp.
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														

Inserte más filas hacia abajo para completar la cantidad de usuarios necesaria

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: LEIDY TORRES A.
Cédula: 40-334 935 VILLAVO
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: LEIDY JOHANNA TORRES AMAYA

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENESTARI UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UMA/DCA/UE: MANITOS ENCANTADAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELÉFONO: 3208419208

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CÓDIGO CUENTANME DE LA 5000300115673 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO CONTRATO DE APORTE: 3000913004

NO. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		BIENESTARINA SI / No	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 2 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Crupiado)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz SUPER ARROPA)	Cereal (Harina de Trigo INCAUTE)	Cereal (Arveja Su Despensa)	Fruta (mAs)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Colombiac)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta	Quesos (queso Doble Crema Lactosa sin Jazmino)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Bubasporosa)	Leguminosas (Alverja Bubasporosa)	Leguminosas (Lentejas Subespecial)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Rosbe 500g)					
							Kilos / Libra	Kilo s/ Libr	Kilo s/ Libr	Kilo s/ Libr	Kilo s/ Libr	Libra s	Kilo s/ Libr	Kilos / Libra	Gramo s	Lib os	Gramo s	No. Unidad es	Kilo s/ Libr	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mLI Libo	gramo s / kilos	SI / No					
1	1.086.825.554	KELLY JOHANA DIAZ MAJIN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	- KELLY DIAZ	Gestante	1.086.825.554	3106824	
2	1.007.360.894	IVON VANESA PIÑEROS BAQUERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	*IVON PIÑEROS	GESTANTE	1007360894	3124314827	
3	1.072.719.507	MARICELA CLAVIJO BUBAYZO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	*Maricela Clavijo	*Gestante	1072.719.507	3006409135	*Maricela C.C
4	1.097.375.490	GISELL XIMENA DELGADO DEVIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	*Gisell Delgado	*Gestante	1097375490	3136526	*Gisell Delgado
5	1.122.544.508	MYA BARBARA ARCE ALDANA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	Heidy Arcio	Lactante	1065700017	3108568993	Heidy Arcio
6	1.139.868.016	ANGI KATHERIN GOMEZ HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	* Angi Gomez	*Gestante	*1139868016	3136209842	Angi Gomez
7	1.006.777.432	MARYORY VANEGAS DARDON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	*Maryory Vanegas	*Gestante	1006777432	3136209842	*Maryory Vanegas
8	1.121.900.066	AMY VICTORIA PIRELA SIERQUEMA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	Amy Victoria Pirela	Gestante	57732774	3134111478	Kala Siguenza
9	1.121.909.613	EMMANUEL CRUZ ZAPATA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	Nelly Maria Zapata	Gestante	1006366345	3227744	
10	1.121.825.514	NAHOMI ALESSANDRA CASTRO RAMIREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	* Jessica castro	* Lactante	*1.019.078.836	3228116898	
11	1.121.825.529	MARTIN GAEL BADILLO *ASORDA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	501 g	NO	* Nubia aguilar	* Madre	*29552890	3124782001	* Nubia *
12	1.121.544.316	ALANA VICTORIA SANCHEZ REYES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	502 g	NO	* Lina Reyes	* Lactante	*1121911316	3133111112	angie
13	1.120.825.503	MARIAN SARAHI A. NOVOA VITONCO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	503 g	NO	* Santiago Novoa L	* Padre	*1006 825 580	*3228117800	
14	1.121.544.303	ERIK CATTALEYA GIRALDO ARBOLEDA		X			1 L	1 L	1 L	0	0	1 L	1 L	1 L	0	0	0	15 Und	1 L	0	0	300 ml	0	NO	* Erick Alejandro	* Madre	1.006.825.580	3228117800	
15	1.244.829.034	EVERSON ANDRES HERNANDEZ OROZCO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1L	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	8 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	505 g	NO	Leidy ordoñez	Lactante	1.121.908.488	3143119183	
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Vitas

¡IMPORTANTE!: En caso de inconformidades con la entrega, cantidades o calidad de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción: 4, Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas, Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 40.383.543 Villavicencio
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Lilia B. Gutierrez F.
Teléfono: 3208461268.

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

(Anexo de seguridad este documento impreso en gel)
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/UCA/UE: MI HUELLITA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3133778941

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 500010000458

NO.CONTRATO DE APORTE: 50008532024 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Despulida)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz (super arepa)	Cereal (Harina de Trigo ricaarina)	Cereal (Avena Sin Cascarilla)	Fruta (jalea)	Verduras (cubeta Bulto)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos (Leche en Polvo Colanta)	Lácteo liquido Pasteurizado (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lactimos san Jerónimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sublegumin)	Leguminosas (Arveja Sublegumin)	Leguminosas (Lenteja Sublegumin)	Aceites (Girasol)	Azucares (Panela natural Rosal 500g)	RECIBE AAVIN EN ESTA ENTREGA?				
							Libra s	Kilos / Libra	Kilos / Libra	Kilos / Libra	Libra s	Kilos / Libra	Libra s	Libra s	Gramo s	Libra s	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramo s / kilos	SI / No				
1	1.121.882.384	ELIZABETH CASTAÑEDA GUAVITA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ELIZABETH CASTAÑEDA GUAVITA	PARTICIPANTE	1.121.882.384	3212082432	
2	1.121.894.560	YESSICA DAYANA CULMA GUAYABO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YESSICA DAYANA CULMA GUAYABO	PARTICIPANTE	1.121.894.560	3132216134	
3	1.001.083.520	STEFANIA TORRES ROMERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	STEFANIA TORRES ROMERO	PARTICIPANTE	1.001.083.520	3027326648	
4	1.121.940.887	KAROL DANIELA HERNANDEZ LAITON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAROL DANIELA HERNANDEZ LAITON	PARTICIPANTE	1.121.940.887	3206718941	
5	1.123.044.468	ANGEL FARID MANRIQUE MORENO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANDREA VALENTINA MORENO MUÑOZ	MADRE	1.192.914.030	3220314840	
6	1.234.799.882	ELAINE ISABELLA RODRIGUEZ BURGO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA LIYEN BURGOS POVEDA	MADRE	1.329.982.668	3130412456	
7	1.122.512.706	ANGIE LISETH PADILLA DUQUE	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE LISETH PADILLA DUQUE	PARTICIPANTE	1.122.512.706	3227099702	
8	1.122.045.767	ANGEL GABRIEL BASTIDAS PEREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CAROL DANIELA PEREZ VERGARA	MADRE	1.122.511.135	3236990869	
9	1.006.820.525	KIMBERLY CRUSNEIDA CRUZ RICO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	TRINA CRUSNEIDA RICO	MADRE	1.071.886.329	3113889776	
10	1.121.990.448	EITHAN ANDRES ROBLES LARGACHA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA JULIETH LARGACHA BARRETO	MADRE	1.006.822.782	3203560435	
11	1.006.675.700	GISETH LORENA NAVARRETE CHAVEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	GISETH LORENA NAVARRETE CHAVEZ	PARTICIPANTE	1.006.675.700	3026644306	
12	1.123.535.521	MILAGROS ISABEL MORENO GONZALEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YOHANDRY DEL VALLE GONZALEZ GONZALEZ	MADRE		3226805808	
13	1.122.918.706	YENNY BRIGITH ROJAS RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YENNY BRIGITH ROJAS RODRIGUEZ	PARTICIPANTE	1.122.918.706	3134796013	
14	1.121.990.564	SAMUEL JESUS BETANCOURT LEON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE KATHERINE LEON ALVIRA	MADRE	1.013.660.643		
15	1.253.200.092	DAIRA CELESTE MEDINA BELTRAN		X			1L	1L	1L	___	___	1L	1L	1L	___	___	___	15 Ud	1L	___	___	500ml	___	NO	SANDRA LORENA BELTRAN AVILA	MADRE	1.121.881.497	3223609272	
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

(IMPORTANTE): En caso de incumplimiento con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Sandra Viviana Vergara
Cédula: 40.328.636
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Sandra Vergara
Teléfono: 313 3778941

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/UCANSE: MI PEQUEÑA LULU

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3146536252

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 500010012454 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 500066332024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Ornpaldes)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de TRIGO RICAUTE)	Cereal (HarinaDE MAIZ SUPER AREPA)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (PINA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanta)	Leche Bpolda Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jorninio)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Soliyaya)	Aviticares (Panela natural Rossa 500g)					
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No				
1	1121896007	MADELYN VERA SUESCA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALISSON JOHANNA SUESCA CHAVEZ	MADRE	1121917347	3170956563	
2	1123453801	JOSUE MATHIAS MORENO RAMIREZ	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA ESTEFANNY RAMIREZ VENUS	MADRE	1123890218	3143478408	
3	1121998643	LYNAN MATIAS ROJAS GALINDO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DILONEY BRILLITH ROJAS GALINDO	MADRE	1123897840	3025506221	
4	1123835703	SOFELI SAMARA JAIME ARANGO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SARA YULIETH ARANGO MEDA	MADRE	1026881738	3012209035	
5	1123825469	MIA SALOME RUIZ MOYA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULI ALEXANDRA RUIZ RICO	MADRE	1073421805	3133152438	
6	1122840377	ANGEL DARIO GONZALEZ AGUILAR	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULIANDRO VANESA AGUILAR BOLAÑO	MADRE	6331851	3130481160	
7	1121990556	ANA SOFIA PACHON FERNANDEZ	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENNIFER NATALIA PACHON FERNANDEZ	MADRE	1057640065	3144140328	
8	1123872734	STEFHANY KATHERIN CARRANZA MOREN	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	STEFHANY KATHERIN CARRANZA MORENO	PARTICIPANTE	1123872734	3107815888	
9	1032857975	WENDY DAILANA MESA TRIANA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	WENDY DAILANA MESA TRIANA	PARTICIPANTE	1032857975	3133218258	
10	1122099296	KAREN TATIANA DIAZ BAQUERO	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN TATIANA DIAZ BAQUERO	PARTICIPANTE	1122099296	3134031180	
11	1121876747	EVA ROCIO PAZ INESTROZA	x				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	EVA ROCIO PAZ INESTROZA	PARTICIPANTE	1121876747	3022481090	
12	1006823902	MICHELL NATALIA BARDA VASQUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MICHELL NATALIA BARDA VASQUEZ	PARTICIPANTE	1006823902	3186132203	
13	1006776139	MAIDA ALEJANDRA VELASQUEZ SANABR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MAIDA ALEJANDRA VELASQUEZ SANABRIA	PARTICIPANTE	1006776139	3135020674	
14	1123802158	DIANA PATRICIA REYES REYES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA PATRICIA REYES REYES	PARTICIPANTE	1123802158	3136084349	
15	1121147228	JAIDY JOHANA PUERTA LARA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JAIDY JOHANA PUERTA LARA	PARTICIPANTE	1121147228	3203801314	
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea, disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Margarita García B
Cédula: 40.988077
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Margarita García B.
Teléfono: 3146536252

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: MI PEQUEÑO MUNDO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TÉLEFONO: 3143770997

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HOS PORFIA 3 CODIGO CUENTAME DE LA 5000100000324 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																			NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz super arepa)	Cereal (Harina de Trigo ricaute)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raíz - Plátano (plátano)	Lácteos. (Leche en Polvo Coolmolac)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1660 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Budespensa)	Leguminosas (Alverja Budespensa)	Leguminosas (Lentejas Budespensa)	Aceites (Soyseya)	Azúcares (Panela natural Rosse 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?					
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1121990232	YESLY ANNARA MECHE MARQUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KARRENT FERNANDA MECHEMARC	MADRE	1010133652	3185780562	Karen MP
2	1234796407	MIA ANTONELLA MECHE LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JUAN DAVID MECHE REYES	PADRE	1123433100	3042646760	Juan David
3	1121949891	KAREN DAYANNA CABULO BELTRU	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN DAYANNA CABULO BEL	PARTICIPANTE	1121949891	3209755556	Karen Cabulo
4	1007723979	LAURA KATHERINE TORRES BERN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA KATHERINE TORRES	PARTICIPANTE	10007723979	3204963346	Laura T.
5	1122544479	MARIA JOSE VILCHE JUSHAYU	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ALICIA VILCHE DAZ	ABUELA	26865108	3219441927	maria vilche
6	1121989405	ALANY ISABELLA QUIROGA COCA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	BRENDA YULIANA COCA M	MADRE	1005702471	3163015611	Brenda cera
7	1048851414	JULIEHT GARCIA LEGUIZAMON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JULIEHT ALEXANDRA GARCIA	PARTICIPANTE	1048851414	3138607534	Julieht Garcia
8	1123825826	EMILY SARAHI OTALORA MORENO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LENNI YULEIDY MORENO	MADRE	1007741744	3212244684	YULEIDY M.
9	1121989591	MARIAM ALAILA ROLDAN LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA ISABEL LOPEZ CARTAG	MADRE	1121951377	3134547929	Maria Isabel
10	1234746428	CATALEYA CESPEDES HERIZALDE	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DANNA VANESA HERIZA DE	MADRE	1121621248	300587100	Danna Heriza
11	1121990068	AXEL JERONIMO ROMERO BEDOYA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ALEJANDRA BEDOYA	MADRE	1006825671	3202888942	Alejandra Bedoya
12	1121989945	THIAGO ALEJANDRO HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUZ LOZANO	ABUELA	1117493655	3226659277	Yolanda
13	1121990073	MIA ANTONELLA ARDCAVARGAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DANIELA ISABEL VARGAS HER	MADRE	1023039472	3202319475	Daniela
14	1007702886	ERIKA TATIANA AMAYA PADILLA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA TATIANA AMAYA PADILL	PARTICIPANTE	1007702886	3142569763	Erika
15	1029972241	EVENLY ISABELLA RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANDRES FELIPE RODRIGUZ M	PADRE	1121834470	3223387313	
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 40333804
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: CARMEN BILENA
Teléfono: 3143770691

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: MI PRIMERA INFANCIA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3213104499

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA UDS/UA/UCA/UE: 5000100134245

NO.CONTRATO DE APORTE: 50000332024 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Crujidos)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz la Nieve)	Cereal (Harina de Trigo Ricaura)	Cereal (Avena Su Delpenal)	Fruta (Pifia)	Verduras (cebolla Bullos)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Cosmolac)	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lactena san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Bolsaperenal)	Leguminosas (Arveja Bolsaperenal)	Leguminosas (Lentejas Bolsaperenal)	Aceites (Soyoyoa)	Azucares (Panela natural Rossa 500g)	RECIBE AAVVN EN ESTA ENTREGA?				
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Unidad Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No				
1	1116798365	NANCY YANETH AMORTEGUI BASTIDAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NANCY YANETH AMORTEGUI BASTIDAS	PARTICIPANTE	1116798365	3052714529	Nancy
2	1121826540	YENIFER LORENA REYES TORO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YENIFER LORENA REYES TORO	PARTICIPANTE	1121826540	3222446511	Yenifer
3	6381207	ANAIS YOLIBETH PALACIOS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANAIS YOLIBETH PALACIOS	PARTICIPANTE	6381207	3114641587	Anais
4	1121900174	ADRIANA ELIZABETH URREA GONZALEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ADRIANA ELIZABETH URREA GONZALEZ	PARTICIPANTE	1121900174	3202167149	Yenifer
5	S.D	JERONIMO RODRIGUEZ VALENZUELA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA VALENZUELA FLOREZ	MADRE	1192807364	3223566182	Luisfora
6	1121990264	HEIDY LOPEZ URREA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA TERESA URREA CANTOR	MADRE	1098998791	3142284944	Heidy
7	1121954253	ANGELICA MARIA PEÑA GOMEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGELICA MARIA PEÑA GOMEZ	PARTICIPANTE	1121954253	3112664261	Angelica P
8	1122945798	ALAIN SARITA ALFONSO RUIZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DERLY KATERINE RUIZ CHIPAJE	MADRE	1192772865	3236353943	Katerine R
9	1121989868	MARIA VICTORIA GUAMBAYO VALENZUELA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JANA GISELA VALENZUELA CARTELLANOS	MADRE	1006860599	3001973963	Fabio V.C
10	8274195	LUDIKA YEUB YESIMAR DIAZ MUARES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUDIKA YEUB YESIMAR DIAZ MUARES	PARTICIPANTE	8274195	3163627112	Diaz
11	1121989834	BRIANNE ISBELL LEON VARGAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA JULIETH VARGAS ARIAS	MADRE	1123433639	3005664680	Erika V.
12	1123825848	ELIAN DAVID ALBERTO GARCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MAYLIN DANIELA GARCIA PAEZ	MADRE	1122891024	3204899174	Maylin G
13	1121990029	JAIRO ANDRES CAMACHO SAQUERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA FLOR SAQUERO ROMERO	MADRE	1026.006.284	3144772185	Jairo
14	1123825674	NYARIA GISELLE PINEDA ARENAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY CAROLINA ARENAS LEMUS	MADRE	1010663483	3136413239	Leidy A.
15	1253269320	NATANAEL KENAY ALDANA GARZON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YASMIN HERRERA	ACUDIENTE	40328516	3227196887	Yasmin H
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Notas:

¡IMPORTANTE!: En caso de inconformidades con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 40384463
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: LUCELLY CORTES CUENCA
Teléfono: 3213104499

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: UNO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UCS/UAA/UCA/AE: MIS ANGELITOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3123733150

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CÓDIGO CUENTANME DE LA: 500010012521? MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 500006320?4

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO POBLACIONAL: Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maiz SUPER AREPA)	Cereal (Harina de Trigo ROCAUTE)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (PIÑA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteo, (Leche en Polvo Cosmolac)	Lácteo liquido Pasteurizado (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lactose sin Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lenteja Sudespensa)	Aceites (Soyaoya)	Azúcares (Panela natural Roses 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
							Libras	Libras	Libras	Libras	Libras	Kilos / Libra	Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Libras	Libras	Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	Si / No					
1			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Mariacecilia
2			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Alejandra M.
3			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Eudo M
4			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					YANET TERA
5			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Alejandra M.
6			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Heidy Cuesta
7			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Paola
8			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Daniela G.
9			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Lorena E
10			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Kara Avila
11			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					LUISA E
12			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Brenda Paz
13			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Jennifer Rico
14			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					NJJ.
15			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO					Karen Reyes
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Observaciones:

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico: atencionusuario@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 1121Saul48
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Diana Rodriguez Barrera
Teléfono: 3123733150

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

REGIONAL: META | CENTRO ZONA: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: MIS ANGELITOS 1

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3123099023

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 2 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 5000130012992 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO CONTRATO DE APORTE: 5000633004

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-5 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz Superarepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lacteos, (Leche en Polvo Colanta)	Lacteos (Leche Pasteurizada (Colanta Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudespensa)	Leguminosas (Arveja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Rosse 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?					
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litro	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilo s/ Libr	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No				
1	SD	VICTORIA VALERIE BARCIA RODRIGUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
2	1.007.741.675	JESICA YURANY ENGUILAR GIRON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
3	1.006.695.253	RUTH MILA VILLALOBOS SANDOVAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
4	1.123.825.829	ETHAN GABRIEL VARGAS BERNALUZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
5	1.121.946.882	ELISABETH YATE BEDOYA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
6	1.121.925.998	JEIDY KIVIANA CRUZ HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
7	1.244.828.527	LUIS FELIPE BUJANNS BONORQUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
8	1.122.945.773	MICA ALEXANDRA COLINA GUTIERREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
9	1.089.899.811	LUZ ADRIANA CARDENAS LEON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
10	SD	MARIANA PORT BERNAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
11	1.122.941.529	LIAM SANTIAGO DAZA PORRAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
12	1.121.899.186	DILAN LEANDRO SANCHEZ VILLAREAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
13	1.123.825.982	MARTIN JOSE DOMINGUEZ LASEKA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
14	1.244.828.661	FREDDY EXEL ROYOA CASTRO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
15	1.121.896.159	EIDER DAMIAN MARTINEZ LAMBIS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

¡IMPORTANTE! En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llámenos Line: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Diana Santiago Castro
Cédula: 1015468644
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Diana Santiago Castro
Teléfono: 3123099023

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/CAAIE: MIS CORDERITOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMIAR | TELÉFONO: 3133860098

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 500001000187777 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 500085320024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO: Niño o niña de 0-5 meses y Gestante	GRUPO: 6 a 11 meses 29 días	GRUPO: Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	GRUPO: Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): Cereal (Arroz Blanco Orquídea) Libra s	Cereal (Pasta La Store) Libra s	Cereal (Harina de Maiz Supervega) Libra s	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte) Libra s	Cereal (Avena Su Diaspinas) Libra s	Fruta (Piña) Kilos / Libra s	Verduras (cebolla Bolico) Libra s	Tuberculo - Raiz - Platano (guineo) Kilosó Libras	Lácteos, (Leche en Polvo Colanac) Gramos	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml) Litros	Queso (queso Doble Crema Lactena san Jerosimo) Gramos	Huevos AA (preferible de 60 g c/u) No. Unidades	Leguminosas (Fríjol Supervega) Libra s	Leguminosas (Arveja Supervega) Libra s	Leguminosas (Lentejas Supervega) Libra s	Aceites (Golpeyva) mL/ Libra	Azúcares (Panela natural Rosas 500g) gramo s / kilos	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA? SI / No	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
1	1.122.512.159	DALLANA BARRETO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DALLANA BARRETO	PARTICIPANTE	1.122.512.159	3125176409	
2	1.006.799.607	ASTRID MONCALEANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ASTRID MONCALEANO	PARTICIPANTE	1.006.799.607	3208267922	
3	32.401.860	DARIANNIS ARRIECHI	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DARIANNIS ARRIECHI	PARTICIPANTE	32.401.860	3186220818	
4	1.121.838.156	GEYDI LUCIA CAMELO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	GEYDI CAMELO	PARTICIPANTE	1.121.838.156	3144417531	
5	1.121.990.261	DILAN CARVAJAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	FERNANDA VELASQUEZ	MADRE	1.090.514.671	3204146960	
6	1.122.544.465	ALANA FLOREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YOJANA RIOS	MADRE	40.328.825	3108252010	
7	1.122.626.820	KELLY JOHANNA URREGO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JOHANNA URREGO	MADRE	1.122.626.820	3102994733	
8	1.122.985.765	AILANI MORA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUZ PIEDAD DELGADO	MADRE	1.121.824.808	3022969959	
9	1.122.544.224	AILIANI DE LA ROSA		X			11	500g	11	–	–	11	11	11	–	–	–	15 Und	11	–	–	500g	–	NO	DARCY FLORIDO	MADRE	1007297864.	3214068770	
10	1.121.989.560	NEIKER JERONIMO SANTANA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALEXANDRA CRUZ	MADRE	1.094.048.662	3015250975	
11	1.122.544.348	MIA ELENA COBO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MONICA CUTIVA	MADRE	1.121.880.846	3115149790	
12	1.121.989.838	DOMINIC DAVID ROEMRO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NICOLL DELGADO	MADRE	1.121.851.616	3229983091	
13	1122945709	KAIMY LILIANA ARDILA		X			11	500g	11	–	–	11	11	11	–	–	–	15 Und	11	–	–	500g	–	NO	KAREN BAQUERO	MADRE	1121959350	3106650423	
14	1121838156	TERESA MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	TERESA MARTINEZ	PARTICIPANTE	1121838156	3143782519	
15	1029980008	VALERIA PAEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VALERIA PAEZ	PARTICIPANTE	1029980008	3115236204	
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimiento con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
Cédula: 40381423
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: YINATH MARIETH CORREA ARCE
Teléfono: 3133860098

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZOA: UNO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: MIS HUELLAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3182492219

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 50000100028795 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO CONTRATO DE APORTE: 500006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		RECIBE A/AVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Hoja)	Cereal (Harina de Maíz Superviejas)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Pina)	Verduras (cebolla Bullo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Colanclas)	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1099 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Sudespensa)	Leguminosas (Arveja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Soleysoya)	Azúcares (Panela natural Rossa 500g)						
							Kilos/ Libras	Kilos / Libra	Kilos / Libra	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1121990481	ALAN MATIAS BAQUERO VALENCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA VIVIANA VALENCIA UMAÑA	MADRE	1006860902	3132775270	erika V
2	1122544479	MAYKEI ANDRES FUENTES ARIZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MAYRA YESSENIA ARIZA MORENO	MADRE	1121934594	3133388363	MAYRA ARIZA
3	1121990395	EVELEN SAMANTHA SUAREZ CHACON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JULIANA CATHERINE SUAREZ CHACON	MADRE	1118570374	3138678798	Juliana S
4	1123806511	JERALDIN TATIANA BARRERA LOZANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JERALDIN TATIANA BARRERA LOZANO	PARTICIPANTE	1123806511	3123305645	Jeraldin B
5	1121997162	SARAY CAROLINA GARZON MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SARAY CAROLINA GARZON MARTINEZ	PARTICIPANTE	1121997162	3238298182	Saray Garzon
6	1122544411	ANTHONY SMITH PARRADO FONSECA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YISSE NATALIA FONSECA PEREZ	MADRE	1123431817	3222682810	Anthony F.
7	1121990307	YULIETH BETHSABELL ESPEJO CRUZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA PATRICIA ESPEJO CRUZ	MADRE	52908764	3134585282	Diana E. Espejo
8	1121989680	ANGEL GABRIEL ROBLES ACOSTA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	OMAIRA ROBLES ACOSTA	MADRE	1121858624	3114792534	Omaira Robles
9	1121989681	JUAN SEBASTIAN ROBLES ACOSTA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	OMAIRA ROBLES ACOSTA	MADRE	1121858624	3114792534	Omaira Robles
10	1123825493	IANNA ISABELLA NOVOA RIVERA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VALERY TATIANA RIVERA TORRES	MADRE	1122925909	3132411565	Valery Rivera
11	1244828920	EITHAN EMMANUEL MURCIA HERNANDEZ		X			1L	1L	1L	—	—	1L	1L	1L	—	—	—	15Und	1L	—	—	500ml	—	NO	LUISA CAMILA HERNANDEZ DIAZ	MADRE	1119886811	3118145823	Camila H
12	1121989432	MARIA CHARLOTTETORRES PARDO		X			1L	1L	1L	—	—	1L	1L	1L	—	—	—	15Und	1L	—	—	500ml	—	NO	LUZ MABEL TORRES PARDO	MADRE	1006857490	3214725695	Mabel Torres
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cambiadas o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingo las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Catalina Puentes Peña
Cédula: 1018 6378
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Nidia Catalina Puentes Peña
Teléfono: 3182492219

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META **CENTRO ZONAL:** VILLAVICENCIO **MUNICIPIO:** VILLAVICENCIO **SERVICIO:** HCB FAMI BIENVENIR **UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UVE:** MIS PRIMERAS HUELLITAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR **TELÉFONO:** 3245106598

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 **CÓDIGO CUENTAME DE LA** 30000100018651 **MES DE LA ENTREGA:** MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE 30006032024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz Supergranja)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos, (Leche en Polvo Colanta)	Leche Ipasta Pasterizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fripol Subsaponas)	Leguminosas (Alverja Subsaponas)	Leguminosas (Lenteja Subsaponas)	Aceites (Soliyoya)	Azúcares (Panela natural Rodas 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?				
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	Si / No				
1	1122509588	LEYDI JINET HERRERA H.	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEYDI JINET HERRERA H.	PARTICIPANTE	1122509588	3233414380	
2	1121941322	THALIA HERNANDEZ RAMOS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	THALIA HERNANDEZ R.	PARTICIPANTE	1121941322	1121941322	
3	321	BRIAN ANDRES GONZALEZ M.	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	BRAYAN FABIAN GONZALEZ	PADRE	1149686496	3217438669	
4	1122544047	EMILIANO URREA MENDIETA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARTHA BRYIT BURITACA	PRIMA	1234790376	3107757055	
5	1121990852	MIA VALERIE GUAZA BERTEL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	EDGAR ADOLFO GUAZA	PADRE	1061429117	3005139896	
6	1122508112	BREIDY JULIETH RAMIREZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	BREIDY JULIETH RAMIREZ	PARTICIPANTE	1122508112	3203753379	
7	1234736152	ALANA GODIÑO ARIAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VALERY NATALIA GODIÑO	MADRE	1121908918	3203807499	
8	1038830359	DEIDULIA GALINDO GARCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JOSE MEDARDO LERMA	CONYUGUE	1121521809	3132946179	
9	1234796476	JULIETH ARIOMIS HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	TATIANA HERNANDEZ	MADRE	1123088403	3217555999	
10	1234796461	THIAGO GAEL AREVALO H.	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MAYBE HERRERA H.	MADRE	1121947257	3214202017	
11	1123455257	JUAN PABLO VASQUEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	HEIDY VIVIANA MUÑOZ	MADRE	1121833848	3179386990	
12	1121989613	ANGEL JOEL BOLIVAR MEZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JUAN CARLOS BOLIVAR	PADRE	80128314	3107485208	
13	1122544358	ANGELA CATERIN CHISABA G.	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	30 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	HERMINDA GRACIA	MADRE	1121820390	3168015647	
14	1006725143	ALEXA MILENA CUBEO MACUNA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	0 L	250 g	60 UM	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ALEXA MILENA CUBEO MACUNA	PARTICIPANTE	1006725143	3216585540	
15	1122544367	MAROL THALIANA ROZO A.		X			1 Lb	1 Lb	1 Lb	---	---	1 Lb	1 Lb	1 Lb	---	---	---	15 UM	1 Lb	---	---	500ML	---	NO	MARLON DOVIVA ROZO	PADRE	1006904356	3205188359	
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma:
Cédula: 1121883211
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: YULY YESENIA GODOY MUÑOZ
Teléfono: 3245106598

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: MIS PRIMEROS PASITOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3132930388

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 50001000018999 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO CONTRATO DE APORTE: 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-8 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nueva)	Cereal (Harina de Maiz Supercremita)	Cereal (Harina de Trigo Ricaurte)	Cereal (Avena Su Desayuno)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Platano (plátano)	Lácteos (Leche en Polvo Cosmolac)	Leche Liquida Pasterizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jerónimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Sudexpensa)	Leguminosas (Arveja Sudexpensa)	Leguminosas (Lenteja Sudexpensa)	Aceites (Bolyoya)	Azucares (Panela natural Rioso 500g)	RECIBE AA/VN EN ESTA ENTREGA?				
			Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	Kilos/ Litros	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No				
1	1.122.521.693	SARA MAYELI OSPINA TORRES	X				1 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	899 g	6 L	249 g	29 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	899 g	NO	SARA MAYELI OSPINA TORRES	PARTICIPANTE	1.122.521.693	3129059641	Sara
2	1.108.341	YERSY CAROMOTO CARVAJAL	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	YERSY CAROMOTO CARVAJAL	PARTICIPANTE	1.108.341	3127469783	Yersy
3	1.065.236.522	LUISA FERNANDA ACOSTA PINZON	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	LUISA FERNANDA ACOSTA PINZON	PARTICIPANTE	1.065.236.522	3209270229	Luisa acosta
4	1.120.353.145	LIGIA SANCHEZ GOMEZ	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	LIGIA SANCHEZ GOMEZ	PARTICIPANTE	1.120.353.145	3148844779	Ligia Sanchez
5	1.121.197.380	SHIRLE YINETH ARBELAEZ MARIN	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	SHIRLE YINETH ARBELAEZ MARIN	PARTICIPANTE	1.121.197.380	3143951131	
6	1.121.468.216	MERCY PAOLA GARCIA MEJIA	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	MERCY PAOLA GARCIA MEJIA	PARTICIPANTE	1.121.468.216	3202547678	Mercy Garcia
7	1.121.816.316	LAURA YINETH ACOSTA PERDOMO	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	NATANIEL IVAN ARIZA VIZCAYO	PADRE	1.014.348.714	3176806253	Ivan Ariza
8	1.234.796.570	ANAMARIA BARRANCO SOTELO	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	CAROLINA SOTELO RODRIGUEZ	MADRE	1.120.867.664	3213587174	Carolina Sotelo
9	1.234.796.541	ALANY JULIETA SEGURA HUARTOS	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	EDITH MARTCELA HUARTES CHARTE	MADRE	1.121.911.281	3006670273	Alany29
10	1.234.796.497	ALANNA ELIZABETH OSORIO QUIROGA	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	LICETH ALEJANDRA QUIROGA	MADRE	1.122.524.526	3227751371	Alejandra Quiroga
11	1.234.796.401	ANGELY ADHARA CRUZ CUESTA	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	YULI MARIANA CUESTA MORA	MADRE	1.122.477.094	3124884574	Mariana Mora
12	1.029.972.190	ANTONELLA CELESTE SOLANO GARZON	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	LEIDY YULIANA SOLANO GARZON	MADRE	1.121.885.508	3028452031	Leidy Yuliana
13	1.121.989.818	SAHARA ISABELLA BARRERA CASTRO	X				2 kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	900 g	NO	DIANA JULIANA CASTRO PEREZ	MADRE	1.006.446.247	3124891694	Diana Castro
14	1.121.989.468	EMMA VICTORIA GARCIA CABARIQUE		X			1Lb	1Lb	1Lb	------	------	1Lb	1Lb	1Lb	------	------	------	15 Und	1Lb	------	------	500ml	------	NO	WENDY KIMMARI GARCIA CABARIQUE	MADRE	1.006.631.863	3145229492	Wendy G
15	1.234.796.380	IAN STIVEN PRIETO ARIAS		X			1Lb	1Lb	1Lb	------	------	1Lb	1Lb	1Lb	------	------	------	15 Und	1Lb	------	------	500ml	------	NO	LAURA SIRENA ARIAS PEÑA	MADRE	1.071.686.839	3203818231	Laura Arias
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
Cédula: 1.[illegible]
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: YELITZA CALDERON ZARATE
Teléfono: 3132930388

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento asegúrese que es estrictamente necesario!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: MIS PRIMEROS PASOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3144390123

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CODIGO CUENTAME DE LA: 5000010001247 2 MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-8 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz Super Arepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricarina)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fruta (Piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raiz - Plátano (plátano)	Lacteos, (Leche en Polvo Colanta)	Leche liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lactose san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lenteja Sudespensa)	Aceites (Soleysoy)	Arúcares (Panela natural Rosea 500g)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?				
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	ml/ Libra	gramos / kilos	SI / No				
1			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
2			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
3			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
4			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
5			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
6			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
7			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
8			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
9			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
10			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
11			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
12			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
13			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
14			X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO				
15				X			1L	1L	1L	0	0	1L	1L	1L	0	0	0	15Und	1L	0	0	500Ml	0	NO				
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimiento con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____
Cédula: 1.010.123.206
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA
Teléfono: 3144390123

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de identidad No:

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

REGIONAL: META **CENTRO ZONAL:** VILLAVICENCIO **MUNICIPIO:** VILLAVICENCIO **UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE:** HCB FAMI BIENVENIR

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR **TÉLEFONO:** 3209655216

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 **CÓDIGO CUENTAME DE LA** 900001000189

MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 5000032024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL *PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niñas de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Empolido)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz Reforzada)	Cereal (Harina de Trigo Fortificada)	Cereal (Arroz de Desgrano)	Fruta (FrBA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tubérculo - Raíz - Plátano (plátano)	Lácteo, (Leche en Polvo Entera)	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Rojo/pepa)	Leguminosas (Arveja Rojo/pepa)	Leguminosas (Lenteja Rojo/pepa)	Aceites (Soly/oryz)	Azúcares (Panela natural Rapsa 500g)	RECIBE AJUVIN SIN ESTA ENTREGA?				
			Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos / Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	Kilos/ Libra s	mL/ Litro	gramo s / litros	SI / No					
1	1.111.896.941	LILIANA VELASQUEZ PEÑA	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LILIANA VELASQUEZ PEÑA	PARTICIPANTE	1.111.896.941	3214065357	LiLi
2	1.120.354.634	YENIFER DAYANA DELGADO GONZALEZ	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YENIFER DAYANA DELGADO GONZALEZ	PARTICIPANTE	1.120.354.634	3041323969	Yeni Fer Delgado
3	1.113.825.965	MAILYN ALHENA BUITRAGO GALINDO	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CHARY DAYANA GALINDO	PARTICIPANTE	1.006.885.916	3107905365	Dayana Galindo
4	1.210.891.790	LAURA TATIANA JARAMILLO	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA TATIANA JARAMILLO	PARTICIPANTE	1.121.948.988	3127533086	Laura Jaramillo
5	1.120.571.401	YESICA YULIE MORENO	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YESICA YULIE MORENO	PARTICIPANTE	40.391.090	3221771582	Yesica moreno
6	1.234.796.585	GAEL STIVEN PEREZ SALINAS	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JORETH ALEJANDRA SALINAS	MAMA	1.006.774.733	3041021568	Joreth Salinas
7	1.113.825.613	ETHAN JACOB HERNANDEZ	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA FERNANDA RODRIGUEZ	MAMA	1.93.513.754	3005165069	Maria R.
8	1.233.159.174	ARIANY KAMILA CEDEÑO	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JESICA PAOLA GOMEZ	MAMA	1.121.886.443	3143329611	Jesica Gomez
9	1.112.544.405	KALETH STIVEN CASTAÑEDA	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	HEIDY DANIELA SANCHEZ	MAMA	1.120.358.547	3009408789	Heidy Sanchez
10	1.121.945.787	ASHLLY DAHLIANA OJEDA	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YEIMI VANESSA BETANCUR	MAMA	1.121.867.071	3126559798	Yeimi B.
11	1.121.989.745	EIMY VICTORIA PABON	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VIVIANA MILENA CRUZ	MAMA	1.122.900.722	3046798089	Viviana C.
12	1.121.990.039	LEIDY SOFIA SABOGAL	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY TATIANA SAENZ	MAMA	1.121.934.959	3124800911	Leidy Saenz
13	1.234.796.494	MARLEN ZAMARA HERRERA	X				1 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 UN	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YENDRI MILENA SOSA	MAMA	1.121.842.454	3135614380	Yendri Sosa
14	1.234.796.351	OSMIBET JOSUE CORTEZ		X			1Kg	1Kg	1Kg	NO	NO	1Kg	1 Kg	1 Kg	NO	NO	NO	15 UN	1Kg	NO	NO	1 L	NO	NO	YESLY SUSANA OLGUIN	MAMA	1.121.863.152	3101919469	Yesly Susana
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												

Notas:

¡IMPORTANTE: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 51 90 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada: disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Maria Pardo
Cédula: 1017973450
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Maria Fernanda Pardo
Teléfono: 3209825876

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piénselo en el medio
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA MENSUAL DE RACIÓN PARA PREPARAR EN LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA

		P-21.207.11-PP	01-1-2025
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

MUNICIPIO: MEDIA: MUNICIPIO: BLAGACHO TIPO DE ATENCIÓN: FAMILIAR GRUPO: GRADO: UNIDAD DE ATENCIÓN (SEDE U OTRO): SEDE FIJA BETHOVEN: 3219999451: 3009596134: NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA Y PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO: METODOLOGÍA DE ATENCIÓN: FORTA 3 MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO POBLACIONAL: Niños y niñas de 0-6 meses y Gestantes	Niños y niñas de 6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 6 a 11 meses 29 días	Niños y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niños de 3 a 5 años 11 meses	Peso (gr/kg)	Talla/estatura (cm/mts)	Edad gestacional (semanas)	Perímetro Braquial (cm)	Perímetro Cefálico (cm)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Hemoglobina (g/dl)	Hierro Administrado en 30 días (ml)	Leche Entera Fortificada (Kilos/Litros)	Leche Entera Fortificada (Kilos/Litros)	Leche Entera Fortificada (Kilos/Litros)	Arroz Diamante (Kilo)	Avena Hojuela (Kilo)	Aceite Girasol (Litro)	Atún en Agua (Gramos / Lata)	RECIBE RACIÓN EN ESTE ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos g	No. unidades ml	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	und/ Litro	gramos / Mes	SI / NO					
1123922443	DIANA MARCELA DIAZ FINO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	DIANA MARCELA DIAZ FINO	PARTICIPANTE	1123922443	3202452596	Diana Diaz
1150503096	ANGIE MICHEL SANTOQUE PARDO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE MICHEL SANTOQUE PARDO	PARTICIPANTE	1150503096	3108025177	angie michel
	MARIA GABRIELA URDANETA SUAREZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	MARIA GABRIELA URDANETA SUAREZ	PARTICIPANTE		3208152699	Maria urdaneta
1121833149	FLOR ROSMIRA RUIZ MONTENEGRO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	FLOR ROSMIRA RUIZ MONTENEGRO	PARTICIPANTE	1121833149	3206457231	Flor Ruizmontenegro
1121835595	YULIE KATHERINE DIAZ FALLA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	YULIE KATHERINE DIAZ FALLA	PARTICIPANTE	1121835595	3204997809	YULIETH DIAZ
	STEFANI ORIANA DE AZA GARCIA	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	STEFANI ORIANA DE AZA GARCIA	PARTICIPANTE		3203001330	Stefani D
8086117	CARMEN MARIA GUERRERO GUERRERO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	CARMEN MARIA GUERRERO GUERRERO	PARTICIPANTE	8086117	3224651712	Maria
1123883813	JEVER AMIR RAMOS MUÑOZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE CAROLINA RIVEROS ESPINOSA	PARTICIPANTE	1006796143	3102913809	Inmaculada
1122943048	ANDRY DARECK AVILA RIVEROS	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	FLEER HILLARY CAMILA MUÑOZ CRUZ	PARTICIPANTE	1123883809	3214625117	Flor Muñoz
1121880090	LOAN MANUEL SUAREZ DULCEY	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	LIBEY JOHANA DULCEY JARA	PARTICIPANTE	1121880809	3102636093	Leidy Rokey
1123903382	BRAYAN SNEIDER GONZALEZ CALDERON	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	YUSBLEIDY VANESA CALDERON PINZON	MADRE	1121834893	3219136997	Yusbleidy calderon
1121880347	DANNA SOFIA ESPINOSA CASANDRO	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	DERMANY DANIELA CASANDRO DIAZ	MADRE		3143254384	Dermanny
1121880880	GAEL ALEXANDER MUNA ALVIZU	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	FRANYELIS ALEJANDRA ALVIZU YAGUR	MADRE		3112753273	franyelis
1121886012	FRANK YAHIR NUÑEZ MUÑOZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	ANGELA ESMERALDA MUÑOZ LOZANO	MADRE	1006827873	3007296971	Angela Muñoz
1123870640	THIAGO ALEJANDRO GARZON FLOREZ	X					2 Kg	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	1kg	1kg	1kg	900g	4 LT	250g	30 cm	1 Kg	1 Kg	1 Kg	1 L	500 g	NO	CAREN JULIETH FLOREZ PEÑA	MADRE	1005307766	3226727189	Caren Flore

Diligencie una fila nueva abajo para completar la cantidad de usuarios necesaria.

¡IMPORTANTE! En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 6; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea disponibles de forma permanente las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma Usuario: Del yomi 3??

Nombre y apellidos completos del padre, madre o acudiente que recibe la ración: _____

Firma: _____
Representante legal/CDI o su delegado

Cargue de imágenes aquí diligenciado - antes de ser escaneado completamente
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIDOS | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAU/CAIUE: FAMI PAYASITOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3124616681

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 5000100028042 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 5000532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	ENTREGA	CONFIRMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (PPR)																					PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	TELÉFONO CELULAR	FIRMA DIGITALIZADA DEL ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
			ENTREGA EN CASA DE LA FAMILIA	ENTREGA EN PUNTO DE ENCUENTRO	ENTREGA EN CAIUE	ENTREGA EN UAU	Cereal Hojuelas de Maíz	Cereal Hojuelas de Maíz Fortificado con Hierro	Cereal Hojuelas de Trigo	Cereal Hojuelas de Trigo Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Maíz y Trigo	Cereal Mezcla de Maíz y Trigo Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Trigo y Soya	Cereal Mezcla de Trigo y Soya Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Maíz y Soya	Cereal Mezcla de Maíz y Soya Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Arroz y Soya	Cereal Mezcla de Arroz y Soya Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Arroz y Trigo	Cereal Mezcla de Arroz y Trigo Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Arroz y Maíz	Cereal Mezcla de Arroz y Maíz Fortificado con Hierro	Cereal Mezcla de Arroz y Maíz Fortificado con Hierro y Vitaminas	Cereal Mezcla de Arroz y Maíz Fortificado con Hierro y Vitaminas Sin Gluten				
1			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3212615109	
2			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3212250625	
3			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3145146574	
4			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3102532791	
5			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3011463520	
6			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3112841123	
7			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		MADRE		3043528937	
8			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		PARTICIPANTE		3112123221	
9			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		PARTICIPANTE		3133284282	
10			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		PARTICIPANTE		3174938009	
11			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		PARTICIPANTE		3508308864	
12			X				2Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO		CUÑADA		3124854620	
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

otas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingo las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Diana Vargas
Cédula: 1121955105
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Diana Marcela Vargas
Teléfono: 3124616681

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.ATT1.PP Versión 2	11/05/2020 Página 1 de 1
	FORMATO DE ENTREGA MENSUAL DE RACIÓN PARA PREPARAR EN LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA		CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Pública

CENTRO ZONAL: META — CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO — MUNICIPIO: VILLAVICENCIO — SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR — UNIDAD DE ATENCIÓN/ UDS/UAA/CAJUE: RENACER

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR — TELEFONO: 3136923661

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 — CÓDIGO CONTABLE DE LA UDS/UAA/CAJUE: 5000100623680

NO.CONTRATO DE APORTE: 3000533024 — MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO POBLACION: Niño o niña de 0-6 meses y Gestante	Niños y niñas de 7 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): Cereal (Arroz Blanco Orquídea) Kilos / Libras	Cereal (Pasta La Nieve) Kilos / Libras	Cereal (Harina de Maiz SUPER AREPA Kilos / Libras	EREAL (Harina DE Trigo ROCALITE) Kilos / Libras	Cereal (Avena Su Despensa) Kilos/ Libras	Fruta (Piña) Kilos/ Libras	Verduras (cebolla Bulbo) Kilos/ Libras	Tuberculo - Raiz - Platano (platano) Kilos / Libras	Lácteos (Leche en Polvo Cosmolac) Gramos	Leche líquida Pasteurizada (Colanta 1800 ml) Litros	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo) Gramos	Huevos AA (unidades de 60 g c/u) No. Unidades	Leguminosas (Fríjol Sudespensa) Kilos/ Libras	Leguminosas (Alverja Sudespensa) Kilos/ Libras	Leguminosas (Lentejas Sudespensa) Kilos/ Libras	Aceites (Solyagya) mL/ Litro	Azucares (Panela natural Rosse 500g) gramos / kilo	VOLUNTARIO: ACEITE DE COCA ENTREGA? Si / No	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
1	1.244.829.051	AUSTIN MATHIAS RAMIREZ SOLORZANO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	YUSMAIRA NAZARETH SOLORZANO	MADRE	PP 6900148	3212359525	Yusmaira.
2	PP6[illegible]	DANIEL KERELYS URBINA CASTELLO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	DANIEL KERELYS URBINA CASTILLO	PARTICIPANTE	PP6433353	3236999063	Daniel G.
3	1.122.945.619	LUIS NOAH CIFUENTES VILLAQUIRAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	ROSAURA VILLAQUIRAN	MADRE	1.121.882.616	3009094582	Rosaura V. M
4	1.121.960.375	IAN AZIEL BRICEÑO CHIQUIZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	JENNIFER STEPHANY CHIQUIZA	MADRE	1.006.656.559	3006844197	Jennifer Chiquiza
5	1.[illegible].829.023	FABER EMILIO MUÑEZ AVILA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	ANDREA AVILA NUSTES	MADRE	10.061.211.801	3014244086	Andrea Avila.
6	1.121.990.173	KAYLEN ELIANA VIGOYA TORRES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	MAYDY YUREIDY TORRES	MADRE	1025557[illegible]	3132661981	Maidy Torres
7	1.123.625.797	EMILY ACHARA RIBON QUICENO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	ANGELA JOHANNA QUICENO	MADRE	1.007.418.500	3134145744	Angela Quiceno
8	1.121.941.812	DIANA PAOLA VARGAS MORERA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	DIANA PAOLA VARGAS MORERA	PARTICIPANTE	1.121.941.812	3004455113	Diana Vargas
9	1.123.430.405	BRILLY YULIANA CRUZ CORTES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	BRILLY YULIANA CRUZ CORTES	PARTICIPANTE	1.123.430.405	3147202186	Brilly Cruz
10	1.121.969.715	JHOANDRY SEBASTIAN GAITAN MONTAÑO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	OMAIRA YUSURY MORAN MONTAÑO	MADRE	1111753341	3203344807	Omaira Moran
11	1.121.969.541	THOMAS EMILIANO ALMANZA MEDINA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	GERALDY ALEJANDRA MEDINA HERRE	MADRE	1121416694	3133435840	Geraldy Medina.
12	1.122.544.353	LIAM STIVEN YEPES YANGUMA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	CAELY VANESSA YANGUMA VELASQU	MADRE	1.122.519.484	3118685196	
13	1244828930	ARIEL MATHIAS AGUDELO FORERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	LUISA FERNANDA FORERO SABOGAL	MADRE	1.121.946.944	3206122168	Luisa Forero
14	1.024.469.366	LEIDY VIVIANA PEDRAZA PATIÑO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	LEIDY VIVIANA PEDRAZA PATIÑO	PARTICIPANTE	1.024.469.366	3023065299	
15	1.121.969.658	DAHYARA GARCIA RIOS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	500 g	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	No	NAZLY YULIETH RIOS RUIS	MADRE	1.122.677.471	3006222297	Yulieth Rios
16																												

Inserte más filas hacia abajo para completar la cantidad de usuarios necesaria.

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: _____

40414677

Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: _MARIA MONDRA RIVEROS GOMEZ_____

3136923661

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Documento de Identidad No:

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

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

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

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UO/UI/UCA/UE: SEMILLITAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELÉFONO: 3053066315

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA: 50001000000478 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50006032024

NO. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																			RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-8 meses y Gestante	9 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 3 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orquídea)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina sin sal SUPER AVENA)	Cereal (Harina de Trigo Ricosuria)	Cereal (Avena Su Desayuna)	Fruta (piña)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos. (Leche en Polvo Colanidas)	Leche Humana Fortificada (Colanta 1500 ml)	Queso (queso Doble Crema; Lácteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Fríjol Sudespensa)	Leguminosas (Alverja Sudespensa)	Leguminosas (Lentejas Sudespensa)	Aceites (Soyaoya)	Azúcares (Panela natural Rosas 500g)								
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libra s	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramo s / kilos	SI / No					
1	1.007.433.468	ANGIE MARIA MARTUSCI HENAO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE MARIA MARTUSCI HENAO	PARTICIPANTE	1.007.433.468	3.104.780.288	Angie Martuzo
2	1.121.890.348	MARCOS EMMANUEL BAREÑO M	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ADRIANA LIZETH MELENDRADO M	MADRE	1.122.513.195	3218750544	Adriana C.
3	1.122.513.777	WENDY YERALDINE QUINTERO V	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	WENDY YERALDINE QUINTERO V	PARTICIPANTE	1.122.513.777	3138843905	Wendy.
4	1.122.845.831	ANDRES STIVEN DIAZ CRUZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENIFER TATIANA CRUZ BENITEZ	MADRE	1.023.399.116	3225281811	
5	1.244.429.098	LIAM SAMUEL HERNANDEZ LEON	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA VERITZA LEON RORY	MADRE	1.007.145.375	3142171347	LAURA LEON
6	1.113.946.735	NARLY DAYANA PERDOMO LORA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NARLY DAYANA PERDOMO LORA	PARTICIPANTE	1.113.946.735	3182645018	DGYBVB
7	1.121.985.521	EMILIANO SANTOS BELTRAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VALENTINA BELTRAN BELTRAN	MADRE	1.120.839.310	3224465527	Valentina Beltran
8	1.121.990.484	AYLIN VALERIA ORTIZ BELTRAN	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KARINA STELLA ORTIZ BELTRAN	MADRE	1.120.869.819	3133170044	Karina ortiz
9	1049661166	KAREN MANUELA PEREZ OSORIO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN MANUELA PEREZ OSORIO	PARTICIPANTE	1049661166	3136938571	Karen Osorio
10	1.090.460.282	LUISA FERNANDA GARCIA CUNTIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LUISA FERNANDA GARCIA C	PARTICIPANTE	1.090.460.282	3014666139	Luisa Fernanda
11	1.121.990.452	ALANA ISABELL APARICIO GAVIRIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JHUDY YULIETH GAVIRIA MEDICO	MADRE	1.121.965.276	3203486179	Yulieth Gaviria
12	1.193.110.728	NAYELI MENDOZA GRACIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	NAYELI MENDOZA GRACIA	PARTICIPANTE	1.193.110.728	3142804231	Nayeli Mendoza
13	1.121.989.743	AUSTIN SMITH OCHOA BRAVO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CARMEN VALENTINA BRAVO GARZON	MADRE	1.006.875.024	3214678941	Carmen Bravo
14	1.123.583.874	JULIETH NARANJO CASTAÑEDA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JULIETH NARANJO CASTAÑEDA	PARTICIPANTE	1.123.583.874	3008177775	Julieth N.
15	1.121.989.839	ALEXA ISABELLA PARRA RUEDA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DIANA MARCELA PARRA RUEDA	MADRE	1.121.953.452	3134778697	Marcela Parra
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														

Notas

¡IMPORTANTE: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF ; Llamada en Línea; disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Ana Yeimy cruz 7
Cédula: 1122115087
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Ana Yeimy cruz 7
Teléfono: 3052066315

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCA/UE: SUEÑOS INFANTILES

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TÉLEFONO: 3133778039

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 | CÓDIGO CUENTAME DE LA: 500100000478 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO.CONTRATO DE APORTE: 50006532024

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																			NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Abuela)	Cereal (Harina precocida de origen animal)	Cereal (Harina de Trigo Ricacrin)	Cereal (Avena Su Despensa)	Fríjol (Alta)	Verduras (cubitos Bubu)	Tubérculo - Raíz - Plátano (plátano)	Lácteo, (Leche en Polvo Colanta)	Lácteo líquido Pasteurizado (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lechera sin Jerosimo)	Huevo AA (unidades de 60 g c/u)	Lagunkinosos (Frijol Santafereno)	Lagunkinosos (Arveja Santafereno)	Lagunkinosos (Lentejas Santafereno)	Aceites (Soyacyte)	Alimento (Panela natural Rosca 500g)	RECIBE AAVIH EN ESTA ENTREGA?					
							Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	mL/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1.022.862.082	PAULA ANDREA LOPEZ PATIÑO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA ANDREA LOPEZ PATIÑO	PARTICIPANTE	1.022.862.082	3.213.937.819	Paula Lopez
2	1.121.826.982	EMMA LUCIANA SALETT SABOGAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY TATIANA SABOGAL	MADRE	1.121.838.894	3140.36387	Sabogal
3	1.123.803.516	ANGIE NATALY OSORIO MAHECHA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE NATALY OSORIO MAHECHA	PARTICIPANTE	1.123.803.516	3220731710	Angie Osorio
4	1.006.823.479	DERLY SORANY PINZÓN LESMES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DERLY SORANY PINZON LESMES	PARTICIPANTE	1.006.823.479	3226081810	Derly Pinzón
5	1.006.783.259	KAREN JULIETH PEÑARANDA PORRAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAREN JULIETH PEÑARANDA	PARTICIPANTE	1.006.783.259	3164482486	Karen
6	1.122.544.493	LIAM MATHIAS ORJUELES OROSSO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENNIFER NATALIA ORJUELES	MADRE	1.122.515.543	3152845256	Jennifer Natalia
7	1.234.796.464	JUAQUIN LINARES SARAY	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEIDY TATIANA SARAY GALINDO	MADRE	1.122.510.443	3229455227	Leidy Saray
8	1.193.132.377	LEYDY KATHERINE BEJARANO NOPE	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LEYDY KATHERINE BEJARANO NOPE	PARTICIPANTE	1.193.132.377	3132728394	Katherine B
9	1193034424	TATIANA DUCUARA PARRA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	TATIANA DUCUARA PARRA	PARTICIPANTE	1193034424	3135002117	Tatiana Luna
10	1.121.959.690	IAN MAEL MEJIA VILORIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAROLAIS PAOLA VILORIA	MADRE	1.050.004.599	3136034648	Karolais Viloria
11	1.122.924.278	LAURA SOFIA MACHADO LOAIZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA SOFIA MACHADO LOAIZA	PARTICIPANTE	1.122.924.278	3138867279	Laura Loaiza
12	1.234.798.898	ANGIE PAOLA GARZON LUGO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGIE PAOLA GARZON LUGO	PARTICIPANTE	1.234.798.898	3124081127	Angie Garzon
13	1.121.845.736	ANNY MICHEL OSORIO SANCHEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANNY MICHEL OSORIO SANCHEZ	PARTICIPANTE	1.121.845.736	3167279504	Michell
14	1.122.819.296	MONICA ANDREA TORRES LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MONICA ANDREA TORRES LOPEZ	PARTICIPANTE	1.123.883.674	3224576757	Monica Torres
15	1.234.798.446	LIA ALANIA MARIANA MENESES NARVAEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1LB	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Ud	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	YULI MILENA NARVAEZ HERNANDEZ	MADRE	1.121.892.462	3136773628	Yuli Narvaez H.
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Sorangly Correa Q
Cédula: 1121853969
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Ingrid Sorangly Correa Q
Teléfono: 3133778039

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡Antes de imprimir este documento piense en el medio
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO SERVICIO: HCB FAMI BIENVENIR UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UA/UCAUE: TRAVESURAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR TELEFONO: 3132930368

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 CÓDIGO CUENTAME DE LA: 5000100024786

NO.CONTRATO DE APORTE: 5000553024 MES DE LA ENTREGA: MAYO

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																		NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESICO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 6-6 meses y Gestante	6 a 11 meses 29 días	Niñas y niños de 1 a 2 años 11 meses	Niñas y niños de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Orgánico)	Cereal (Pasta La Nieve)	Cereal (Harina de Maíz (SUPERIARIEPA)	Cereal (Harina de Trigo Ricaputo)	Cereal (Avena Su Diaspensa)	Fruta (PIÑA)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lácteos (Leche en Polvo Cosmolac)	Leche Liquida Pasteurizada (Colanta 1000 ml)	Queso (queso Doble Crema Lacteos san Jeronimo)	Huevos AA (unidades de 60 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subespesnsa)	Leguminosas (Alverja Subespesnsa)	Leguminosas (Lentejas Subespesnsa)	Aceites (Soleyoya)	Azúcares (Panela natural Rocas 60Gr)	RECIBE AAVN EN ESTA ENTREGA?				
			Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Libras o	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	Kilos/ Libras	ml/ Litro	gramos / kilos	SI / No					
1	1122990454	SHARRON CASTAÑEDA QUINTERO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SHARRON CASTAÑEDA QUINTERO	PARTICIPANTE	1122990454	3207548742	SHARRON CASTAÑEDA
2	1007360843	DALANY GUZMAN CASTAÑO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DALANY GUZMAN CASTAÑO	PARTICIPANTE	1007360843	3117052008	DALANY GUZMAN
3	1123455386	LINYANTONELLA HERNANDEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	SANDY CALDERON REY	MADRE	1.006.625.126	3132930611	Paya
4	1123455293	EMMA ISABELLA SANTOS ROJAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	EMMA ROJAS CASCAVITA	MADRE	1.121.586.279	3114492158	Emma Rojas
5	1121980588	ANA VICTORIA MURCIA VALENCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENIFER VALENCIA RASA	MADRE	1.018.506.089	3246832775	Jenifer Valencia
6	1122650611	JENNIFER ORTEGA PARRA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JENNIFER ORTEGA PARRA	MADRE	1122650611	3124730644	Jennifer ortega
7	1121990113	EMMA VICTORIA CAÑON ZARTA P	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ESTEFANIA ZARTA RAMOS	MADRE	1.006.871.036	3012851846	Estefania Zarta
8	1123475306	LAURA SOFIA DUEÑAS ZULETA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA SOFIA DUEÑAS ZULETA	PARTICIPANTE	1.121.925.358	3214519996	Laura Zuleta
9	1122544622	YEIRCON ELIAN CASTRO VARGAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KORYA VARGAS ACOSTA	MADRE	1.006.795.830	3017992931	Korya Vargas
10	1.121989865	ESTHAN CASTRILLON MORA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	JESSY MORA	MADRE	1.052.793.559	3218127278	Esthan Castrillon
11	1.124053317	MARIA EMMA TOVIDA REYES	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	VANESSA REYES	MADRE	1.121.840.980	3202108742	Vanessa Reyes
12	1.121068405	ANDREA GUTIERREZ GONZALEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANDREA GUTIERREZ GONZALEZ	PARTICIPANTE	1.121.868.815	3208139071	ANDREA GUTIERREZ
13	1.120825668	EMMA SOFIA VIDOYA GOMEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	KAROL GOMEZ	MADRE	1006172841	3222803854	Karol Gomez
14	1.126804258	MARIA JOSE PIÑEROS ECHEVERRI	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARIA JOSE PIÑEROS ECHEVERRI	PARTICIPANTE	1126804258	3008337646	Maria Piñeros
15	1121980643	CRISTIAN VALENTINO ARROYO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Lb	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	XIMENA HERRERA VILERO	MADRE	1121982643	3113982900	Ximena Vilero
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Nota: Por favor agregar o cambiar la cantidad de columnas necesarias

días

¡IMPORTANTE!: En caso de incumplimientos con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Liz
Cédula: 1039000
Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Liz Adriana Acosta.
Teléfono: 3144821635

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado
Documento de Identidad No:

¡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 DE ENTREGA MENSUAL DE RACIÓN PARA PREPARAR EN LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA	F21.P01.FP Versión 3	11/09/2023 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: META | CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO | MUNICIPIO: VILLAVICENCIO | SERVICIO: HCB FAMI BIENESTAR | UNIDAD DE ATENCIÓN UDS/UAI/CAIVE: DULCES SUEÑOS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR | TELEFONO: 3132138955

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA (EAS) / PRESTADOR DIRECTO DEL SERVICIO (PDS): ASOCIACION DE HCB PORFIA 3 | CODIGO CUENTAME DE LA UDS/UAI/CAIVE: 50001000224T2 | MES DE LA ENTREGA: MAYO

NO CONTRATO DE APORTE: 50001000224

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	GRUPO				CONFORMACIÓN DE LA RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)																						RECIBE AAYN EN ESTA ENTREGA?	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS ACUDIENTE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD ACUDIENTE	NÚMERO DE CELULAR	FIRMA O HUELLA DEL ACUDIENTE QUE RECIBE LA RACIÓN
			Niño o niña de 0-6 meses y 29 días	6 a 11 meses 29 días	Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Niños y niñas de 3 a 5 años 11 meses	Cereal (Arroz Blanco Grupo/dos)	Cereal (Pasta La Nave)	Cereal (Harina de Maiz Superarepa)	Cereal (Harina de Trigo Ricosnte)	Cereal (Avena Su Desayuno)	Fruta (Pina)	Verduras (cebolla Bulbo)	Tuberculo - Raiz - Platano (platano)	Lacteos, (Leche en Polvo Colombiana)	Leche Alpina Pasteurizada (Colanta	Queso (queso Doble Crema Lactoso sin Jerominio)	Huevos AA (unidades de 45 g c/u)	Leguminosas (Frijol Subespecies)	Leguminosas (Alverja Subespecies)	Leguminosas (Lentejas	Aceites (Soyoyas)	Azucares (Panela natural fraccionada)	RECIBE AAYN EN ESTA ENTREGA?					
			Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Gramos	Litros	Gramos	No. Unidades	Kilos / Libras	Kilos / Libras	Kilos / Libras	mL / Libra	gramos / sobre	Si / No					
1	1234796416	LIAH PALOMA MORA GARCIA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANGELICA MARIA GARCIA	MADRE	1006956138	313 3016742	Angelica G.
2	1121999543	ANDRES FELIPE GUERRERO CARVAJAL	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CLAUDIA CARVAJAL VILLAMIL	MADRE	1234791689	311 2219968	claudia Carvajal
3	1234796504	NILAN DAVID VAQUIAZA ARIZA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANDREA ARIZA PEÑA	MADRE	1125469838	321 2869962	Andrea Ariza
4	1234796594	CELESTE VALENTINA DURAN OSPINA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ASBLEDY BRIGITE OSPINA GUEVARA	MADRE	1007344430	321 2217419	asbledy O.
5	1234796546	EYTHAN ABIMAEL RODRIGUEZ MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MARYI SAMARA MARTINEZ MORALES	MADRE	1234789877	313 2893628	Maryi M.
6	1122939981	JOEL SANTIAGO CRUZ LOPEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DUNNIA FERNANDA LOPEZ MARTINEZ	MADRE	1121944669	310 3020451	Dunnia Fe.
7	1234796592	LAHIAM MATEO SAAVEDRA DIAZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	DANNA YURITZA SILVA CUBILLOS	ACUDIENTE	1121956607	320 4191941	Danna Silva
8	1121828778	MONICA PAOLA GUEVARA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	MONICA PAOLA GUEVARA	PARTICIPNTE	1121828778	310 3020451	Monica P.
9	1192149651	LINDA VALERIA ARISTIZABAL RIVILLAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LINDA VALERIA ARISTIZABAL RIVILLAS	PARTICIPANTE	1192149651	313 2893628	Valeria Aristiz
10	1121980104	ELICET DANIELA CUERVO	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ELICET DANIELA CUERVO	PARTICIPANTE	1121980104	314 4577549	Daniela Cuerv
11	1121918544	CINDY CAROLINA ORTIZ GONZALEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	CINDY CAROLINA ORTIZ GONZALEZ	PARTICIPANTE	1121918544	320 3401385	Carolina Ortiz
12	1139886221	PAULA MELISSA PRIETO PLAZAS	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	PAULA MELISSA PRIETO PLAZAS	PARTICIPANTE	1139886221	316 7064099	Paula Prieto
13	1122519123	LAURA MICHELL HERRERA MARTINEZ	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	LAURA MICHELL HERRERA MARTINEZ	PARTICIPANTE	322900764	322900764	Laura Herrera
14	1006772269	ANYELA VANESA PALACIOS FELANTANA	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ANYELA VANESA PALACIOS FELANTANA	PARTICIPANTE	321239262	321239262	Anyela P.
15	1125475293	ERIKA OTIZ MAYOR	X				2 Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1Kg	1 Kg	1 Kg	900 g	6 L	250 g	30 Und	1Kg	1Kg	1Kg	1 L	500 g	NO	ERIKA OTIZ MAYOR	PARTICIPANTE	313056858	313056858	Erika Mayor
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

Inserte mas filas hacia abajo para completar la cantidad de usuarios necesaria.

Notas:

¡IMPORTANTE! En caso de incumplimiento con la entrega, cantidades o estado de los alimentos de la ración puede reportarlo en: Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80 - Opción 4; Correo electrónico anticorrupcion@icbf.gov.co; Chat ICBF y Llamada en Línea: disponibles de lunes a domingos las 24 horas; Videollamada disponible lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM jornada continua.

Firma: Cédula: 1121918544

Nombre(s) y apellido(s) completos legibles de quien entrega: Liliana Cuesta

Teléfono: 3132138955

Fecha:
Representante legal IAS o su delegado
Documento de identidad No:

Ubique de ingreso este documento para ser el recibo
acudiente!
Cualquier copia impresa de este documento no constituye 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