ACTA DE REUNIÓN				
LUGAR: UDS CALABAZO		**Fecha**		
		Día: 28	Mes: 02	Año: 2023
Hora de inicio:	1:30 a.m.	**Hora de finalización:**		4:30 a.m.
Convoca:				
Modalidad:	Familiar	**Servicio:**	Desarrollo Infantil en Medio Familiar	
Tema:	VERIFICACION Y REPORTE SOBRE EL CONTROL SOCIAL			
Responsables:	**AGENTE EDUCATIVA, AUXILIAR EDUCATIVA Y APOYO PSICOSOCIAL**			
Objetivo:	VERIFICAR DURANTE LA ENTREGA DE LOS RPP QUE TODOS LOS INSUMOS SE ENCUENTREN EN BUEN ESTADO , DE MANERA ORGANIZADA SEGÚN NCORRESPONDA A CADA BENEFICIARIO			
Agenda:				
Desarrollo:	Siendo las 9:00 a.m. de los días 28 de febrero de 2023 se realizó a los beneficiarios la entrega de los RPP de acuerdo al programa según la edad de los niños y niñas y las madres gestantes en la cual están vinculados cada uno de los beneficiarios, haciendo énfasis en que cada uno están en procesos. Durante la entrega se les pidió a los beneficiarios firmar una lista y por orden de la misma se les entregaba el respectivo RPP correspondiente. Los beneficiarios estuvieron muy satisfechos y contentos con la entrega de los mismos, mostrando agradecimiento			
Evaluación:	Al finalizar la entrega se les hizo la verificación de los RPP con el fin de hacerle énfasis de manera veraz que todo estaba organizado de manera correcta y sin ningún tipo de daños ,con respecto a los alimentos no perecederos.			

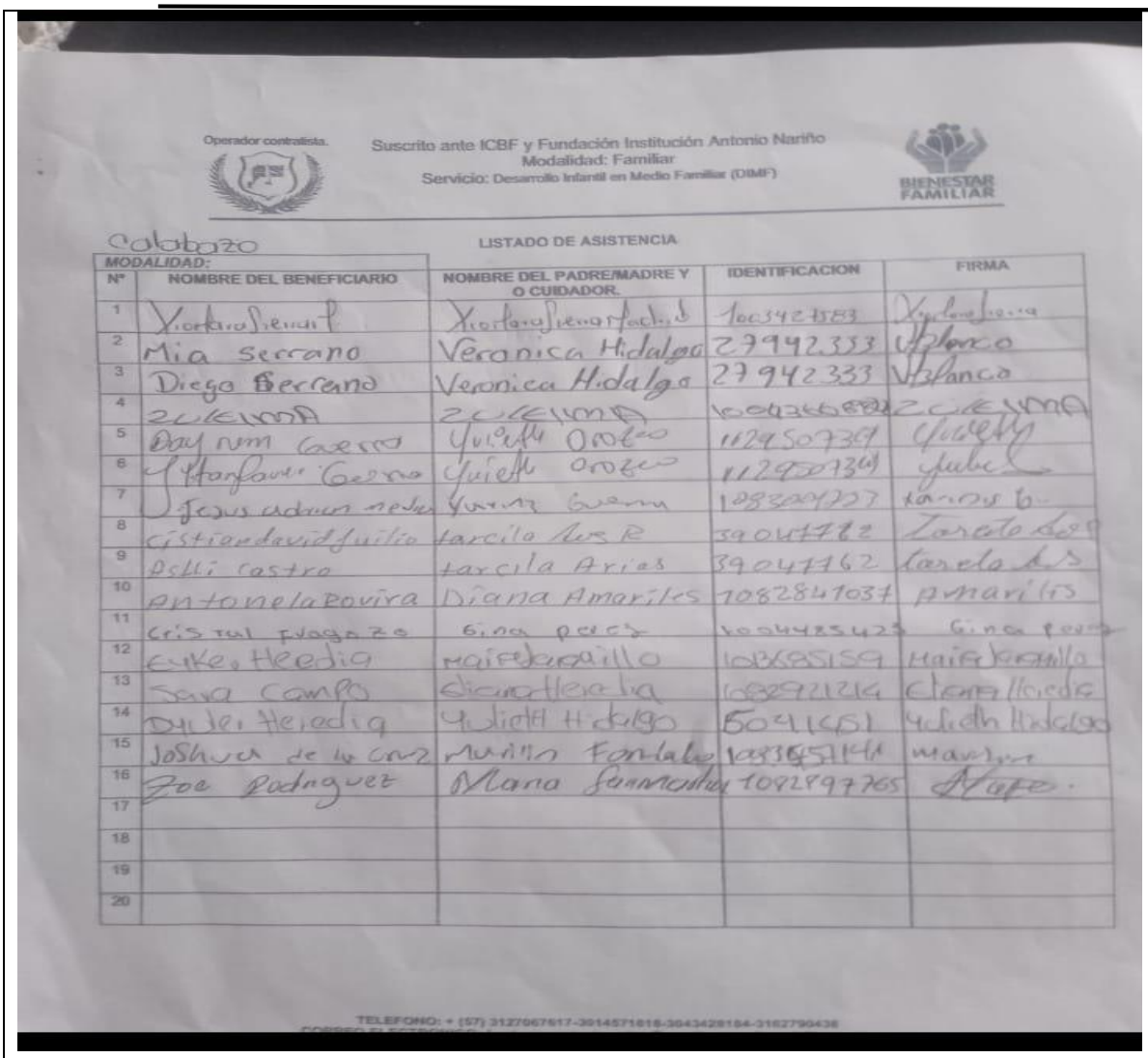
Compromisos / tareas	**Responsable**	**Fecha**
Siempre se les enfatiza a los beneficiarios que observen de manera detallada cada uno de los artículos ya que se les muestra de manera contundente durante la entrega el estado de los mismos y que posterior a ello no existe ningún tipo de cambio y tampoco reclamos a priori	AGENNTE EDUCATIVA, AUXIALIAR Y APOYO PSICOSOCIAL	28/02/20203

Nº de participantes:	50	



REGISTRO FOTOGRÁFICO

ANEXO LISTADO DE ASISTENCIA



Operador contratista.

Suscrito ante ICBF y Fundación Institución Antonio Nariño
Modalidad: Familiar
Servicio: Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF)

BIENESTAR FAMILIAR

Calabazo

LISTADO DE ASISTENCIA

MODALIDAD:

Nº	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y O CUIDADOR.	IDENTIFICACION	FIRMA
1	Yortara Sierra P	Yortara Sierra Pach.	1003427583	
2	Mia Serrano	Veronica Hidalgo	27942333	
3	Diego Serrano	Veronica Hidalgo	27942333	
4	ZULEYMA	ZULEYMA		
5	Dayrum Cerro	Yuleth Ortiz	1129507369	
6	Harfaur Cerro	Yuleth Ortiz	1129507369	
7	Jesus adrian rede	Yurima Guerra	1083207227	
8	Cristiandavidfuilio	tarcila Ars R	39047762	
9	Osli castro	tarcila Arias	39047762	
10	Antonela Rovira	Diana Amarilis	1082841037	
11	Cristal Fragozo	Gina Perez		
12	Eyke Heredia	Maiferbarillo	1083585159	
13	Sara Campo	Elcaterheredia	1082921214	
14	Dylei Heredia	Yudith Hidalgo	50911651	
15	Joshua de la Cruz	Marina Fontalvo		
16	Zoe Rodriguez	Diana Fontalvo	1082897765	
17				
18				
19				
20				

TELEFONO: + (57) 3127067617-3014571818-3043428184-3162790436