ACTA DE REUNIÓN				
LUGAR: UDS MACHETE PELAO		**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.			

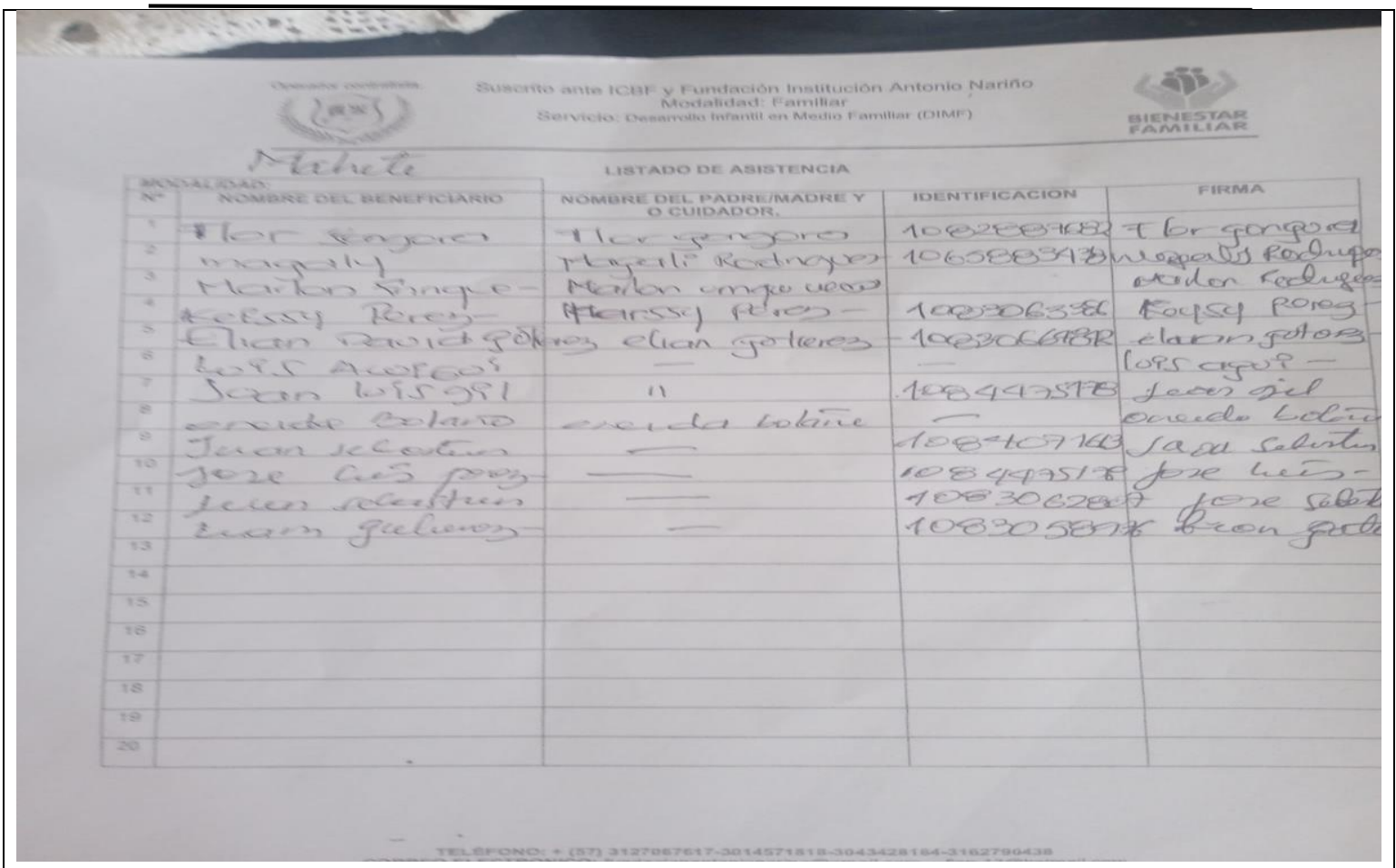
Compromisos / tareas	**Responsable**	**Fecha**
Siempre se les enfatiza a los beneficiarios que observen de manera detallada cada uno de los artículos ya que se les muestra de manera contundente durante la entrega el estado de los mismos y que posterior a ello no existe ningún tipo de cambio y tampoco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

Nº de participantes:	50	



REGISTRO FOTOGRÁFICO

ANEXO LISTADO DE ASISTENCIA



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

Michelle

LISTADO DE ASISTENCIA

MODALIDAD: Nº	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NOMBRE DEL PADRE/MADRE Y O CUIDADOR.	IDENTIFICACION	FIRMA
1	Ilce Zapata	Ilce Zapata	1082888482	Ilce Zapata
2	Magaly	Magali Rodriguez	1065883478	Magaly Rodriguez
3	Marlon Zapata	Marlon Zapata		Marlon Rodriguez
4	Kelsy Rios	Kelsy Rios	1083063582	Kelsy Rios
5	Elian David Gutierrez	elian gutierrez	1083066982	elian gutierrez
6	Luis Angel	—	—	Luis Angel
7	Juan Luis Gil	"	1084497578	Juan Gil
8	Oneida Bolaño	oneida bolaño	—	Oneida Bolaño
9	Juan Sebastian	—	1084107163	Juan Sebastian
10	Jose Luis Pez	—	1084497578	Jose Luis
11	Juan Sebastian	—	1083062867	Jose Sebastian
12	Juan Gutierrez	—	1083058978	Juan Gutierrez
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

TELÉFONO: + (57) 3127067617-3014571818-3043428184-3162790438