ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 0 8 : 0 0 a m - 1 2 : 0 0 m	**Fecha:** 17/08/2024
Lugar:	Biblioteca Municipal de Puerto Parra
Dependencia que Convoca:	***Asoconeg***
Proceso:	***Conformación Comité de Control Social, Grupo Amigos***
Objetivo:	Socialización de la modalidad Atrapasueños y conformación del Comité de Control Social del grupo Amigos (6 a 9 años).

AGENDA DE LA REUNION:

1. Acogida y bienvenida
2. Socialización de la Modalidad.
3. Elección y Conformación del Comité de Control Social.
4. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El día 17 de agosto del 2024 se da la bienvenida y se saluda a todos los participantes, madres y beneficiarios, deseándoles que se encuentren bien de salud, junto a sus familias. Se les da la bienvenida al programa explicando de qué se trata, cuáles son sus componentes y las diferentes estrategias que implementará para trabajar con los niños, niñas y adolescentes beneficiarios y sus familias.

Seguidamente de dar a conocer el programa, se socializa que este debe contar con un Comité de Control Social, el cual será veedor de todas las actividades que realice el talento humano con los niños y niñas durante el desarrollo del programa, incluyendo los espacios físicos donde se trabaje, los materiales y refrigerios recibidos durante los encuentros programados.

Se realiza una votación con los padres de familia que voluntariamente quieren pertenecer al Comité de Control Social, donde tendrán diferentes roles asignados, tales como:

- Presidente
- Vicepresidente
- Secretario/a
- Veedores

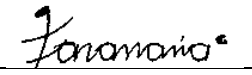
Se da por elegido el Comité y cada uno tendrá que estar presente durante las reuniones que se harán durante los encuentros con los participantes, con el fin de velar y garantizar que se cumplan los objetivos y propósitos del Programa Atrapasueños.

PÚBLICA

3. **Mecanismos de PQRS:**

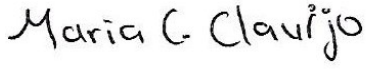
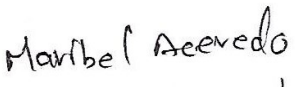
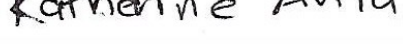
Se explicó a los participantes la implementación del Buzón del ICBF, como mecanismos para la recepción de quejas, sugerencias, recomendaciones, felicitaciones y solicitudes (PQRS). Se aclaró que el Buzón del ICBF estará ubicado en un lugar visible y estará disponible durante los encuentros.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Reunión 1 vez al mes para revisar los temas pertinentes a evaluar	*Comité de control social*	Septiembre- Diciembre

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
JUAN DIEGO LOPEZ BUITRAGO	PSICOSOCIAL	ASCONEG	
ANA MARIA SANCHEZ MONTAÑEZ	GESTOR DE EXPERIENCIAS	ASOCONEG	
Próxima reunión: Por definir	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Mes de septiembre	Por Definir	Biblioteca Municipal
Colaborador que elabora el acta:	Juan Diego López Buitrago - Psicosocial		

PÚBLICA

Registro de asistencia.

Comité de Control Social		
N°	**Nombre**	**Firma**
1.	**Rodolia Trespalacios Mattos** Representante Padres de Familia Cabecera Municipal – Grupo Amigos 6 a 9 años	
2.	**María Cristina Clavijo Rueda** Representante Padres de Familia Cabecera Municipal – Grupo Campesinos Mixto	
3.	**Maribel Acevedo Ortiz** Representante Padres de Familia Cabecera Municipal – Grupo Panteras Mixto	
4.	**Katherine Ávila** Representante Padres de Familia Centro Poblado Bocas del Carare – Grupo Jaguares Mixto	

PÚBLICA