ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *(Número consecutivo)*		
Hora: ***7:30 am***	**Fecha**: *24-10-2024*	
Lugar:	**POLIDEPORTIVA DEL CAMPESTRE Y CANCHA DEL 3 DE OCTUBRE**	
Dependencia que Convoca:	**LUGAR DE ATENCION 1 BARRANCABERMEJA**	
Proceso:	Realizar veeduría por parte del comité de control social.	
Objetivo:	***Evaluar los procesos de los productos consumidos llevados a cabo en el mes por cada uno de los grupos etarios del programa atrapa sueños.***	

Agenda:

1. Bienvenida
2. Socialización proceso de apertura buzón
3. Apertura
4. Registro fotográfico
5. Fin

Desarrollo:

Se llevó a cabo el proceso de veeduría donde la actividad comienza con una cálida bienvenida, creando un ambiente acogedor donde se presentará el propósito del encuentro y la importancia de su realización. La veeduría será un momento simbólico que representará la disposición a compartir, evaluar todo su proceso y atención. Durante la actividad, se realizará un registro fotográfico para documentar los momentos clave y fomentar la conexión entre los participantes. Finalmente, se concluirá la jornada agradeciendo a todos por su participación, recordándoles la importancia del buzón y animándolos a mantener el diálogo abierto, cerrando con palabras de aliento y apoyo.

Decisiones:

Se realiza veeduría a los productos consumidos por los niños, niñas y adolescentes, donde manifiestan en la encuesta que se encuentran cada uno de los productos en óptimas condiciones.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Realizar apertura del buzón de sugerencias	Miembros del comité de control social	noviembre 2024
Verificar la calidad de atención	Miembros del comité de control social	noviembre 2024

PÚBLICA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 2 de 2

FIRMA ASISTENTES			
Nombre *Se lista mínimo: quien preside la reunión/comité y los responsables de cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.*	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
MARIA PINEA LAGARES	MADRE DE FAMILIA	SECTOR 3 DE OCTUBRE	· Maria C. Pineda
MELISA BONY CABALLERO LOPEZ	PRESIDENTE	JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL	Melisa Caballero
DAVID ROJAS BUENAVIDES	NNAJ	SECTOR 3 DE OCTUBRE	- David
IKER SANTIAGO RIVERA CASTRILLON	NNAJ	SECTOR 3 DE OCTUBRE	Iker
MERRY SHENEY MERCHAN URBANO	NNAJ	SECTOR 3 DE OCTUBRE	· Merry
LOREANNIS VALERIA GONZALEZ MEDINA	NNAJ	SECTOR 3 DE OCTUBRE	Loreannis
ALAN SANTIAGO RUEDAGUEVARA	NNAJ	SECTOR 3 DE OCTUBRE	- Alan
Próxima reunión *(en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)*	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	Jenifer Vanesa Martinez Rivera		