ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 3:30	**Fecha: 26 – 10 - 2024**
Lugar:	Escuela María Cano – CR 31ª # 57 -05
Dependencia que Convoca:	Unidad de atención unidad 3 Barrancabermeja
Proceso:	*Veeduría Apertura de buzón por parte comité control social. Grupo los Protectores 12 a 17 – uda 3 Barrancabermeja*
Objetivo:	*Realizar veeduría frente a la ejecución del programa llevado acabo en el mes del grupo los protectores 12 a 17 de la modalidad atrapasueños.*

Agenda:

1. socialización control social

2. apertura buzón

3. fin

Desarrollo:

Siendo las 3:30 pm del día 26 de octubre de 2024 se llevó a cabo una reunión para ejercer el proceso de veeduría por parte de los representantes del comité de control social del grupo los protectores.

Se hace apertura del buzón donde los niños, niñas y adolescentes vinculados al programa, Reciben una ficha que se les proporciono por parte de los profesionales a cargo, Estas fichas tienen contenido con referente a la ejecución de como se ha desarrollado y se han sentido con las actividades realizadas en los encuentros, por parte de los profesionales. Los niños, niñas y adolescentes evalúan bien a los profesionales

Decisiones:
Se realiza veeduría a los refrigerios de los niños, niñas y adolescentes, donde manifiestan que son variados y se encuentran refrigerados y en buen estado.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Presidenta	*Lizeth Noreicy Rodriguez Cifuentes*	26 – 10 - 2024
Secretario	Elida María Mora Meléndez	26 – 10 - 2024

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Lizeth Noreicy Rodriguez Cifuentes	Presidenta	Comité	Lizeth R.
Elida María Mora Meléndez	Secretario	Comité	E Mora M.
Betzy Dayana A.	Veedor	Comité	Dayana
Emily Saray Peña	Veedor	Comite	Emily S.
Hernando Ortega	Veedor	Comite	Hernando
Eliana Maria Ortega	veedor	Comite	Eliana
Ivan Mauricio T.	Veedor	Comité	IVAN
Próxima reunión:	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	30 – 11 - 2024	4:00pm	CR 31ª # 57 -05
Colaborador que elabora el acta:	Elida María Mora Meléndez		

Nota 1: las instrucciones de diligenciamiento deben ser borradas luego de la elaboración del acta.
*Nota 2: si es necesario, el **F8.P1.MI Formato Listado de Asistentes**, puede ser anexado a este documento, diligenciado con el registro de todos los participantes a la reunión; para reuniones virtuales: dicho formato (F8.P1.MI) puede ser reemplazado parcial o totalmente por el registro tomado de la asistencia a la reunión virtual, de acuerdo con el **P1.MI Procedimiento Elaboración y Control de Documentos.***
*Nota 3: la tabla "**Firma Asistentes**" y demás campos y apartes de este formato **no se modifican** ni se eliminan en ningún caso.*

PÚBLICO

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

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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO RELACIÓN CON EL CIUDADANO
DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F3.P7.FC	14/09/2022
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Número de Páginas del número Anexo	
Página número:	De un total de:

ACTIVIDAD O EVENTO: ACTA DE REUNION FECHA DE LA ACTIVIDAD O EVENTO: 26-10-2024 HORA INICIAL: 3:30 pm

DEPENDENCIA O REGIONAL QUE CONVOCA: PROTECTORES 12-17 HORA FINAL: 4:00 pm

NOTA: En aplicación de las normas que regulan la relacionado con habeas data, en especial lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, con el diligenciamiento del formato "Listado de Asistencia", cada titular de la información objeto de tratamiento autoriza al ICBF de manera expresa, suficiente, voluntaria e informada para consultar y utilizar los datos con fines de mejora de los servicios y de la gestión institucional.

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GRUPO DE EDAD (En Años Cumplidos) (marque con una X)					SEXO (marque con una X)			IDENTIDAD DE GENERO (marque con una X)				(TIENE DISCAPACIDAD? (marque con una X)		GRUPO ÉTNICO (marque con una X)				POBLACIÓN (marque con una X)		ENTIDAD PUBLICA O PRIVADA EN LA QUE TRABAJA O A LA QUE REPRESENTA (Si trabaja en nombre propio marque No Aplica)					CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO (En caso de no tener fijo registrar el celular respectivo)	FIRMA		PUNTO DE ATENCIÓN
							0 A 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 59	60 o más	MUJER	HOMBRE	INTERSEXUAL (Por favor especifique)	FEMENINO	MASCULINO	OTRO (Por favor especifique)	PREFIERE NO RESPONDER	SI	NO	PALENQUERO(A) AFROCOLOMBIANO(A)	RAIZAL DEL ARCHIPIELAGO	ROM (GITANO)	OTRO	INDIGENA	AFRO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	NIVEL O AREA DE LA ENTIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATO	NO APLICA (Puede no marcar ningún otro)				
1	Lizeth	Natalia	Rodriguez	Cifuentes		1096073916				X			X			X				X				X		X						3108733981	Lizeth R		
2	Elida	Maria	Mora	Melendez		37595191				X			X			X				X				X		X						3167943799	Elida M		
3	Emily	Sayon	Peña	Solorzano		1097201755	X						X			X				X				X		X						3045328790	Emily		
4	Hernando	Jose	Ortega	Diaz		1096809958		X						X			X				X				X		X						3102379210	Hernando		
5	Eliana	Maria	Ortega	Diaz		1096806148		X					X			X					X				X		X						3102372205	Eliana		
6	Ivan	Mauricio	Traslaviña	Mora		1093146229		X						X			X				X				X		X						3113743174	IVAN		
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

SUBTOTALES POR PÁGINA:	Número de asistentes:																																	
TOTAL POR PÁGINA SEGÚN CATEGORÍA:																																		

PARTES INTERESADAS DEL ICBF

1. Comunidad.
2. Colaboradores.
3. Proveedores.
4. Aliados Estratégicos.
5. Sociedad.
6. Peticionarios.
7. Usuarios.
8. Estado.

* Nota aclaratoria: INTERSEX (por aquellas personas cuyas características, organos reproductivos y/o genitales no se encuadran en el reconocimiento exacto de los parámetros sexuales que constituyen el sistema binario reconocido)

** Nota aclaratoria: OSIGD (Personas con orientación sexual e identidad de género diversas)

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera una 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.