BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DIRECTORIO CONFORMACIÓN COMITÉ DE CONTROL SOCIAL "CDI MANPS AMIGAS 1"	F1.G1.MO6.PP	8/05/2019
		Version 3	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información **PÚBLICA**	

ALIADO ESTRÁTEGICO: _____ **DEPARTAMENTO:** HUILA **MUNICIPIO:** LA ARGENTINA

FECHA (MM/DD/AA): 28-Abril-2025

Nombres	Apellidos	Tipo de doc.	Número de documento	Dirección	Teléfono (fijo o celular)	Correo Electrónico	Rol en la comunidad *	Firma
Angela	Espina Hernández	1004153244	1004153244	Cra 3# 3-47	3182605776	angelaespina3001@gmail		Angela Espina H.
Lina	Tovar	CC	1094902794	B/ Corinto	3104859247			Lina Tovar
Yisela	Vaquiro	CC	1080266861	B/ Nueva esperanza	3143207559	yiselavaquiro@gmail.com		Yisela Vaquiro Rojas
Sandra	Sanchez	CC	1080265834	B/ Yalconez	3104861460			Sandra Sanchez

Nombre del representante comité "CDI MANOS AMIGAS 1"	Firma responsable**

Describa las temáticas seleccionados por el comité "CDI MANOS AMIGAS 1" para realizar los ejercicios de control social:

a) Cumplimiento del manual operativo

b) Calidad y Cobertura del Servicio.

Desafío a las realizaciones de la Política Pública de Infacia y Adolescencia

c) _____

*Rol: Calidad dentro de la comunidad. Ej.: Niño, Niña o Adolescente beneficiario, Padre/madre, lider comunitario, personero estudiantil, funcionario entidad x, etc.

** Del equipo de la organización, preferiblemente coordinador territorial.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DIRECTORIO CONFORMACIÓN COMITÉ DE CONTROL SOCIAL "CDI MANPS AMIGAS 1"	F1.G1.MO6.PP	8/05/2019
		Version 3	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información **PÚBLICA**	

ALIADO ESTRÁTEGICO: _____ **DEPARTAMENTO:** HUILA **MUNICIPIO:** LA ARGENTINA

FECHA (MM/DD/AA): 22-Abril-2025

Nombres	Apellidos	Tipo de doc.	Número de documento	Dirección	Teléfono (fijo o celular)	Correo Electrónico	Rol en la comunidad *	Firma
Andrea	Ortega	CC	1080266886	las torres	3209754723			Andrea Ortega P.
Eneida	Magin S.	CC	1080265707	B/ Valcones	3227478690	eneidasantana@gmail.com		Eneida Magin S.
Danna	Gutierrez	CC	1081395650	B/ villa del campo	3176078881	[illegible]		Danna Gutierrez Moncayo
Luisa	Medina	CC	1080261275	B/ Pescador	3146277278	[illegible]		Luisa Medina Castillo.
Eliana	Obando	TI	1080276179	B/ El Jardin	3222804089	[illegible]		Eliana Andreina obando M.
Carolina	Ruiz	CC	1192760705	B/ la Esmeralda	3135349325	[illegible]		Carolina Ruiz

Nombre del representante comité "CDI MANOS AMIGAS 1"	Firma responsable**

Describa las temáticas seleccionados por el comité "CDI MANOS AMIGAS 1" para realizar los ejercicios de control social:

a) Cumplimiento del manual operativo

b) Calidad y Cobertura del Sistema

Desafío a las realizaciones de la Política Pública de Infacia y Adolescencia

c) _____

*Rol: Calidad dentro de la comunidad. Ej.: Niño, Niña o Adolescente beneficiario, Padre/madre, lider comunitario, personero estudiantil, funcionario entidad x, etc.

** Del equipo de la organización, preferiblemente coordinador territorial.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DIRECTORIO CONFORMACIÓN COMITÉ DE CONTROL SOCIAL "CDI MANPS AMIGAS 1"	F1.G1.MO6.PP	8/05/2019
		Version 3	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información **PÚBLICA**	

ALIADO ESTRÁTEGICO: _____ DEPARTAMENTO: HUILA MUNICIPIO: LA ARGENTINA

FECHA (MM/DD/AA): 23 - Abril - 2025

Nombres	Apellidos	Tipo de doc.	Número de documento	Dirección	Teléfono (fijo o celular)	Correo Electrónico	Rol en la comunidad *	Firma
Mariangel	Salazar	cc	609391	B/	3169326806			Mariangel
Mariadelos A.	Daza	cc	55272467	V. El Carmen	3133876777	madedaza47@hotmail.com		María De los Ángeles
Yurany	Bolaños	cc	1080767716	V. El Carmen	3145124378			Yurany Bolaños Cadena
Daniela	Muñoz	CC.	1080267025	V. Betania	3133223906	dmunoz1340@gmail.com		Daniela Muñoz Hernandez

Nombre del representante comité "CDI MANOS AMIGAS 1"	Firma responsable**

Describa las temáticas seleccionados por el comité "CDI MANOS AMIGAS 1" para realizar los ejercicios de control social:

a) Cumplimento del manual operativo

b) Calidad y Cobertura del Servicio

Desafío a las realizaciones de la Política Pública de Infacia y Adolescencia

c) _____

*Rol: Calidad dentro de la comunidad. Ej.: Niño, Niña o Adolescente beneficiario, Padre/madre, líder comunitario, personero estudiantil, funcionario entidad x, etc.

** Del equipo de la organización, preferiblemente coordinador territorial.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como 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