



ACTA DE REUNIÓN

Concepto o Tema de la Reunión:

Asistencia técnica POMCA
CARE MINERO
DOT 1

DOT

Hoja ____ De ____

Fecha

D

M

A

Lugar

11

02

2026

Hora

08:00 am

Acta No.

Convocada por

TEMAS A TRATAR

Asistencia técnica POMCA CARE MINERO en el
Gestión de Riesgo y PUEEA y Aguas Subterráneas

DESARROLLO DE LOS TEMAS

• Grupo Gestión de Riesgo:

- CM 26 Actividad 1 → no aplica
- CM 28 Actividad 9 → no aplica
- Actividad 11 → justificación no ejecución
- CM 32 Actividad 3 → cumplimiento
- CM 34 Actividad 4 → justificación no ejecución

• Grupo Aguas Subterráneas

Tienen a cargo Proyecto CM 20 Actividades 1, 2, y 3
las cuales se encuentran hasta vigencia 3. Por ende
personas si han ejecutado algunas actividades que
se encuentran con ~~ejec~~ justificación de no ejecución
y reportarlas, de lo contrario no reportar.

• Grupo PUEEA.

ya se encuentran en cumplimiento todas las
actividades las cuales se encuentran hasta vigencia
6. Por ende no reportar actividades de vigencia 7



ACTA DE REUNIÓN

Concepto o Tema de la Reunión:

DOT

Hoja ____ De ____

Siendo las ____ se da por terminada la reunión, en constancia firman los participantes:

Nombre	Carlos Julio Rivera Moreno	Firma			
Entidad	CAR Cundinamarca	Teléfono	312 566 2942		
E-Mail	criveram@car.gov.co	Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☒	NO
Nombre	Laura V. González R.	Firma			
Entidad	CAR - DOT	Teléfono	304 377 1824		
E-Mail	lgonzalez@car.gov.co	Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☒	NO
Nombre	Kathryn Ulret Vanegas Suarez	Firma			
Entidad	CAR - DOT	Teléfono	320 477 3766		
E-Mail	kvonegass@car.gov.co	Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☒	NO
Nombre	Diana Alejandra Sastre Torres	Firma			
Entidad	CAR - DOT	Teléfono	310 222 0303		
E-Mail	dlemelb17@gmail.com	Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☐	NO
Nombre		Firma			
Entidad		Teléfono			
E-Mail		Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☐	NO
Nombre		Firma			
Entidad		Teléfono			
E-Mail		Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☐	NO
Nombre		Firma			
Entidad		Teléfono			
E-Mail		Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☐	NO
Nombre		Firma			
Entidad		Teléfono			
E-Mail		Autoriza el envío de información a su correo personal	SI	☐	NO