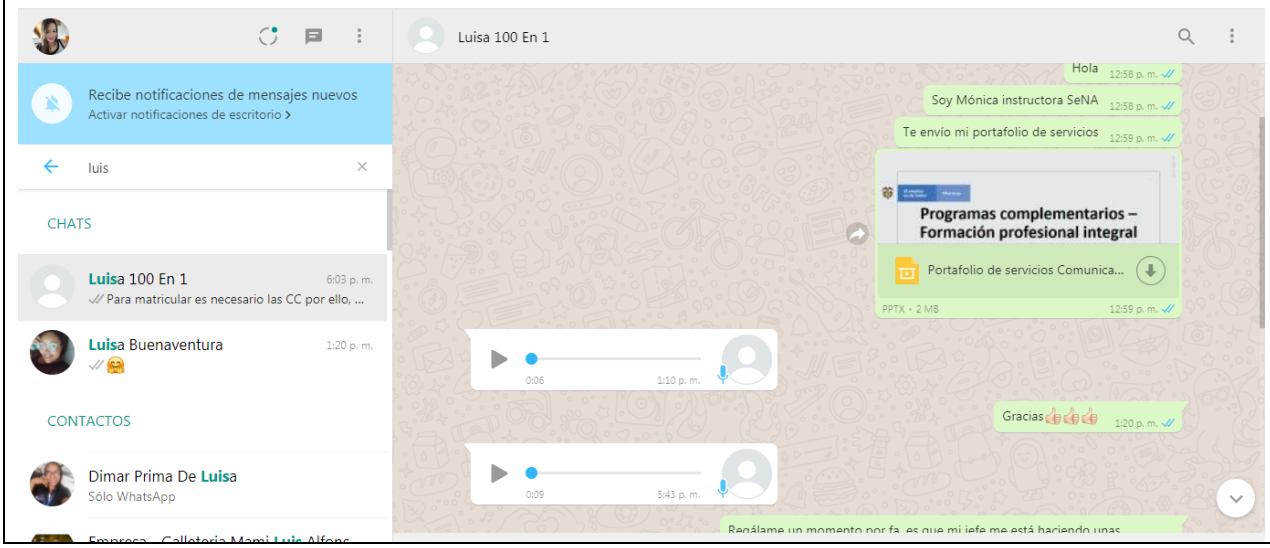
ACTA No. 1		
NOMBRE DEL COMITÉ O DE LA REUNIÓN: Socialización de Programas de Formación Complementaria para atención de población en situación de desplazamiento.		
CIUDAD Y FECHA: Buga, 23/02/2021	**HORA INICIO:** 4:00	**HORA FIN:** 5:15
LUGAR Y/O ENLACE: Vía Telefónica	REGIONAL VALLE / CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA / Programa de atención a población en situación de desplazamiento	
AGENDA O PUNTOS PARA DESARROLLAR: **1.** Divulgación del catálogo de los programas de formación.		
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: Socializar de Programas de Formación Complementaria para atención de población en situación de desplazamiento		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN		
Se socializó los Programas de Formación Complementaria para atención de población en situación de desplazamiento con la Sra. Luisa , representante de la Secretaria de turismo de Buga, a quien se le informa el interés por parte del SENA de orientar formación en la comunidad desplazada y víctima de ese municipio. La señora manifiesta el interés de conocer más y de saber si es posible que se realice una difusión para la consecución del personal para iniciar el curso		
CONCLUSIONES		
Se puede realizar el curso con el apoyo de la secretaría de turismo		
De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales se debe garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento. El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA solicita la siguiente clasificación de la información: **La información de este documento se debe clasificar como:** **PÚBLICA** [x] **PRIVADO** [ ] **SEMIPRIVADO** [ ] **SENSIBLE** [ ] Nota: Antes de contestar esta informacional por favor remitirse al instructivo		
COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**

ASISTENTES: (Incorporar registro de asistencia)

Nota: Puede incluirse imagen o captura de pantalla de los asistentes, si se trata de una reunión virtual o, de los asistentes que participan a través de una plataforma virtual.



REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 19 DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2021

OBJETIVO (S)	Socializar de Programas de Formación Complementaria para atención de población en situación de desplazamiento

No.	Autorizo el tratamiento de la Información SI / NO. Si marca No por favor no diligencie el formato.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.SENA	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
2	SI	MONICA HERNANDEZ HERNANDEZ	CC 1.115.065.514		X		SENA CAB	mohernandezh@sena.edu.co	3166902534	NA	VIRTUAL