



**ACTA DE REUNIÓN**

**Instrucciones:**

1. Al iniciar la reunión nombrar un moderador(a) y un secretario(a) Técnico para la elaboración del acta.
2. Tenga en cuenta diligenciar todos los campos solicitados, con letra legible.
3. Antes de iniciar con el "Orden del día", verificar si se cumplió con los compromisos del acta anterior (si aplica).
4. En el numeral 3: "Orden del día", enuncie los temas a tratar en la reunión, con los resultados esperados. Ejemplo: *Aprobación del anteproyecto de presupuesto en lugar de presentación del anteproyecto de presupuesto.*
5. En el numeral 4 "Elaborada por": escriba el nombre completo de la persona encargada de diligenciar el acta.
6. En el numeral 5 "Proceso responsable de elaboración", enuncie el proceso donde se genera el acta atendiendo el mapa de procesos.
7. En el numeral 6 "Lugar, fecha y hora de la próxima reunión", diligencie los datos en cada casilla. (si aplica).
8. En el numeral 7: "Desarrollo de la reunión" describa las discusiones y argumentos de manera breve y precisa e indique las decisiones adoptadas.
9. En el numeral 8: "Acuerdos/Propuestas/Disensos" registre de manera breve los acuerdos y propuestas presentadas durante la reunión.
10. En el numeral 9: "Responsabilidades y compromisos", registre la responsabilidad adquirida, el nombre o dependencia, para que en la siguiente reunión se verifiquen los compromisos.
11. En el numeral 10: "Cierre de la Reunión", registre el nombre del presidente y del secretario del comité cuando aplique, los cuales en todos los casos deberá suscribir el acta de la reunión.
12. Haga lectura del acta y en el numeral 2 "**Participantes**", solicite que cada uno de los asistentes registre nombres, cargo y firma y cierre la reunión.

**1. Datos básicos de la reunión:**

Acta No.	Hora inicio		Hora finalización		Fecha			Tipo de reunión	
	Día	Mes	Año	Ordinaria	Extraordinaria				
3	2:45	am	5:30	am	16	9	2022		X
		Pm x		Pm X					

Lugar: IDPAC

Proceso:

Convoca: CDPH

Cargo:

Objetivo de la reunión:

**2. Participantes**

Nombres y apellidos	Cargo	Firma
<b>LISTADO DE ASISTENCIA ANEXO CON 16 PARTICIPANTES</b>		

**3. Orden del día**

**4. Elaborado por (nombre):**

1. Llamado a Lista
2. Verificación del quorum
3. Aprobación del orden del día
4. Socialización CTPD comisión POT y afectaciones
5. Tareas para los consejos locales para articular con el CDPH
6. Plan de Acción de CDPH
7. Propositiones y varios

**5. Proceso responsable de la elaboración:**

**6. Lugar, fecha y hora de la próxima reunión:**

Lugar:

Fecha	Día	Mes	Año	Hora	
					am



**7. Desarrollo de la reunión:**

**1. Los representantes de planeación explican a las 8 localidades presentes sobre el funcionamiento de las UPL y sus modificaciones por el decreto 555/2001, cambiando las anteriores UPZ del decreto 190/94 se invita a nueva sesión con la secretaria distrital de planeación.**

**2. Se redujo el cuórum por lo cual no se desarrolla el orden del día, se omiten los puntos 5 y 6.**

**3. Siendo las 2:45 pm se da inicio a sesión extraordinaria del consejo distrital se lee el orden del día, se llama a lista de verificación y verificación del cuórum, presentes 9 consejeros no hay cuórum para tomar decisiones, pero se da inicio a reunión informal.**

**4. Entidades presentes: secretaria técnica, secretaria distrital de planeación.**

... continuación punto 7. Desarrollo de la reunión (Acta No. \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_)

**8. Propuestas / Disensos / Acuerdos**

1. La secretaria distrital de planeación remitirá las memorias de la presentación de las nuevas UPL.
2. Los consejeros presentes nos informan que convocarán a sesión extraordinaria, pendiente de definir fecha y hora.

**9. Responsabilidades y compromisos**

No.	Nombre y/o Dependencia	Actividad / Producto	Fecha programada de entrega	Fecha real de entrega

**10. Cierre de la reunión**

<b>Presidente Comité</b>		<b>Secretario Técnico Comité</b>
Nombre		Nombre
Cargo o No. de Contrato		Cargo o No. de Contrato
Firma _____		Firma _____



ASISTENCIA A REUNIONES CON POBLACIONES Y/O ORGANIZACIONES

GESTIÓN DOCUMENTAL

ASISTENCIA A REUNIONES CON POBLACIONES Y/O ORGANIZACIONES

TEMA Y/O EVENTO: Reunión Extraordinaria COPH FECHA: 6-01-2022 LUGAR: Auditório IDPAC

Nº DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	E D A D	ORGANIZACIÓN	GÉNERO	SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	GRUPO ÉTNICO CUÁL	DISCAPACIDAD	VÍCTIMAS DE CONFLICTO	TELÉFONO FIJO O CELULAR	EMAIL	LOCALIDAD Y BARRIO	FIRMA
1	Szemberg, Nore Judith H	45	ELPH							3134285435	maxeom21@gmail.com	pk Arevalo	
2	103234848	35	CLPH USUE	M	M	H				0114435989	wuicikas@gmail.com	Ciudad Nueva	
3	3146700D	60	CLPH Lindo							3703355002	mariaolorenza@cosbol.com	Ciudad Nueva	
4	79302163		CLPH B.V.	M						3153412343	luna_rivera@hotmail.com	Ciudad Nueva	
5	30571426	51	CLPH Suva							310679194	maxeom21@gmail.com	Ciudad Nueva	
6	79350305	57	CLPH C.B.							3125326518	clphcb1@gmail.com	Ciudad Nueva	
7	19312247	64	CLPH SC							3106205045	suministros@pharma.com	Ciudad Nueva	
8	41642884		CLPH L.E.							313246462	blanquis1936@hotmail.com	Ciudad Nueva	
9	103608885	30	IDPAC-SAC-PI	F	M	HT	NA	NA	NA	3138828916	gimeno@parhup.com	Ciudad Nueva	
10	79129394		IDPAC-SAC-PI	H	H	HT				3124650884	rivera@parhup.com	Ciudad Nueva	
11	7912340		IDPAC-SAC-PI	M	H	HT				3225834373	blanquis1936@hotmail.com	Ciudad Nueva	
12	121436422	54	CLPH SAP	M	M					3505648746	ilandred@nolmagim.com	Ciudad Nueva	
13	1515491	43	CLPH SAP	M	M					3174244137	inmodos@nolmagim.com	Ciudad Nueva	
14	1014195249	35	SDP-DPCP	M	M	H				32700854	urquiza@nolmagim.com	Ciudad Nueva	
15	9974200	35	SDP-DPCP	M	M	H				3015212664	vespivon@gmail.com	Ciudad Nueva	

Política de protección de datos personales: Autorizo al Instituto Departamental de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), para que con fines administrativos, por sí mismo o interpuesta persona, consulte, compile, registre y/o actualice información y/o documentación que le suministre referente a mí o a la entidad que represento y aquella relacionada con las actividades que sostiene o realiza con el Instituto, Autorizo al IDPAC para comunicarse mediante e-mail y/o número telefónico y/o cualquier otro medio de comunicación que me sea de utilidad, en todo caso se garantizará la confidencialidad de la información y demás personas que impliquen el tratamiento de datos personales acorde con la legislación aplicable.

Género: F: Femenino / M: Masculino / T: Transgénero  
 Sexo: M: Mujer / H: Hombre / I: Intersexual  
 Orientación Sexual: B: Bisexual / H: Homosexual / HT: Heterosexual  
 Grupo Étnico: G: Guano / R: Raránnes / A: Afrodescendientes / I: Indígenas / P: Palenquenses (los)  
 Tipo de Discapacidad: F: Física / V: Visual / A: Auditiva / CO: Cognitiva / M: Múltiple / MT: Mental / SC: Sordo ciego. \*Si usted es cuidador de una persona con cualquiera de los tipos de discapacidad, anote en la letra C a la discapacidad de la persona a la que cuida. Por ejemplo: Si cuida a una persona con discapacidad cognitiva, escriba C CO



SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
SECRETARÍA DE ASUNTOS GUBERNAMENTALES Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

GESTIÓN DOCUMENTAL

ASISTENCIA A REUNIONES CON POBLACIONES Y/O ORGANIZACIONES

Código: DPAC-CD-FT-ZZ  
Versión: 08  
Página: 1 de 1  
Fecha: 17/02/2015

TEMA Y/O EVENTO	DEPENDENCIA	FECHA		LUGAR										
No.	Nº DE IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	E D A D	ORGANIZACION	GÉNERO	SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	GRUPO ÉTNICO CUÁL	DISCAPACIDAD	VÍCTIMAS DE CONFLICTO	TELÉFONO Fijo O CELULAR	EMAIL	LOCALIDAD Y BARRIO	FIRMA
16	J010231946	Sofía Morales A.	25	SOP - OPCI	F	M	Hetero	Nº	Nº	Nº	32147133	moralso.sofia@gmail.com	Fuente A	<i>Sofia</i>
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Política de protección de datos personales: Autorizo al Instituto Democrático de la Participación y Acción Ciudadana (IDPAC), para que con fines administrativos, por sí mismo o intermedia persona, comente, consulte, registre y/o actualice información y/o documentación que le suministre referente a mí o a la entidad que represento y autorizo responsablemente con las actividades que solicito o realice con el Instituto, Autorizo al IDPAC para comunicarme mediante e-mail y/o número telefónico y/o celular establecido como de mi uso o propiedad. En todo caso se garantizará la confidencialidad, privacidad y demás principios que impliquen el tratamiento de datos personales acorde con la legislación aplicable.

Trámite de custodia para el otorgamiento de la información solicitada

Género: F: Femenino / M: Masculino / T: Transgénero  
Sexo: M: Mujer / H: Hombre / E: Intersexual  
Orientación Sexual: B: Bisexual / H: Homosexual / HT: Heterosexual  
Grupo Étnico: G: Gitano / R: Raza / A: Atodascondens / I: Indígenas / P: Palenqueras(as)  
Tipo Discapacidad: F: Física / V: Visual / Auditiva / CG: Cognitiva / M: Múltiple / MT: Mental / SC: Sordo ciego. \*Si usted es cuidador de una persona con cualquiera de los tipos de discapacidad, acompañe la letra C a la discapacidad de la persona a la que cuida. Por ejemplo: Si cuida a una persona con discapacidad cognitiva, escriba C CG