|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTA REUNION CAE No**. \_\_\_\_\_\_\_Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Institución Educativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Favor marcar una “x”, según el tipo de comité conformado y si corresponde a una sede, colocar el nombre:\_\_ CAE INSTITUCIONAL\_\_ CAE SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | FECHA: |  / / 2024 |
| HORA INICIAL: |  |
| HORA FINAL: |  |
| **OBJETIVO DE LA REUNIÓN:** Planeación y/o verificación de las tareas realizadas durante el bimestre. |

**ASISTENTES:** Se anexa listado de asistencia

**INVITADOS:**

**AUSENTES:**

**ORDEN DEL DÍA:**

En virtud de los acontecimientos acecidos en el periodo a tratar, el orden del día se establece así:

**1.**Verificación de compromisos anteriores.

**2.** Verificación de actividades del CAE (Lista de chequeo).

**3.**

**4.**

**5.**

**DESARROLLO:**

**1. Verificación de actividades del CAE (Lista de chequeo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ITEM | TAREA | SI | NO |
| 1. | ¿Se elaboró acta de la anterior reunión del CAE? |  |  |
| 2 | ¿Se le realizó seguimiento a la entrega del complemento alimentario, verificando calidad, cantidad e inocuidad? |  |  |
| 3 | ¿Se ha presentado alguna novedad en el servicio? En caso de respuesta positiva, favor incluirla dentro del orden del día |  |  |
| 4 | Si la respuesta a la pregunta No. 3 fue SI, ¿se reportó la novedad a la SEM? |  |  |
| 5 | ¿Se radicó copia de la anterior acta en el SAC? |  |  |

Nota: Si la pregunta 5 tuvo respuesta positiva, favor colocar la fecha en que se radicó el acta en el SAC.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| NOTA: “las actas originales deben de reposar en cada Establecimiento Educativo y remitir copia a la Secretaría de Educación (Resolución 00335 del 2021) |

|  |
| --- |
| **TAREAS Y COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN ESTA REUNION** |
| QUÉ HACER | RESPONSABLE | FECHA COMPROMISO |
|
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **AVANCE DE TAREAS Y RESPONSABILIDADES** |
| **DESCRIPCIÓN** | **RESPONSABLE** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |

Firmas (responsables)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rector Institución Educativa y/o su Representante del CAE de la Inst.

Delegado Educativa

NOTA: Se anexa listado de asistencia