**ACTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****DEL COMITÉ DE DISCAPACIDAD DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ORDEN DEL DÍA**

1. Saludo de bienvenida por parte de la Secretaría Técnica del Comité de Discapacidad.
2. Llamado a lista y verificación de quórum.
3. Instalación de la sesión del Comité de Discapacidad, por parte del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como presidente de la instancia de participación.
4. Socialización y aprobación de la propuesta de plan operativo del Comité de Discapacidad vigencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo con la Resolución 3317 de 2012.
5. Aprobación de la designación representantes de la sociedad civil del Comité de Discapacidad, para articular acciones con otros comités o instancias de participación del territorio.
6. Seguimiento a compromisos de la sesión anterior.
7. Proposiciones y varios.
8. Lectura de compromisos.

**DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA**

1. **Saludo de bienvenida por parte de la Secretaría Técnica del Comité de Discapacidad.**

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

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

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

1. **Llamado a lista y verificación de quórum.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **DEPENDENCIA / ENTIDAD DEL GOBIERNO TERRITORAL / REPRESENTANTE SOCIEDAD CIVIL.** | **¿ASISTE?** | | **¿DESIGNA UN DELEGADO DE RANGO DIRECTIVO, A TRAVÉS DE COMUNICACIÓN ESCRITA?** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1 |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 2 |  | Secretario (a) de \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 3 |  | Secretario (a) de \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 4 |  | Secretario (a) de \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 5 |  | Secretario (a) de \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 6 |  | Director (a) de \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 7 |  | Gerente del Hospital ESE \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 8 |  | Representante Discapacidad Física |  |  |
| 9 |  | Representante Discapacidad Visual |  |  |
| 10 |  | Representante Discapacidad Auditiva |  |  |
| 11 |  | Representante de Padres de Familia de Personas con Discapacidad mental y/o Cognitiva (Intelectual). |  |  |
| 12 |  | Representante Discapacidad Múltiple |  |  |
| 13 |  | Representante Discapacidad Mental – Psicosocial |  |  |
| 14 |  | Representante Discapacidad Sordoceguera |  |  |
| 15 |  | Representante Personas Jurídicas cuya capacidad de actuación gira en torno a la atención de las personas con discapacidad. |  |  |

**Preguntas para establecer la existencia de quórum necesario, para llevar a cabo la sesión del Comité de Discapacidad:**

1. ¿Cuál es el número de integrantes que asisten a la sesión del Comité de Discapacidad?

**Respuesta:** Asisten \_\_\_\_\_ integrantes de \_\_\_\_\_ integrantes que conforman el Comité de Discapacidad.

1. ¿La mitad más uno de los integrantes del Comité de Discapacidad, se encuentran presentes en la sesión? (Marque con una equis):

**SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

1. ¿Entre los integrantes presentes en la sesión, se encuentra el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o su delegado por escrito, quien debe ser de rango directivo? (Marque con una equis):

**SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

En caso de que, la respuesta a alguna de las dos preguntas anteriores sea “No”, NO es posible llevar a cabo la sesión reglamentaria del Comité de Discapacidad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INVITADOS PERMANENTES CONVOCADOS A LA SESIÓN DEL COMITÉ DE DISCAPACIDAD** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ENTIDAD / INSTITUCIÓN** | **¿ASISTE?** | |
| **SI** | **NO** |
|  | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. |  |  |
|  | Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA. |  |  |
|  | Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV. |  |  |
|  | Departamento para la Prosperidad Social – DPS. |  |  |
|  | Personería. |  |  |
|  | Comisaría de Familia. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OTRAS ENTIDADES QUE PARTICIPAN EN LA SESIÓN DEL COMITÉ DE DISCAPACIDAD** | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ENTIDAD / INSTITUCIÓN** | **CARGO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Instalación de la sesión del Comité de Discapacidad, por parte del** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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

1. **Socialización y aprobación de la propuesta de plan operativo del Comité de Discapacidad vigencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo con la Resolución 3317 de 2012.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Aprobación de la designación representantes de la sociedad civil del Comité de Discapacidad, para articular acciones con otros comités o instancias de participación del territorio.**

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL (LA) REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL COMITÉ DE DISCAPACIDAD** | **CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD QUE REPRESENTA EN EL COMITÉ DE DISCAPACIDAD** | **NOMBRE DEL ESPACIO DE PARTICIPACIÓN ANTE EL CUAL HA SIDO DESIGNADO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Seguimiento a compromisos de la sesión anterior.**

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

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

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

1. **Proposiciones y varios.**

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

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

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

1. **Lectura de compromisos.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPROMISO** | **RESPONSABLE CUMPLIMIENTO COMPROMISO** | **FECHA CUMPLIMIENTO COMPROMISO** |
| Realizar seguimiento a la implementación del plan operativo del Comité de Discapacidad, aprobado durante la sesión. | Comité de Discapacidad. | *Se sugiere realizar mesas de trabajo con frecuencia mensual para realizar seguimiento a la implementación de plan operativo.*  *Los resultados del seguimiento realizado deben ser presentados en cada sesión reglamentaria del comité.* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE DISCAPACIDAD.**

**SECRETARIO (A) DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE DISCAPACIDAD DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**