|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO. DE ACTA:** | **FECHA:** |  | | |
| **LUGAR:** | | | **HORA INICIO:** | **HORA FINAL:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO DE LA VISITA DE SEGUIMIENTO (Marque con una X)** | |
|  | Cumplimiento con la cobertura efectiva de los participantes. |
|  | Calidad del Talento humano. |
|  | Calidad de los refrigerios. |
|  | Pertinencia y calidad de las actividades realizadas con respecto los objetivos de la oferta. |
|  | Pertinencia de los materiales para actividades de los encuentros. |
|  | Características del espacio físico donde se desarrollan las actividades. |
|  | Participación de las y los adolescentes y jóvenes en las actividades. |
|  | Participación de los actores comunitarios en las actividades. |
|  | Cumplimiento de protocolos de bioseguridad y distanciamiento social. |
|  | Velar por la inclusión de los diferentes enfoques, principalmente los diferenciales, que deben hacer parte de la operación de la oferta y del funcionamiento de los comités del control social. |

|  |
| --- |
| **DESARROLLO DE LA VISITA** |
| 1. **Seguimiento a oportunidades de mejora** (el desarrollo debe empezar por la revisión del avance en las oportunidades de mejora del acta anterior). 2. **Asignación de Roles:** (Se describe brevemente que el procedimiento de mutuo acuerdo y consenso por medio del cual los miembros del comité territorial asignaros para efectos de esta visita de seguimiento los siguientes roles.) 3. **Facilitador**   Nombre Completo  Representante Adolescentes y Jóvenes/Actor Comunitario   1. **Relator 1**   Nombre Completo  Representante Adolescentes y Jóvenes/Actor Comunitario   1. **Relator 2**   Nombre Completo  Representante Adolescentes y Jóvenes/Actor Comunitario   1. **Portavoz**   Nombre Completo  Representante Adolescentes y Jóvenes/Actor Comunitario   1. **Agenda de la visita**   **(Incluya los puntos clave que tendrá la visita de seguimiento)**   1. **Desarrollo de la visita**   **(Describa de manera clara los aspectos que se desarrollaron durante la visita de seguimiento y que permitan al lector identificar y analizar lo ocurrido)**   1. **Resultados de la visita**   **(Describa de manera clara las conclusiones y aspectos relevantes de la visita)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº** | **OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS**  **(incluya las filas que sean necesarias conforme a las oportunidades de mejora identificadas durante la visita)** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **COMPROMISOS**  **(incluya las filas que sean necesarias conforme a los compromisos adquiridos durante la visita)** | | |
|  | **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **ADOLESCENTES Y JÓVENES** | |
|  | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| **1** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS:  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| **2** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| **3** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN: |  |
| **4** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| **5** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| **6** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| **7** | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **ACTORES COMUNITARIOS** | |
|  | **Nombre** | **Firma** |
| 1 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS:  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 2 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 3 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN: |  |
| 4 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 5 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 6 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 7 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |