ACTA DE INICIO		
NOMBRE DE LA REUNIÓN: INICIO DE LA FORMACIÓN: DESARROLLO LOCAL INCLUYENTE BAJO EL ENFOQUE MI PUEBLO, MI PRODUCTO, MI ORGULLO.		
CIUDAD Y FECHA: **FILANDIA, QUINDÍO 13 DE AGOS.2021**	**HORA INICIO:** **9:00PM**	**HORA FIN:** **12:00PM**
LUGAR: **ALCALDIA MUNICIPAL DE FILANDIA**	**DIRECCIÓN GENERAL / REGIONAL / CENTRO** **N/A**	

PUNTOS PARA DESARROLLAR:

1.SOCIALIZACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA PARA LA FORMACIÓN EN DESARROLLO LOCAL INCLUYENTE BAJO EL ENFOQUE MI PUEBLO, MI PRODUCTO, MI ORGULLO CON LOS APRENDICES MATRICULADOS EN EN LA MISMA.

2.EXPOSICIÓN DE LAS BASES CONCEPTUALES QUE ESTABLECE EL DISEÑO CURRICULAR PARA ESTA FORMACIÓN, COMPETENCIAS Y RESULTADOS DE APRENDIZAJE A LOGRAR CON LA IMPLEMENTACIÓN DE DICHA FORMACIÓN.

3. SOCIALIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA IMPLEMENTADA PARA EL LOGRO DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y COMPETENCIAS DESCRITOS EN EL NÚMERAL ANTERIOR.

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

FORMALIZAR LA APERTURA DE LA FORMACIÓN: DESARROLLO LOCAL INCLUYENTE BAJO EL ENFOQUE MI PUEBLO, MI PRODUCTO, MI ORGULLO EN EL MUNICIPIO DE FILANDIA, QUINDÍO CON LOS APRENDICES MATRICULADOS ESTA FORMACIÓN. Y, DESARROLLAR LOS NUMERALES ESTABLECIOS ENLA SCCIÓN DENOMINADA: PUNTOS PARA DESARROLLAR

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

SIENDO LAS 9:00AM EN EL MUNICPIO DE FILANDIA, QUINDÍO EN LAS INSTALACIONES DE LA ALCALDIA Y CON LA REPRESANTACIÓN DELEGADA POR PARTE DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL , SE DÍO APERTURA FORMAL A LA FORMACIÓN EN: DESARROLLO LOCAL INCLUYENTE BAJO EL ENFOQUE MI PUEBLO, MI PRODUCTO, MI ORGULLO, Y DE LA QUE ES OBJETO ESTA PRESENTE ACTA DE INICIO.

CONCLUSIONES

SE DÍO INICIO CON ÉXITO A LA FORMACIÓN EN: DESARROLLO LOCAL INCLUYENTE BAJO EL ENFOQUE MI PUEBLO, MI PRODUCTO, MI ORGULLO, CON UN GRUPO MATRICULADO DE VEINTIOCHO (28) APRENDICES EN EL MUNICIPIO DE FILANDIA, QUINDÍO. **INSTRUCTORA SENA: ANA MILENA GIRÓN VARGAS**

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**

ASISTENTES:

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_____ DEL MES DE_____ DEL AÑO 20

OBJETIVO (S)

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
1		Laura Juliana Ramirez Celis	1096647338		X			lramirezCelis@gmail.com	3145125819		Laura Ramirez
2	si.	Angie Milena Granados	4191349.		X.			angiem@sena.edu.co	3148933703		

GD-F-007 V04