ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *01*			
Hora: 08:00 am		**Fecha:** *12/07/2024*	
Lugar:	**Alcaldía de Paicol**		
Dependencia que Convoca:	*promoción y prevención Infancia*		
Proceso:	*Infancia*		
Objetivo:	Realizar Articulación para préstamo de espacios comunitarios		

Agenda:

1. Saludo

2. Articulación Préstamo de espacios comunitarios

Desarrollo:

1. Saludo

Se da inicio a la jornada con la presentación de los profesionales de la Fundación Coralina y con el coordinador de cultura **Derly silva**, con el fin de articular el préstamo espacios comunitarios

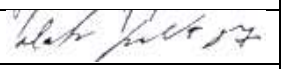
RESPONSABLES:

Para constancia se firma la presente acta a los _12___ de mes de ___julio____ del 2024
Nota: Se anexa listado de Asistencia de los participantes

Decisiones: *Se logra establecer el préstamo de los espacios anteriormente señalados.*

Nota: Se anexa ACTA DE FORMALIZACION DE PRESTAMO DE ESPACIOS en el FORMATO del Operador.

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
N/A	*N/A*	*N/A*
N/A	*N/A*	*N/A*

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
MARTHA LORENA VARGAS ANDRADE	COORDINADOR	Fundación Coralina	
LAURA BLANQUICETT	COORDINADOR GENERAL	Fundación Coralina	
Próxima reunión *(en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)*	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	Martha Lorena Vargas Andrade		

PÚBLICA

Fundación Coralina	FUNDACIÓN CORALINA MODALIDAD ATRAPASUEÑOS ACTA DE FORMALIZACION DE PRESTAMO DE ESPACIOS	BIENESTAR FAMILIAR

Yo, DEIH CONSTANZA SILVA RAMIREZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.077508565, obrando en calidad de SEC. FAMILIA Y DESARROLLO, me comprometo a prestar el espacio SOCIAL denominado para la prestación del servicio durante los próximos 5 meses para la ejecución de las actividades enmarcadas en el contrato de aporte No. **41003792024** de la Modalidad Atrapasueños, entre **el ICBF y la Función Coralina.**

Así mismo, autorizo que los(as) niños, niñas y adolescentes que participan en la oferta utilicen los espacios para el desarrollo de las actividades.

Suscribe:

Firma: _____

Nombre: DEIH CONSTANZA SILVA RAMIREZ
Entidad u Organización: ALCALDIA MUNICIPAL
Teléfono de contacto: 3202621712.
Fecha: 12-07-24
Municipio: PAICOL.

NOTA: PENDIENTE ENVIO DE CRONOGRAMA CON LOS HORARIOS PARA DEFINIR EL PRESTAMO.

Powered by CamScanner