ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *01*	
Hora: 08:00 am	**Fecha:** *20/07/2024*
Lugar:	**Alcaldía Tesalia**
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 **Carmen Lucia Quali Alarcon**, con el fin de articular el préstamo espacios comunitarios

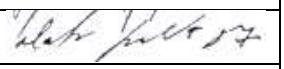
RESPONSABLES:

Para constancia se firma la presente acta a los _20___ 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, Carmen Lucia Gualy Alarcon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 26470960, obrando en calidad de Almacenista Mpal, me comprometo a prestar el espacio denominado Concha Acustica, CIC, Villa para la prestación del servicio durante los próximos 6 meses para la ejecución de las actividades enmarcadas en el contrato de aporte No. **41003792024** de la Modalidad Atrapasueños, entre el **ICBF y la Fundación 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: Carmen Lucia Gualy Alarcon.
Entidad u Organización: Alcaldia Mpal Tesalia.
Teléfono de contacto: 3187951308
Fecha: 20 Julio 2024
Municipio: Tesalia Huila.

Powered by CamScanner