

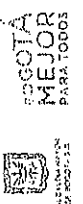


DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL MANEJO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ESTADO DE ASISTENCIA

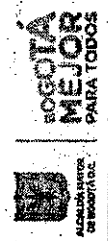
ESPACIO PÚBLICO	LA BANDERA DEL LEON		ACCION INTEGRADORA		COMUNIDAD PROMOTORA Y PROTECTORA DE SALUD		FECHA
TIPO DE ENTIDAD	PUEBLA		NOMBRE DE LA ENTIDAD		LA GUARDIA ALBIFLOTADA PARACHES FISO		LOCALIDAD
DESCRIPCION	GRUPO DE JOVENES PERTENECIENTES A BARRAS FOTOLERAS						4

GRUPO DE JOVENES POR VENEZUELA A BARRAS FUERTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
DESCRIPCION	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	TIPO DOCUMENTO				SEXO				NUMERO DE DOCUMENTO	TELÉFONO	DIRECCION	BARRIO	ETNIA					POBLACIONES ESPECIALES					FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
					AÑO	MES	DIA		CC	RI	CE	HOMINIC	MASCULINO	FEMININO	TRANSEXUAL	INDIGENA					PALENGUERO	ASTRO	RAIZAL	DESPLAZADO	DISCAPACITADO	HAZIANTE CALLE	CAREZA DE FAMILIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	Victor	Eduardo	Cabrera	Garza	92	07	07	26	X		X				1023918335	X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											



MEJOR PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD
Subsecretaría de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E



PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ESTRATEGIA SALUD URBANA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
FICHA PARA SESIONES COLECTIVAS

FECHA DD MM AA N° FICHA

Localidad 1: _____ UPZ / UPR: _____ Barrio: _____
Nombre de la institución / establecimiento: _____
Nombre de la Sede: _____
Eje principal 2: _____
Eje principal 1: _____
Número: _____ Letra: _____ B1: _____ B2: _____ B3: _____ B4: _____
Cuarto 1: _____ SUR _____ ESTE _____
Cuarto 2: _____ SUR _____ ESTE _____
Complemento: _____
Nombre del curso: _____
Complemento: _____
Zona 4: _____
Jornada: _____
Espacios de Vida: _____
Vivienda: _____
Educativo: _____
Procesos generales: Componente: _____ Tema: _____
Componente: _____ Tema: _____
Componente: _____ Tema: _____
Subtema: _____

IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS										SESIONES / MÓDULOS										Firma						
Nombres y apellidos completos	Tipo Doc. 2	Número de documento	Sexo 3	Género 4	Est. civil 5	Fecha de nacimiento				Etnia 6	Nación 7	Población diferencial y de inclusión 8	Ejército gestor 25	Población 22	SESIONES / MÓDULOS											
						DD	MM	AA	1						2	3	4	5	6		7	8	9	10		
David Leonidas Ariza	CC	10023071501	M	H	S	6	10	98																		David Ariza
Ricardo Lasso M.	CC	1023882040	M	H	U	17	03	69																		David Ariza
Carlos Sandoval	CC	1013637936	M	H	C	24	01	91																		David Ariza
David Morales	CC	1013602139	M	H	S	28	10	88																		David Ariza
Fabian Herrera Reyes	CC	1136883882	M	H	S	20	02	92																		David Ariza
Victor Cabrera Garza	CC	1023918535	M	H	S	01	07	91																		David Ariza
Laura Catalina Buitrago	CC	1018441568	F	H	U	27	01	91																		David Ariza
Juan Camilo Horrobaquera	CC	1018445710	M	M	U	21	07	91																		David Ariza
Camilo Antolinez Figueroa	CC	1022389707	F	M	C	17	01	94																		David Ariza

2. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS

[illegible]

SESIONES

SESIÓN 1				PERFIL 115	SESIÓN 2				PERFIL 116
FECHA		Firma	Nombre profesional		FECHA		Firma	Nombre profesional	
DD	MM	AA	Nombre profesional		DD	MM	AA	Nombre profesional	
SESIÓN 3				PERFIL 116	SESIÓN 4				PERFIL 117
FECHA		Firma	Nombre profesional		FECHA		Firma	Nombre profesional	
DD	MM	AA	Nombre profesional		DD	MM	AA	Nombre profesional	
SESIÓN 5				PERFIL 117	SESIÓN 6				PERFIL 118
FECHA		Firma	Nombre profesional		FECHA		Firma	Nombre profesional	
DD	MM	AA	Nombre profesional		DD	MM	AA	Nombre profesional	
SESIÓN 7				PERFIL 118	SESIÓN 8				PERFIL 119
FECHA		Firma	Nombre profesional		FECHA		Firma	Nombre profesional	
DD	MM	AA	Nombre profesional		DD	MM	AA	Nombre profesional	
SESIÓN 9				PERFIL 119	SESIÓN 10				PERFIL 120
FECHA		Firma	Nombre profesional		FECHA		Firma	Nombre profesional	
DD	MM	AA	Nombre profesional		DD	MM	AA	Nombre profesional	

* NACIÓN: Nacionalidad (Se diligencia de acuerdo a lista de códigos de los países)

TEMAS: Remitirse a los instructivos y lista de códigos del espacio de vida respectivos para el correcto diligenciamiento

Subred

Discussion:

Telefono:

Correo electrónico: