"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): **TALLER: ____** **REUNION: _____** **CAPACITACION: _____** **OTRO: CUAL?: _____**

NOMBRE DEL EVENTO: _____

RESPONSABLE: _____ **FECHA:**_____

LUGAR: _____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	**SEXO Y GENERO** **1.** HOMBRE **2.** MUJER **3.** LGBTIQ+	**EDAD**: **1.** O-7 **2.** 8-12 **3.** 13-21 **4.** 22-45 **5.** 45-70 **6.** 71-90 **7.** 91-100	**ETNIAS:** **1.** AFRO **2.** INDIGENA **3.** ROM **4.** OTROS	**VICTIMA:** **1.** DESPLAZADO **2.** DESMOVILIZADO **3.** MIGRANTE **4.** OTROS	**CONDICIONES:** 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

“SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR”
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.