



PROYECTO
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
FORMATO 1 ESTADO DE AUTENTICIDAD SINDICAL ATRAPABUENOS

Nombre del Operador	FUNDACIÓN CORALINA	No. del Contrato	41005792604	Departamento	HALA	Municipio	API	Carga del responsable del sistema Número en el desarrollo de la actividad	PSICÓLOGO-GESTOR DE EXPERIENCIA
Nombre del responsable del sistema Número en el desarrollo de la actividad	SECTOR DE PLAN ESTRATÉGICO 2024-2025	Nombre e identificación del grupo	LOS CONSENTIDOS	No. de Ciclo de vida	2024	¿Se realizó (en Comunitaria)?	SI	Lugar en donde se realizó la actividad	VILLA OLÍMPICA
Cursos de vida de los participantes	EDAD DE 10 A 13 AÑOS	Nombre de la Estrategia de atención o Atención Transversal	ATRAPABUENOS COMUNITARIO	Fecha del desarrollo de la Estrategia o Atención	14/09/2024	Hora de inicio	2:00 PM	Hora de fin	4:00 PM
Componente	PROMOCIÓN DE LA SALUD VEGETAL Y EL SUO VIVIR	Eje Modificador	JUGO	Descripción de la temática abordada	MI FAMILIA, MI EQUIPO				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EL PARTICIPANTE SEÑALA: (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL PARTICIPANTE	NOVEDADES U OBSERVACIONES
						REFRIGERO	NATURAL(ES)			
CELESTE		ECHEVERRY	TAPAS	T.I	1075644178	X	X	Celeste		
MARIA	GUADALUPE	RAMIREZ	LEAL	T.I	1075644112	X	X	Maria Guadalupe		
JULIETHA		RAMIREZ	GONZALEZ	T.I	1075643902	X	X	Julietha Ramirez		
MARIA	JOSE	TRUJILLO	MURCIA	T.I	1173483246	X	X	Maria Jose Trujillo Murcia		
NICOLLE	SABARA	CABRERA	MARTINEZ	T.I	1012433721	X	X	Nicole		
ANDRÉS	MAURICIO	SAVAMON	PEREZ	T.I	1075643778	X	X	Andrés		
MELANY	BOPIA	POQUEREDO	TOVAR	T.I	1075644388	X	X	Melany		
SARA	KARRA	GONZALEZ	CARVAJAL	T.I	1078510284	X	X	SARA		

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento ha terminado su vida útil como COPIA NO CERTIFICADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SEMAN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

Nombre del Operador	UBICACIÓN CORALINA	No. del Centro	4100979234	Departamento	MALA	Municipio	API	Carga del responsable del taller	PROCESO-SECTOR DE EXPERIENCIA
Nombre del responsable del taller	UBICACIÓN DEL TALLER	Nombre e identificación del grupo	LOS CONSENTIDOS	No. de Censo de estado	4	¿Se realizó otro diagnóstico?	SI	Lugar en donde se realizó la actividad	VILLA OLIMPIA
Cursos de vida de los participantes	EDAD DE 10 A 15 AÑOS	Nombre de la Estrategia de atención o Acciones Transversal	ATAPABUENO COMUNITARIO	Fecha del desarrollo de la Estrategia o Acción	14/07/2024	Hora de inicio	2:00 PM	Hora de fin	4:30 PM
Componente	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL BUEN VIVIR	Ep. Interventor	JUGO	Descripción de la temática abordada	MI FAMILIA, MI EQUIPO				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE	Nº DE DOCUMENTO DE	EL PARTICIPANTE RECORDÓ (marcar con una X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	SELLO DEL PARTICIPANTE	OTRAS NOTAS O OBSERVACIONES
LUCIANA		TOVAR	AYLES	TI	1075544050	X	X	Luciana		
KEYRA	SHARYN	GAREN	OSORIO	TI	1075543870	X	X	Keyra		
LINA	MERCEDES	CHARRY	MENDOZA	TJ	1075544722	X	X	Lina Charry		
RAFAEL	ESTEBAN	LOPEZ	YUCUMA	TJ	1174213110	X	X	Rafael		
MARIO	ANDRES	GONZALEZ	PACHECO	TJ	1075543080	X	X	Mario		
MARIA	ISABEL	BOCANEGRA	CORTES	TJ	1173483295	X	X	Maria In		
GILARY	NATACHA	VARGAS	QUINTERO	TI	1137725000	X	X	Gilary N.		
MAXIMILIANO		LARA	CONDE	TJ	1075544790	X	X	Maximiliano		
IKER	PABIAN	MEDINA	REBORGIO	TJ	1075544080	X	X	Iker		

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es copiarla como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012.

Nombre del Operador	FUNDACIÓN COBALINA	No. del Contrato	4188772024	Departamento	MULA	Budapest	API	Cargo del responsable del taller Nombre en el documento de la actividad	PROCESO-SECTOR DE EXPERIENCIA
Nombre del responsable del taller Nombre en el documento de la actividad	WILLIAM FELIX RODRIGUEZ	Nombre e identificación del grupo	LOS CONSENTIDOS	No. de Círculo de interés	4	¿Se realizó (Otro Comentario)?	SI	Lugar en donde se realizó la actividad	VILLA OLIMPIA
Cursos de vida de los participantes	EDAD DE 10 A 12 AÑOS	Nombre de la Estrategia de atención o Asesoría Transversal	ATRAPADOS CORRIANTO	Fecha del desarrollo de la Estrategia o Asesoría	14-09-2024	Horario de inicio	2:00 PM	Horario de fin	4:00 PM
Componentes	PROYECTO DE SALUD MENTAL FELIZ BOEN VIVIR	Es el beneficiario	JOE60	Descripción de la familia atendida	MI FAMILIA, MI EQUIPO				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE	Nº DE DOCUMENTO DE	EL PARTICIPANTE SEÑALÓ: (marcar con X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	SELLO DEL PARTICIPANTE	REVISADO Y OBSERVACIONES
ESTEFANIA		VARGAS	LOZANO	T.I	107544737	X	X	Estefania		
STEFY	TATIANA	DELGADO	TOVAR	T.I	107544696	X	X	Stefy		
SHAYRA		CHARRY	PEREZ	T.I	107544828	X	X	Shayra		
CRISTAL		PUZ	BAZ	TI	107544486	X	X	Cristal Ipuz		
DOVIAN		OLAYA	BAZ	TI	107544583	X	X	Dovian		
JUAN	CRISTOBAL	ARTUNDUAGA	CRUZ	T.I	107544482	X	X	Juan Cristobal		
LAUREN	GISELLE	RAMIREZ	CUEVAS	TI	107544472	X	X	GISELLE		
SAMUEL		ALONSO	OLAYA	TI	107544534	X	X	Samuel Alon so Olaya		

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento no debe ser usada como COMPA NO CERTIFICADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1561 DE 2012

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 473–480