Nombre del Operador (Cuando aplique)	FUNDACIÓN CORALINA	**No. del Contrato (Cuando aplique)**	41003792024	**Departamento**	HUILA	**Municipio**	PALERMO	**Cargo del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad**	PSICOLOGA GESTOR DE EXPERIENCIA
Nombre del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad	MARITZA RIVERA - KELLY JOHANA PINTO	**Nombre o identificación del grupo**	MENTES BRILLANTES	**No. de Ciclo de minuta (Cuando aplique)**	9	**¿Se realizó Olla Comunitaria?**	Si	**Lugar en donde se realiza la actividad**	**Auditorio, Centro Cultural Reinaldo Polania**
Curso de vida de los participantes	**14 A 17 AÑOS**	**Nombre de la Estrategia de atención o Acciones Transversal**	ATRAPASUEÑOS	**Fecha del desarrollo de la Estrategia o Acción**	21/01/2024	**Hora de inicio**	09:00am	**Hora fin**	11:00am
Componente (Cuando aplique)	Promocion de la salud mental y el buen vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Juego	**Descripción de la temática abordada**	Mi Familia, mi equipo (encuentro comunitario)				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EL PARTICIPANTE RECIBIÓ: (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL PARTICIPANTE	NOVEDADES U OBSERVACIONES
						REFRIGERIO	MATERIAL(ES)			
Alexander.		Vargas.	Rojas	cc	7698392	X	X			
Adriel		Mendez	Polanía.	cc	26515902	X	X			
Karla.	Vanessa	silva.	Polanía	cc	1080293302	X	X			
Dana maria		pastrana		cc	1082215475	X	X			
Mabel	Smith	silvestre	Tovar	cc	65791520	X	X			
Karina		fajardo	Perez	cc	1080293458	X	X			

Powered by CamScanner

Nombre del Operador (Cuando aplique)	FUNDACIÓN CORALINA	**No. del Contrato (Cuando aplique)**	41003792024	**Departamento**	HUILA	**Municipio**	PALERMO	**Cargo del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad**	PSICOLOGA GESTOR DE EXPERIENCIA
Nombre del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad	MARITZA RIVERA - KELLY JOHANA PINTO	**Nombre o Identificación del grupo**	MENTES BRILLANTES	**No. de Ciclo de minuta (Cuando aplique)**	4	**¿Se realizó Olla Comunitaria?**	Si	**Lugar en donde se realiza la actividad**	**Auditorio, Centro Cultural Reinaldo Polania**
Curso de vida de los participantes	**14 A 17 AÑOS**	**Nombre de la Estrategia de atención o Acciones Transversal**	ATRAPASUEÑOS	**Fecha del desarrollo de la Estrategia o Acción**	22/09/2024	**Hora de Inicio**	09:00am	**Hora fin**	11:00am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la salud mental y el buen vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Juego	**Descripción de la temática abordada**	Mi Familia - mi equipo (Encuentro comunitario)				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO	EL PARTICIPANTE RECIBIÓ: (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL	NOVEDADES U
Adriana	maria	silva	Esquivel	cc	55190451	x	x	Adriana mar silva E		
Niyireth		claras	lozada	cc	1080298275	x	x	Niyireth		
Yoany		Zambrano	Zambrano	cc	7710971	x	x	Yoany zambrano E		
alba	cecilia	sanchez	Vargas	cc	1080292005	x	x	alba sanchez		
sandra	milena	carrera	Vargas	cc	1080292943	x	x	sandra carrera.		
Biviana	Marcela	cabeza	Torres	cc	1080292. 202.	x	x	Biviana Marcela.		
	Barbara	Cantor	Ramirez	cc	1080291656	x	x			

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA MODALIDAD ATRAPASUEÑOS

Nombre del Operador (Cuando aplique)	FUNDACIÓN CORALINA	**No. del Contrato (Cuando aplique)**	41003792024	**Departamento**	HUILA	**Municipio**	PALERMO	**Cargo del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad**	PSICOLOGA GESTOR DE EXPERIENCIA
Nombre del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad	MARITZA RIVERA - KELLY JOHANA PINTO	**Nombre o identificación del grupo**	MENTES BRILLANTES	**No. de Ciclo de minuta (Cuando aplique)**	4	**¿Se realizó Olla Comunitaria?**	Si	**Lugar en donde se realiza la actividad**	**Auditorio, Centro Cultural Reinaldo Polania**
Curso de vida de los participantes	**14 A 17 AÑOS**	**Nombre de la Estrategia de atención o Acciones Transversal**	ATRAPASUEÑOS	**Fecha del desarrollo de la Estrategia o Acción**	22/01/2024	**Hora de inicio**	09:00 am	**Hora fin**	11:00am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la buena salud mental y el bien vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Juego	**Descripción de la temática abordada**	Mi Familia, mi equipo (encuentro comunitario)				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO	EL PARTICIPANTE RECIBIÓ: (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL	NOVEDADES U
Cardina	Marcela	Cuevas	Cuevas	CC	831006[illegible]	x	x	Cuevas Cuevas Cuevas		
Jada	Ayda	Sanchez		CC	55170744	x	x	Jada Sanchez		
LEIDY	CONSTANZA	SALAZAR	VILLAMIL	CC	1080290650	x	x	Leidy Salazar		
Monica Marcela	Marcela	Tapiero		CC	55165015	x	x	[illegible]		
Monica	Marcela	Tapiero		CC	55165015	x	x	[illegible]		
Humberto		Tovar	Camacho	CC	83235519	x	x	[illegible]		
Yuly	Zulieth	Ordoñez	Arroyo	CC	1007741477	x	x	Yuly Ordoñes		

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

Powered by CamScanner