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**	I.E. SAN JUAN BOSCO Auditorio Centro cultural
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**	09:00 am	**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 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)			
EMMANUEL		PERDOMO	MENZA	TARJETA DE IDENTIDAD	1075798984	X	X	Emmanuel Menza		
ALEXIS		MOSQUERA	PASTRANA	TARJETA DE IDENTIDAD	1084923342	X	X	Alexis mosquera		
YULI	ESTEFANY	SILVA	SANCHEZ	TARJETA DE IDENTIDAD	1029881243	X	X	Yuli Stefany Silva Sanchez		
SAIRA	JULIANA	SANCHEZ	SILVA	TARJETA DE IDENTIDAD	1076908620	X	X	Saira. Juliana		
SANTIAGO		ARIZA	CARRERA	TARJETA DE IDENTIDAD	1077230536	X	X	SANTIAGO ARIZA		
EMILY	CAMILA	POLANIA	TAPIERO	TARJETA DE IDENTIDAD	1077233625	X	X	Camila		

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**	(I.E. SAN JUAN BOSCO) Auditorio Centro Cultural
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**	09:00 am	**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 DE IDENTIDAD	Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EL PARTICIPANTE RECIBIÓ: (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL PARTICIPANTE	NOVEDADES U OBSERVACIONES
DANA	LICED	FIERRO	CABEZA	TARJETA DE IDENTIDAD	1080293747	X	X	Dana		
KEVIN	DANILO	GONZALEZ	SILVA	TARJETA DE IDENTIDAD	1080294001	X	X	Kevin		
DARWIN		GONZALEZ	FAJARDO	TARJETA DE IDENTIDAD	1080293862	X	X	Darwin.		
YULY	TATIANA	CORDOBA	PALOMO	TARJETA DE IDENTIDAD	1080293278	X	X	Tatiana		
NICOLAS		CLAROS	LOZADA	TARJETA DE IDENTIDAD	1118368320	X	X	Nicolas		
MARIA	CAMILA	TOVAR	VALDES	TARJETA DE IDENTIDAD	1075796645	X	X	CamilaTovar		

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**	(I.E. SAN JUAN BOSCO) Auditorio Centro cultural
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**	22/04/2024	**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 DE IDENTIDAD	Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EL PARTICIPANTE RECIBIÓ: (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL PARTICIPANTE	NOVEDADES U OBSERVACIONES
CRISTIAN		SABOGAL	CHALA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029884870	X	X	Cristian		
WENDY	JHOANA	ZAMBRANO	ALATE	TARJETA DE IDENTIDAD	1075508604	X	X	Wendi Jhoana		
ANDRES	FABIAN	TOVAR	SILVESTRE	TARJETA DE IDENTIDAD	1080293933	X	X	Andres Tovar		
JUAN	CAMILO	ORTIZ	CARRERA	TARJETA DE IDENTIDAD	1075247437	X	X	Camilo Ortiz		
BRAYAN	ALEJANDRO	VARGAS	SILVA	TARJETA DE IDENTIDAD	1077233773	X	X	Brayan Vargas		
YULEIDY		GONZALEZ	ORDOÑEZ	TARJETA DE IDENTIDAD	1080293178	X	X	Yuleidy Gonzalez		

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**	(I.E. SAN JUAN BOSCO) Auditorio Centro cultural
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**	22/04/2024	**Hora de inicio**	09:00 am	**Hora fin**	11:00 am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la salud mental y el buen vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Juego	**Descripcción 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
ASHLIE	SAMARA	COLLAZOS	SALAZAR	TARJETA DE IDENTIDAD	1080294083	X	X	Ashlie Samara Collazos		
MARIA	PAULINA	GUEVARA	HERRERA	TARJETA DE IDENTIDAD	1065888633	X	X	Maria Paulina		

Powered by CamScanner