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?**	NO	**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**	7:00am	**Hora fin**	9:30am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la salud mental y el buen vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Comunicación y Narrativas	**Descripción de la temática abordada**	Educando con Amor (Encuentro Familiar)				

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 Perdomo		
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?	NO	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	07:00am	Hora fin	09:00am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la salud mental y el buen vivir	Eje Movilizador (Cuando aplique)	Comunicación y Narrativas	Descripción de la temática abordada	Educando con Amor (Encuentro Familiar)				

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	Camila Tovar		

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?**	NO	**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**	22/9/2024	**Hora de inicio**	07:00am	**Hora fin**	09:00am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la salud mental y el buen vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Comunicación y Narrativas	**Descripción de la temática abordada**	Educando con Amor (Encuentro Familiar)				

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?**	No	**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**	07:00am	**Hora fin**	09:00am
Componente (Cuando aplique)	Promoción de la salud mental y el buen vivir	**Eje Movilizador (Cuando aplique)**	Comunicación y Narrativas	**Descripcción de la temática abordada**	Educando con Amor (Encuentro Familiar)				

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