PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA MODALIDAD ATENCIÓN

Nombre del Operador (Cuando aplique)	TUNDA COLINA HUSH MOLINA	No. del Contrato (Cuando aplique)	4100037920224	Departamento	Huila	Municipio	Garzón
Nombre del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad		Nombre o Identificación del grupo		No. de Ciclo de vida (Cuando aplique)		¿Se realizó Gita Comunitaria?	X
Curso de vida de los participantes		Nombre de la Estrategia de atención o Acciones Transversal		Fecha del desarrollo de la Sesión/ola o Acción	16/08/24	Hora de inicio	
Componente (Cuando aplique)	P. Salud Mental	Eje Movilizador (Cuando aplique)	COMUNICACION NOMBRE	Descripción de la temática abordada	ENCUENTRO DE LA COMUNIDAD	Cargo del responsable del talento humano en el desarrollo de la actividad	GESTOR PSICOSOCIAL
						Lugar en donde se realiza la actividad	Hogar fijo

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EL PARTICIPANTE RECIBIÓ (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL PARTICIPANTE	NOVEDADES U OBSERVACIONES
						REFRIGERIO	MATERIAL(ES)			
Eliana	Constanza	Alvarez	Trujillo	cc	55197749			Eliana Constanza A.		
Yeimy	Lorena	Lizcano	Andrade	cc	1079410590			Yeimy L.		
Patricia		Zambrano	Gonzalez	cc	1081488896					
Yaneth	Rocio	chambo	Vega	cc	1079409888			Yaneth ch		
Maria	Liliana	Saviria	Mazabel	cc	1079408888			MR Liliana		
Paola	Andrea	Rodriguez	Quimbaya	cc	1004473420			Paola Andrea R.		
				cc						

Powered by CamScanner

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA MODELO BÁSICO ATRAPASUEÑOS

Nombre del Operador (Cuando aplique)	TGT. COLLIN	No. del Contrato (Cuando aplique)	11 1003324924	Departamento	HUILA	Municipio	NEIVA	Cargo del responsable del tema	GESTOR
Nombre del responsable del tema humano en el desarrollo de la actividad	HERRERA M°	Nombre e Identificación del grupo	16.807653684	No. de Ciclo de minuto (Cuando aplique)		¿Se realiza Ciclo Comunitario?	SI	Lugar en donde se realiza la actividad	SALUD
Curso de vida de los participantes	P. SALUD MENTAL	Nombre de la Estrategia de atención a Acciones Transversal	COMUNICACIONES	Fecha del desarrollo de la Estrategia o Acción		Hora de inicio		Hora fin	
Compañero (Cuando aplique)		Es Novedad? (Cuando aplique)		Descripción de la temática abordada	CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR				

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EL PARTICIPANTE RECIBIO (MARQUE CON UNA X)		FIRMA DEL PARTICIPANTE	HUELLA DEL PARTICIPANTE	NOVEDADES U OBSERVACIONES
						REFRIGERIO	MATERIAL(ES)			
Yolanda		Peteche	Mesa	CC	1084868383			Yolanda P.		
Carlos	fernando	Medina	Chambo	CC	1084577743			CARLOS Medina		
Blanca	Olivia	Quisacue	Fisus	CC	25561826			Blanca Q.		
Yeimy	Lorena	Lizcano	Andrade	CC	1079410590			Yeimy L.		
Andres	Jamir	Chambo	Penna	CC	1079409955			Andres ch.		

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

Powered by CamScanner