Actividad Hacer acompañamiento presencial en la promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades en población con discapacidad física.

No.	Nombres y apellidos completos	No. Documento de identidad	Ocupación	Teléfono	Correo electrónico	Señale con una X la condición que cumpla: Etnia: Afrodescendiente	Etnia: Indígena	Etnia: otro	Condición: Víctima del conflicto armado	Condición: Con discapacidad	Sexo: Hombre	Sexo: Mujer	LGTB	Rango de edad: 0 – 5 años	Rango de edad: 6 – 12 años	Rango de edad: 13 – 18 años	Rango de edad: 19 – 59 años	Rango de edad: Mayor de 60 años	Zona: Urbana	Zona: Rural	FIRMA
1	Maria Virgelina Posada							X				X						X			Maria Virgelina
2	Luis felipe Ramirez	626580						X			X							X			
3	Miguel Angel lopez	3450003						X			X							X			Miguel
4	Blanca libia Gonzales	21814971						X				X					X				Blanca gonzalez
5	Jose de jesus Mejia							X			X							X			
6	Aleida Cosme Quintero	1037979393						X				X						X			Aleida
7	Dilamar Mejia Ramirez	21661476						X				X					X				Dilamar M
8	Nelly Quintero Ramirez							X				X						X			Blanca nelly
9	Manuel Antonio Arias	3449634						X			X							X			Manuel Arias
10	Rosa Maria lopez	27661476						X				X						X			Rosa
11	Miguel Angel Giraldo	3450647						X			X							X			
12	Dora de Jesus Giraldo	27661171						X				X						X			Dora Giraldo
					TOTALES																

Con la firma del presente formato usted autoriza a la Administración Municipal y a la ESE Hospital, para que utilice la información consignada en el mismo con fines estadísticos y/o académicos". En cumplimiento del artículo 7 del Decreto 1377 de 2013 por medio del cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 en la que expidió el régimen general de la protección de datos personales.

Powered by CamScanner