Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Asistencia Actividades de PIC Varias Sesiones**	Versión: 01 Código: F029-P03-AT Fecha: 2025-02-10

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad 8: Taller 6 Consecuencias de la Malnutrición en lo Gestante **FECHA:** 11/09/2025

MUNICIPIO: Risaralda **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:** Katherin Santafe Arce

DIMENSIÓN O LÍNEA: Seguridad Nutricional **ESTRATEGIA:** Mujeres amigas de la Lactancia

N°	Asistentes (nombre completo y legible)	Nº Documento	Firma o HUELLA
1	Manuela Henao Suarez	1002863494	· Manuela Suarez
2	Tatiana Restrepo	1092911935	· Tatiana Restrepo
3	Mary Luz Figueroa	1002856267	· Mary Figueroa.
4	Jessica Bermudez	1054991786	·
5	Jackeline Garcia Marquez	1059787471	· Jackeline.
6	Erika Vanessa Rojas	1117264434	· ERIKA ROJAS.
7	Jenny Milena castañeda	1054786011	· Milena Castañeda.
8	Monica Alejandra Alvarez	33945253	· monica A. Alvarez
9	Luisa Natalia Bueno	1002856352	· Luisa Bueno
10	Yulaidy Betania Salas	5942284	· Yulaidy Salas
11	Anny Tatiana Reyes	1054703378	· Tatiana Reyes.
12	Laura Marcela Machado	1054781655	· Laura Marcela Machado
13	Maria Teresa Rojas	1002856230	· Mariol T. Rojas

Nota: Esta lista de asistencia debe ser diligenciada por el profesional en las actividades con comunidad después del primer encuentro y el participante firmará o pondrá huella (en caso que no sepa leer ni escribir)

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Asistencia Actividades de PIC Varias Sesiones**	Versión: 01 Código: F029-P03-AT Fecha: 2025-02-10

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad 8: Taller 6 Consecuencias de Malnutrición en la Gestante **FECHA:** 11/09/2025

MUNICIPIO: Risaralda **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:** Katherin Santofe Arce

DIMENSIÓN O LÍNEA: Seguridad Nutricional **ESTRATEGIA:** Mujeres amigas de la lactancia

N°	Asistentes (nombre completo y legible)	N° Documento	Firma o HUELLA
1	Maria Yehimi Ortiz	1059784948	Yehimy Ortiz
2	Daniela Ortiz Rios	1060010292	Daniela Ortiz
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

Nota: Esta lista de asistencia debe ser diligenciada por el profesional en las actividades con comunidad después del primer encuentro y el participante firmará o pondrá huella (en caso que no sepa leer ni escribir)