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: Grupo de apoyo para mujeres - Encuentro 1 **FECHA:** 11-11-2025

MUNICIPIO: Risaralda **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:** Angie Francini Gonzalez V.

DIMENSIÓN O LÍNEA: Salud Mental **ESTRATEGIA:** Acompañamiento a mujeres que viven violencia

N°	Asistentes (nombre completo y legible)	N° Documento	Firma o HUELLA
1	Cenda Tamara	1058912298	cenda tamara
2	Dana Yuliet Arala	33915553	dana Arala
3	Jennifer Daana Arala	1061371314	Jennifer Daana Arala
4	Olga Libia Vaquelo	1058912687	Olga Libia Vaquelo
5	Ana Yaneth Arala Ramos	102856513	ANA YANETH ARALA RAMOS
6	Angela Luna Ramos Arala	1002942143	ANGELA LUNA RAMOS ARALA
7	Luz Mary Arala Ramos	25241301	Luz Mary Arala R
8	Nany Ortega Bolaños	1058669092	NANCI ORTEGA BOLAÑOS
9	Nidia Aguirre Arala	25248374	Nidia Aguirre Arala
10	Alba Nuri Aguirre	1002943793	Alba Nuri Aguirre
11	Omaira Arala Cerliga	25248916	omaira arila serlica
12	Maria Cenia Velasquez	25081563	cenelia velasquez
13	Cenia Andrea Velasquez	1002802201	Cecilia Andrea Velasquez

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: Grupo de Apoyo para mujeres - encuentro 1 **FECHA:** 11-11-2025

MUNICIPIO: Risaralda **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:** Angie Yuranny Gonzalez V.

DIMENSIÓN O LÍNEA: Salud Mental **ESTRATEGIA:** Acompañamiento a mujeres que viven violencia

N°	Asistentes (nombre completo y legible)	N° Documento	Firma o HUELLA
1	Maria Soraida Dosvida Arala	1059786972	Maria Soraida Dosvida Arala
2	Maria Nuba Arala.	25221340	Maria Nubia Avila
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)