



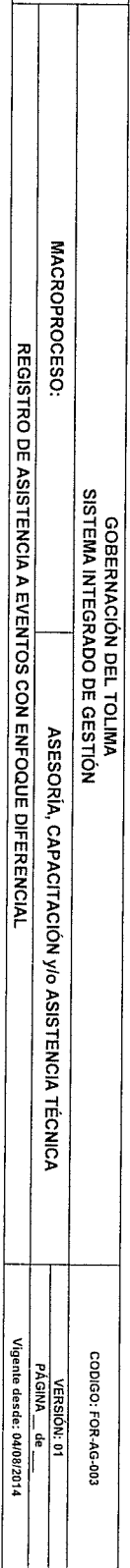
Departamento:	Tolima	Tema:	Diagnostico Asociac. Mujeres de las Holmosas
Fecha:	Marzo 28/2014	Objetivo:	Fortalecimiento e. productivos.
Lugar:	Chaparral	Municipio:	Chaparral
		Hora inicio:	90.m.
		Hora finalización:	3p.m.

Tipo de participante (Funcionario, Comunidad) (1)		Tipo de identificación (CC, TI, RC)	Numero de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo (H, M)	Edad en años	Pertenencia étnica (Afrocolombiano, Raizal, Indígena, Gitano, Ninguno) (2)	Discapacidad (Si-No) (3)	Desplazamiento (Si - No) (4)	Entidad/ Dependencia	Cargo	Telefono/ Extensión - Celular	Correo Electronico	Firma
C	CC	28692505	caecilie			valentina jones		F	46	Ind	N	N	Asociac. ASMUES	Pha.	311523353		caecilie
C	CC	1106780784	Yuliedi			Polactro Duccoa		F		Indigeno	N	N	ASMUES	cepto.	314460444		Yuliedi
	C	6582407	Davis		Dorath	Guemán	Araujo	F		Indigena	N	N	ASMOR	Tesorera	310584434		Davis
	CC	66831324	Sandra		Liliana	Sandoval	Rosas	F		Indigena	N	N	ASMOR	Representante	310549266		Sandra
	CC	5255884	Necules			Toco	Mayra	F	42				Asociacion	Representante	3138506		Necules
		98684052	Jury		Mary	Perez		F					Asociacion	Representante	320284		Jury
	CC	1106974	Yarey		Marcela	Poloche.		F		Indi			ASMUES	Asociacion	321465		Yarey P.
		65827915	Ida			Pavillo	Montiel	F					Asociacion	Representante	3115443012		Ida
		11067784	Yaelaine			Valencia	Perez	F					ASMOR	Secretaria	3206046		Yaelaine
		706784774	Daniel		Andres	Conduras	Huacis	M	22	Ind	N	N	Asociacion	Secretario	327963969		Daniel Andres
	TS	1106772196	Karen		Vanessa	campos	Sandoval	F	11	Indigena	N	N	Asociacion	Socia	310972340		Karen

(1) Tipo de participante: Funcionario: F Comunidad: C (2) Pertenencia étnica: Afrocolombiano: A, Indígena: I, Gitano: G, Raizal: R, Ninguno: N
(3) Discapacidad: Persona con discapacidad (4) Desplazamiento: Persona en situación de desplazamiento forzado por violencia

asociacioncelia@hotmail.com

asociacioncelia@hotmail.com
asociacioncelia@hotmail.com



Departamento:	Tollima		Tema:	Diagnóstico OSOCC. MUP de los Hermanos	
Fecha:	Marzo 28/2017		Objetivo:	foraleceamiento P. Producción.	
Lugar:	Chaparral	Municipio:	Chaparral	Hora inicio:	90.m
				Hora finalización:	3 p.m.

Tipo de participante (Funcionario, Comunidad) (1)		Tipo de identificación (CC, TI, RC)		Numero de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo (H, M)	Edad en años	Pertenencia étnica (Afrocolombiano, Raizal, Indígena, Gitano, Ninguno) (2)	Discapacidad (Si-No) (3)	Desplazamiento (Si - No) (4)	Entidad / Dependencia	Cargo	Teléfono/ Extensión - Celular	Correo Electronico	Firma
				3341438	Cefe	Joselin	Peña	Jarduno							Sevica	3228547406		

(1) Tipo de participante: Funcionario: F Comunidad: C
(2) Perencia étnica: Afrocolombiano: A, Indígena: I, Gitano: G, Raizal: R,
(3) Discapacidad: Persona con discapacidad
(4) Desplazamiento: Persona en situación de desplazamiento forzado por violencia
(5) Ninguno: N