BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F0.MO12.PP	2010/06/29
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

UNIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:
N.I.T. 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO
MES: Feb AÑO: 23
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar
Nombre Agente Educativo (a): Astrid R.
Código CUENTAME UDS: 1000.1009944.65
Dirección UDS: Barr Socorro Los Angelitos
Centro Zonal: Industrial
CC: 45614223
Municipio:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL HORAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01		1242389380	ADRIANA	SOFIA	PUCHE	MARRIETA	1	10			
02		1201281879	Yanith	SOFIA	caballero	PICO	3				
03		1201281878	NICOLLE	SOFIA	caballero	PICO	3				
04		1201279662	EMMANUEL	de jesus	Suarez	Buendia	3				
05		1261283263	NAIROBI	estefter.	CASTRO	Magallanes	3				
06		1201274248	LUIS	CARLOS	Arrieta	Zambrano	4				
07		1261280824	LIAN	DAVID	CARO	MURILLO	3				
08		1143420552	Samantha	Sofia	RUIZ	RIVERA	1	7			
09		1201275552	Luciana	Paola	Junco	Sayas	4				
10		1242389429	ABRAHAM	Jose	CARO	MURILLO	1	10			
11		1143419944	Sebastian	David	Sanchez	Arrieta	3				
12		1201285301	ABIGAIL	Lucia	ORTIZ	TOLOSA	2	3			
13		1201288823	ANA	Jose	CASTRO	MORALES	2				
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

TOTAL

Validación Información

COORDINADOR(A)

Ashley Ramos
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012