BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 2018/05/29 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: RAIZ Social.
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: 13005352022
MES: febrero AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): Everledys U. CC: 45468239
Código CUENTAME UDS: 13001000694435 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Cariñositos
Dirección UDS: Consolata Sect. Arcayzeres Teléfono UDS: 6392018

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 — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1044016088	ASTRID	CAMILA	Montemosa	Narvaez	2		I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	1	
02	R.C	1201283592	AYNHOA	MARIANA	Valdez	AREVALO	2	7	A A A A A A A A A A A I A A A A A A A A		18	2	
03	RC	1044013332	ABBY	LIZ	Zambrano	Villanueva	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
04	RC	1201284248	CRISTIAN	ALBERTO	CACERES	CUETO	2	5	A A A A A A A A I A A A A A A A A A A A		20		
05	RC	1041999150	DARA	ISABEL	CASTRO	TISOY	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A I A A		19	1	
06	RC	1044016077	MERY	ANNE	PINTO	Rodriguez	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A		18	2	
07	RC	1044014493	DAYRA		DE AVILA	RUIZ	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
08	RC	1201283750	LUIAN	SMITH	QUINTANA	ARANGO	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A		19	1	
09	RC	1044017919	NEYTHAN		BARRIOS	MARTELO	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
10	RC	1048468998	SANDRITH	CRISTINA	CASTILLA	NARVAEZ	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A I A A		18	2	
11	RC	1201284819	SAMARA	VALENTINA	RAMOS	CASAREZ	2	4	I A A A A A A A A A A A A A A A A I I		17	3	
12	RC	1201280431	JUAN	JOSE	Julio	Lopez	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
13	RC	1201285392	KEILANYS	SOFIA	Castillo	RIVERO	2		A A A A A I A A A A I A A A A I A A		17	3	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL HS 15

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

Everledys Ureña P.
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

Powered by CamScanner