BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	2018/05/29
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Raiz Social
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Febrero AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Fami
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Industrial de Bolivar Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (n): Noris Perez CC: 33280972
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: mis Pioneros Bebitos
Dirección UDS: MZ U Lote 8 ABC V. Stella Herrera Teléfono UDS: 3137683866

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	CC	1123503479	IRINA Josefa	Josefa Rodriguez	Rodriguez	TORRES		
02	CC	45062751	YONMAR	CAROLINA	OVIEDO	MUÑOZ		
03	Nup	12012907 30	ARIANY	Michell	colon	calle		
04	Nup	1123422011	Leinys	SOFIA	Contreras	Mendoza		
05	Nup	12012924 0	DAVID	Luis	Villa	Deavila		
06	Nup	1235051467	DANA	ANTONELLA	Garcia	TORRES		
07	Nup	1137543169	Antonella		Padilla	OROSCO		
08	Nup	1143421143	ORIANA	Isabel	Salcedo	RUIZ		
09	Nup	1143421276	Luciana	SOFIA	Medrano	ARROYO		
10	Nup	1012888823	ARIS	Jose	Casino	Morales		
11	Nup	1044340887	Adan	David	Gutierrez	Fuentes		
12	Nup	1044019919	Isabela		Castro A	Atencio		
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	N					N	A				N	A				N					N	A			
02	N					N	A				N	A				N					N	A			
03	N					N	A				N	A				N					N	A			
04	N					N	A				N	A				N					N	A			
05	N					N	A				N	A				N	A				N	A			
06	N					N	A				N	A				N	A				N	A			
07																	A								
08																	A								
09																	A								
10																	A								
11																	A								
12																	A								
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

TOTAL

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO

Verificación de Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

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