BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación Raíz Social
NIT: 900.126.347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 535
MES: Febrero AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCION: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal Ind. de la Bahía Municipio: Cartagena
Nombre Agente Educativo (a): Xiomara Restrepo CC 33332474
Código CUENTAME UDS: 130010006924 1 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Caminito Ale
Dirección UDS: San Fernando cles N°80E17 Teléfono UDS: 3052213155

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	T.I.	1.142.915.085	Stephanny	Stephany	Martinez	Pajaro	16	7
02	C.C.	1.051.359.947	Yuberlis		Velasquez	Perea	30	3
03	R.C	1201290466	David		Ramos	Porras		5
04	R.C.	1.048.472.084	Samuel	De Jesús	Cabarcas	Santiago		11
05	R.C.	1201288714	Maria	Angel	Tapia	Salazar		11
06	R.C.	1.143.421.053	Jonas	David	Izquierdo	Almonte		10
07	R.C.	1201289883	Derik	David	Arrieta	Florez		8
08	R.C.	1201287195	Samanta	Paola	Blanco	Vega	1	7
09	R.C.	1044017809	Chris	Roger	Melendez	Berrio	1	6
10	RC	1201286999	Juan	Sebastian	Corcho	Posso	1	5
11	RC	1143420803	Juan	Elias	Hoyos	Doria	1	4
12	RC	1201287886	Stephanie		Herrera	Bello	1	2
13								
24								
5								
6								
7								

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											V	A										A			
02											V	A										A			
03											V								A						
04											A					MA									
05											A					MA									
06											A					MA									
07											A					A									
08												A							A						
09												A							A						
10												A							A						
11												A							A						
12												A							A						
13																									
24																									
5																									
6																									
7																									

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	2	0
02	2	0
03	2	0
04	1	0
05	2	0
06	2	0
07	1	1
08	2	0
09	2	0
10	2	0
11	2	0
12	1	1
13	2	0
24		
5		
6		
7		
TOTAL	21	2

Verificación Cobertura		
1	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Xiomara Restrepo Llamas
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