



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: **RAIZ SOCIAL**
NIT: **900126347-7** NÚMERO DE CONTRATO: **13005352022**
MES: **MARZO** AÑO: **2023**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **FAMI**
IDENTIFICACIÓN
Regional: **BOLIVAR**
Nombre Agente Educativo (a): **ONEY DE LA HOZ PEREZ**
Dirección UDS: **CAMIL TORRES # KRA 80F-47**
Centro Zonal: **INDUSTRIAL DE LA BAHIA** Municipio: **CARTAGENA**
CC: **23136541**
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CARRUSEL DE NIÑOS**
Teléfono UDS: **3234581775**
Hoja **1**

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA										TOTAL MENSUAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS					TOTAL					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA		SEGUNDA		TERCERA		CUARTA		QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
01	C.C	1.143.350.593	YESICA	MICHEL	RODRIGUEZ	31		LUNES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

COORDINADORA/IA EA

ONEY DE LA HOZ PEREZ

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.