BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F0.MO12.PP	2010/05/29
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Raiz Social
NIT: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____
MES: Abril AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bolivar Centro Zonal: Hinterland de la Virgen y Sur Municipio: Cartagena Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Dolores AN CC 23169980
Código CUENTAME UDS: 1300100094424 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Dulces Sueños
Dirección UDS: Libertador calle 36 #60045 Teléfono UDS: 6760449

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	RC	1044009179	Anthonella	Rafael	Perez	Barbozo	4	8
02	RC	1143417573	Jeangelys	Adriana	Garcia	Machado	4	2
03	RC	1235050857	Rafaela		Melendez	Gutierrez	3	
04	RC	1044010581	Valeria		Hernandez	Castillo	4	1
05	RC	1044014218	Leidis	Rafael	Ayola	Carrillo	2	11
06	RC	1201274927	Sebastian		Moroto	Merco	4	6
07	RC	24777024	Aaron	Moises	Perez	Usuche	4	5
08	RC	1201279160	Yoglis	Enriquez	Castro	Perez	3	8
09	RC	1238343291	Toni		Rodriez	Teran	3	11
10	RC	1044013333	Miguel	Angel	Mecino	Garcia	3	
11	RC	9629836	Luis	Angel	Chamorro	Teran	4	4
12	RC	1042595110	Jose	Angel	Montiel	Fue Mayor	4	
13	RC	1240292353	Miguel	Angel	Bermudez	Cabarcas	2	
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
01						A	A	A	A	A	I	A	I	A	A	A	A	A	A	A					
02						A	A	A	A	A	I	A	I	A	A	A	A	A	A	A					
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
05						A	A	A	A	I	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A					
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
09						A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
10						A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
11						A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
12						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
13						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
01	12	1	
02	11	2	
03	13		
04	12	1	
05	11	2	
06	13		
07	13		
08	13		
09	11	2	
10	12	1	
11	9	4	
12	13		
13	13		
TOTAL	164	13	

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

Dolores María Almeida Nieto
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