BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUND. ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _ 47001282023
MES: I MAYO AÑO:___2023___
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ___FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ D.I.M.F

IDENTIFICACIÓN
Regional:_____ MAGDALENA Centro Zonal ____ SANTA MARTA 1 Municipio: _ SANTA MARTA
Nombre Agente Educati EDUINA ESTRADA CC__1004370828
Código CUENTAME UDS: _____ 470011138297 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:____ 11 DE NOV-I NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS / GEST-LACT
Dirección UDS: ___ CALLE 35 # 75-16 Teléfono UDS: __ 3148092141

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: 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	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1083064878	DIANA	ISABELL	DE AVILA	LUGO		6					A		A					A				A										4		
02	RC	1205974514	MIA		CARTAGENA	PARRA		1					I		I					I				I										0	4	
03	RC	1083065368	VICTORIA	ZAIRETH	DIAZ	CONRADO		6					A		A					A				A										4		
04	RC	1084073260	JUAN	PABLO	TRIGOS	BRAVO		5					A		A					A				A										4		
05	RC	1084073121	LIA	NICOLLE	BARRETO	VARGAS		6					A		A					A				A										4		
06	CC	1004350381	YULEIDIS	VANESSA	VILLAREAL	OLIVERO	26						A		A					A				A										4		
07	CC	1082865014	YENEIS	JUDITH	YANCE	LUNA	38						A		A					A				A										4		
08	RC	1084476939	JEREMIAS	JHOSEP	ULLOA	GONZALEZ		2					A		A					A				A										4		
09	CC	1084736304	JISSELL	VALERY	CARRASCAL	MENDOZA	21						A		A					A				A										4		
10	RC	1248368492	AILEN	SOFIA	CORREDOR	PERTUZ		7					A		A					A				A										4		
11	CC	1082872007	JESSICA		MONTERO	TORRIJO	26						A		A					A				A										4		
12	RC	1083064620	JESUS	DAVID	ROMERO	CHARRIS		7					A		A					A				A										4		
13	RC	1084072844	MARIANGEL		MARIÑO	FREITE		9					A		A					A				A										4		
14	RC	1084475698	LUIS	FERNANDO	BENITEZ	GUTIERREZ		8					A		A					A				A										4		
15	RC	1084072741	MAI	DAVID	FIGUEROA	SALAS		8					A		A					A				A										4		
16	CC	1080423964	YULIETH	YULIANA	NARVAEZ	ACOSTA	27						A		A					A				A										4		
17	RC	1084073579	MAX	EMILIANO	GONZALEZ	URDANETA		2					A		A					A				A										4		
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	64	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Yuseni Camilo Y. — COORDINADOR(A) EA

Edwina E R — 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUND. ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _ 47001282023
MES: I MAYO AÑO:___2023___
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ___FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ D.I.M.F

IDENTIFICACIÓN
Regional:_____ MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 1 Municipio: _ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativ EDUINA ESTRADA CC__1004370828
Código CUENTAME UDS: _____ 470011138297 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:_____ 11 DE NOV-I NIÑOS DE 6 MESES A : 2 AÑOS
Dirección UDS: ___ CALLE 35 # 75-16 Teléfono UDS; ___ 3148092141

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
01	RC	1248368070	MIA	VICTORIA	ALFARO	MEDINA	1	3			A					A					A					A					4		
02	RC	1083061841	SAIRETH	ALEXANDRA	PEÑA	BLANCO	1	5			A					A					A					A					4		
03	RC	1084474376	MAITE	SOFIA	FREITE	CONTRERAS	1	4			A					A					A					A					4		
04	RC	1084474839	JOSE	ANTONIO	MARTINEZ	HENRIQUEZ	1	2			A					A					A					A					4		
05	RC	1083062633	AYSU	SAREC	BELLO	HURTADO	1	2			A					A					A					A					4		
06	RC	1235544662	MEGHAN	DEL VALLE	GOMEZ	ACOSTA	1	4			A					A					A					A					4		
07	RC	1083061356	ABRAHAM	DE JESUS	PEREZ	CURIEL	1				A					A					A					A					4		
08	RC	1083062078	EMILY	SOFIA	DIAZ	CONRADO	1	4			A					A					A					A					4		
09	RC	1235545227	CESAR	ELIECER	VALVERDE	PLACERES	1	2			A					A					A					A					4		
	RC	1083061608	SAMIR	DABID	VASQUEZ	RAMOS	1	5			A					A					A					A					4		
01	RC	1248368480	JUAN	SEBASTIAN	GARCES	QUINTERO	1	1			A					A					A					A					4		
12	RC	1083063255	ANDRYS	ANDRES	RODRIGUEZ	SMITH		11			A					A					A					A					4		
13	RC	1084072399	YAEL	DE JESUS	NUÑEZ	MORALES	1	3			A					A					A					A					4		
14	RC	1083062395	EMANUEL	DAVID	MEDINA	BLANCO	1				A					A					A					A					4		
15	RC	1084474359	LEIDIS		CRUZADO	BARROZO	1	5			A					A					A					A					4		
16	RC	1084071937	MARIAM	ALEXANDRA	BARBOSA	DELGADO	1				A					A					A					A					4		
17	RC	1248368441	GERAD	DAVID	LAGUNA	ROMERO	1	1			A					A					A					A					4		
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	68		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Yesenia Carrillo Yepez
COORDINADOR(A) EA

Eduina E R
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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUND. ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _ 47001282023
MES: I MAYO AÑO:___2023___
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ____FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ D.I.M.F

IDENTIFICACIÓN
Regional:_____ MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 1 Municipio: __ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativ EDUINA ESTRADA CC__1004370828
Código CUENTAME UDS: _____ 470011138297 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:_____ 11 DE NOV-N NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS
Dirección UDS: ___ CALLE 35 # 75-16 Teléfono UDS: ___ 3148092141

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	RC	1235544252	KEISY	SOFIA	ALVERNIA	MONTERO	1					A					A					A					A					4		
02	RC	1083061015	JOELINNY		ZULETA	TORREGROZA	1					A					A					A					A					4		
03	RC	1084070890	JIRETH	SHADDAY	FORNARIZ	YANCE	1					A					A					A					A					4		
04	RC	1084473097	THIAGO	DAVID	GARCIA	LOBATO	1					A					A					A					A					4		
05	RC	1084473098	JOEL	ANDREA	GARCIA	LOBATO	1					A					A					A					A					4		
06	RC	1083061166	ISABELLA	SOFIA	GUTIERREZ	AÑEZ	1					A					A					A					A					4		
07	RC	1084609557	MARIA	CELESTE	HERRERA	MEZA	1					A					A					A					A					4		
08	RC	1084071279	VANESSA	ISABELL	RALL	MOLERO	1					A					A					A					A					4		
09	RC	1084071241	LUCIANA	GUADALUPE	OROZCO	GUTIERREZ	1					A					A					A					A					4		
10	RC	1084472510	SIMAO	DAVID	TAPIA	ACEVEDO	1					A					A					A					A					4		
11	RC	1084071949	DILAN	ARIAN	PACHECO	GUTIERREZ	1					A					A					A					A					4		
12	RC	1084473393	ZOE	SOFIA	SANTANA	ROJAS	1					A					A					A					A					4		
13	RC	1248366046	JUAN	CAMILO	ALVAREZ	VILLALOBOS	1					A					A					A					A					4		
14	RC	1083062962	ABRAHAM	JOSE	SUAREZ	ZERPA	1					A					A					A					A					4		
15	RC	1084472709	JUAN	ESTEBAN	NUÑEZ	ACEVEDO	1					A					A					A					A					4		
16	RC	1084609597	MAXIMILIANO		RIOS	TORRES	1					A					A					A					A					4		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	64		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Yesenia Camilo Yepez
COORDINADOR(A) EA

Eduina ER
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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/6/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :____ FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: __ 47001282023
MES: _____ MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ Desarrollo Infantil en Medio Familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional:_____MAGDALENA_____ Centro Zonal _____ SANTA MARTA 1 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ YANETH CUBIDES CC_57441058_____
Código CUENTAME UDS: _____ 470011138297 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:_____ 11 DE NOV-MG-ML-NIÑOS DE 6 A 11 M
Dirección UDS: _____ CLLE 35 # 75-16 11 DE NOV Teléfono UDS: 3012252210_____

Hoja _ 1 de 3

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1082980473	YUSLEIDI	MARISOL	ROMERO	PEREZ	26	1					A	A	A				A												4		
02	CC	1083039273	LIZETH	DAYANA	ROMERO	PEREZ	24	7					A	A	A				A										A		4		
03	CC	1003252733	ANGIE	TATIANA	OCHOA	MADRID	20	1					A	A	A				A										A		4		
04	CC	1134330079	MARYURIS		HERRERA	LOPEZ	23	2					A	A	A				A										A		4		
05	T.I	1082872094	YULIE	DAYANA	MESINO	GARCIA	17	8					A	A	A				A										A		4		
06	CC	1065593419	LEIDYS	MARIA	CANO	TAPIAS	20	11					A	A	A				A										A		4		
07	RC	1083066092	DELIANYELIS	VALENTINA	BRAVO	RENGIFO	0	4					A	A	A				A										A		4		
08	RC	1083065473	ZHARIT	ALEXANDRA	BRACAMONTES	BORJA	0	5					A	A	A				A										A		4		
09	RC	1084476262	ANDRES	DAVID	BERTEL	REBOLLEDO	0	5					A	A	A				A										A		4		
10	RC	1084073210	MAYKEL	DAVID	GARCIA	CASTRO	0	5					A	A	A				A										A		4		
11	RC	1083064372	MADDINSON	MILETH	MEDINA	MEDINA	0	7					A	A	A				A										A		4		
12	RC	1083064522	LUIS	ESTEBAN	BELTRAN	BLANCO	0	7					A	A	A				A										A		4		
13	RC	1084475955	SALOME	ZELIN	ORTIZ	CANDANOZA	0	7					A	A	A				A										A		4		
14	RC	1205974224	JAMES	DAVID	LOZANO	DE LA HOZ	0	7					A	A	A				A										A		4		
15	RC	1083064543	WILLIAMS	DAVID	ANCHILA	PAREJO	0	7					A	A	A				A										A		4		
16	RC	1083064265	ELIAN	DAVID	ARIAS	JIMENEZ	0	8					A	A	A				A										A		4		
17	RC	1084609809	ISAAC		PADILLA	BONETT	0	9					A	A	A				A										A		4		
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	68	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Jesenia Camila Yepez
COORDINADOR(A) EA

yaneth cubides
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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	1/6/2018 Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001282023
MES: _____ MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ Desarrollo Infantil en Medio Familiar

IDENTIFICACIÓN Hoja _ 2 de 3
Regional: _____ MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 1 zzz Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _ YANETH CUBIDES CC_57441058
Código CUENTAME UDS: ____ 470011138297 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: _____ 11 DE NOV NIÑOS DE 6 A 11 M-1 A 2 AÑOS
Dirección UDS: _____ CLLE 35#75-16 11 DE NOV Teléfono UDS: 3012252210

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	RC	1083064698	DARIEN	STEVEN	CAÑAS	ESCOBAR	0	7			A					A					A					A							4		
02	RC	1083064493	SAMARA		GARCIA	PEREZ	0	8			A					A					A					A							4		
03	RC	1084475734	MAXIMILIANO		LOPEZ	TORRES	0	9			A					A					A					A							4		
04	RC	1083064035	ENAAM	SOFIA	SEVILLA	JASSIN	0	9			A					A					A					A							4		
05	RC	1029920066	JADIEL	DE JESUS	BERRIO	ESCOBAR	0	10			A					A					A					A							4		
06	RC	1216984566	BRIHAILYN	SUSANA	MARTINEZ	URRUTIA	0	10			A					A					A					A							4		
07	RC	1084072610	JOEL	ANDRES	TORRES	MEZA	1	0			A					A					A					A							4		
08	RC	1084072906	ASHLEY	NICOLE	MACHO	GUTIERREZ	1	0			A					A					A					A							4		
09	RC	1084475128	GABRIEL	JERONIMO	CAMELO	MORALES	1	0			A					A					A					A							4		
10	RC	1084474995	SAMUEL	DAVID	DE AVILA	CANO	1	1			A					A					A					A							4		
11	RC	1084475015	DAMIAN	DAVID	DE AVILA	GOTOPO	1	2			A					A					A					A							4		
12	RC	1084474701	ARLETH	JOSE	ROMERO	CUEVA	1	3			A					A					A					A							4		
13	RC	1083062449	ALIS	SOPHIA	BOTTO	MORILLO	1	4			A					A					A					A							4		
14	RR	1084474475	MILAGROS		MOSQUERA	TORRES	1	4			A					A					A					A							4		
15	RC	1083062208	BRIAN	DARIO	CAMARGO	CERVANTES	1	4			A					A					A					A							4		
16	RC	1084474503	ANGEL	DAVID	TORRES	TONCEL	1	5			A					A					A					A							4		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	64		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Yoseline Camilo Yepez — COORDINADOR(A) EA
yaneth cubides — 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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	1/6/2018 Página 3 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :____ FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001282023
MES: _____ MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ Desarrollo Infantil en Medio Familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 1 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _ YANETH CUBIDES CC_57441058
Código CUENTAME UDS: ____ 470011138297 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:_____ 11 DE NOV-NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS
Dirección UDS: _____ CLLE35#75-16 11 DE NOV Teléfono UDS: _3012252210

Hoja _ 3 de 3

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	RC	1084474498	MILAN	DAVID	GARCIA	MELGAREJO	1	4				A					A					A					A					4		
02	RR	1235545018	ARIANA	VALENTINA	CHIMENTI	BARRIOS	1	4				A					A					A					A					4		
03	RC	1084474687	JHONNY	EDUARDO	SILVA	DUQUE	1	4				A					A					A					A					4		
04	RC	1083061872	ALANNA	SOFIA	NUÑEZ	ANAYA	1	5				A					A					A					A					4		
05	RC	1084474440	LUISA	YURANIS	BARRIOS	MEDINA	1	5				A					A					A					A					4		
06	RC	1084071834	EMILYZ		ACEVEDO	DE LA CRUZ	1	6				A					A					A					A					4		
07	RC	1083062089	KALETH	DAVID	RENGIFO	BAPTISTA	1	6				A					A					A					A					4		
08	RC	1235544746	KATHLEEN		CERVANTES	DE LA HOZ	1	6				A					A					A					A					4		
09	RC	1084071851	KRISTIAN	JOSE	HERNANDEZ	DIAZ	1	6				A					A					A					A					4		
10	RC	1084071861	DOMINIC	DE JESUS	GRANADOS	ARRIETA	1	7				A					A					A					A					4		
11	RC	1084071436	MAXIMILIANO		ACEVEDO	ALVAREZ	1	8				A					A					A					A					4		
12	RC	1084071437	WILIAM	DAVID	ACEVEDO	ALVAREZ	1	8				A					A					A					A					4		
13	RC	1084071424	ANTHONELLA		HERNANDEZ	GONZALEZ	1	8				A					A					A					A					4		
14	RC	1084071545	MIGUEL	ANGEL	GONZALEZ	LOPEZ	1	8				A					A					A					A					4		
15	RC	1084473312	SANTIAGO	ANDRES	POLO	RANGEL	1	9				A					A					A					A					4		
16	RC	1083060564	KALETH	DAVID	CONTRERA	MORALES	1	11				A					A					A					A					4		
17	RC	1084472627	ELIAS	CAMILO	GOMEZ	BELTRAN	1	11				A					A					A					A					4		
18																																		
19																																		
																																TOTAL	68	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Yeseni Camila Yepez
COORDINADOR(A) EA

Yaneth Cubides
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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012