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 :__FUNDACIÓN INSTITUCION ANTONIO NARIÑO_____
NIT: _802.021.821-1_____ NÚMERO DE CONTRATO: __47001282023_____
MES: _MAYO_____ AÑO:__2023_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: __FAMILIAR_____
SERVICIO DE ATENCIÓN: __DIMF_____

IDENTIFICACIÓN — Hoja _1___ de _4___
Regional: __MAGDALENA_____ Centro Zonal __SANTA MARTA 1_____ Municipio: __SANTA MARTA_____
Nombre Agente Educativo (a): _Nataly Cifuentes G_____ CC___1084731479_____
Código CUENTAME UDS: _470011144367_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:MIS AMIGUITOS/ Gest, Lact, niños y niñas 6-11M_____
Dirección UDS: __kra 21D # 29C1-2_____ Teléfono UDS: ___3006292498_____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																								TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	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			
01	RC	1248368870	ANDRES	DAVID	AGUILERA	RODRIGUEZ	0	1					I		I					I								I						0	4	
02	RC	1084476837	FRANKLIN	JOSE	BOLIVAR	FARIAS	0	2					A		A					A								A						4	0	
03	CC	1082984903	LUZ	KARINA	PEREZ	ZAPATA	29	2					A		A					A								A						4	0	
04	CC	1082939613	DAYANA	MARIA	FONTALVO	GARCIA	32	10					A		A					A								A						4	0	
05	PPT	4993002	ARIANIS	CAROLINA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	21	7					A		A					A								A						4	0	
06	RC	1084476717	ANTONELLA		OSPINO	CALVO	0	2					A		A					A								A						4	0	
07	CC	1082839269	YANIRIS		NAVARRO	HERRERA	37	1					A		A					A								A						4	0	
08	PPT	1766648	YIBISMAR	ANDREINA	SOTO	HERNANDEZ	28	5					A		A					A								A						4	0	
09	CC	1082999935	YEIMY	KETHERINE	ORDOÑEZ	CAICEDO	27	11					A		A					A								A						4	0	
10	RC	1083065442	CARLOS	DAVID	DIAZ	JIMENEZ	0	4					A		A					A								A						4	0	
11	RC	1083065582	DULCE	MARIA	AYALA	VELASQUEZ	0	4					A		A					A								A						4	0	
12	RC	1083066156	NALYD	SOFIA	VALLE	LARA	0	3					A		A					A								A						4	0	
13	RC	1083065817	JUAN	PABLO	GRANADOS	MELENDEZ	0	6					A		A					A								A						4	0	
14	RC	1084073185	CHRISTOPHER	ANDRES	PLATA	JIMENEZ	0	6					A		A					A								A						4	0	
15	RC	1084476165	LUCIANA	ISABEL	PONCE	MENDOZA	0	7					A		A					A								A						4	0	
16	RC	1084476400	ANGEL	DAVID	TETE	GARCIA	0	6					A		A					A								A						4	0	
17	RC	1083063994	KAROLAY	PAOLA	ARIZA	LARA	0	8					A		A					A								A						4	0	
18	RC	1100631803	AURA	ANDREA	CAMPO	ZABALA	0	8					A		A					A								A						4	0	
19	RC																																			
20	RC																																			
																																	TOTAL	68	4	

Verificación De Cobertura

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

Ana Puerta
COORDINADOR(A) EA

Nataly Cifuentes
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 :__FUNDACIÓN INSTITUCION ANTONIO NARIÑO_____
NIT: _802.021.821-1_____ NÚMERO DE CONTRATO: __47001282023_____
MES: _MAYO_____ AÑO:__2023_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: __FAMILIAR_____
SERVICIO DE ATENCIÓN: __DIMF_____

IDENTIFICACIÓN Hoja _2___ de _4____
Regional: __MAGDALENA_____ Centro Zonal __SANTA MARTA 1_____ Municipio: __SANTA MARTA_____
Nombre Agente Educativo (a): NATALY CIFUENTES G____ CC___1084731479_____
Código CUENTAME UDS: _470011144367_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:MIS AMIGUITOS/NIÑOS-NIÑAS 6-11M, 1A 2AÑOS_____
Dirección UDS: __kra 21D # 29C1-2_____ Teléfono UDS: ___3006292498_____

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	1084475757	NICOLAS	ANDRES	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	0	9			A					A					A					A								4	0	
02	RC	1084475632	LIAM	GAEL	DAZA	BERDUGO	0	9			A					A					A					A								4	0	
03	RC	1248368435	MATIAS	ANDRES	ROMERO	RODRIGUEZ	0	9			A					A					A					A								4	0	
04	RC	1235545565	ELIANA	SOFIA	ROSENSTIEHL	CASANOVA	0	10			A					A					A					A								4	0	
05	RC	1084072832	LUCCAS	MOISES	BAQUERO	LOPEZ	0	10			A					A					A					A								4	0	
06	RC	1084475868	MILAN	DAVID	YAMARTE	SOTO	0	11			A					A					A					A								4	0	
07	RC	1084072789	YILDIAM	DANIEL	RODRIGUEZ	NARVAEZ	0	11			A					A					A					A								4	0	
08	RC	1083064207	TOMAS	ELIAS	GONZALEZ	MANJARRES	0	8			A					A					A					A								4	0	
09	RC	1084609851	HELLEN	EDITH	GUEVARA	TORRES	0	7			A					A					A					A								4	0	
10	RC	1084475612	MAXIMILIANO		LANDERO	HERRERA	0	10			A					A					A					A								4	0	
11	RC	1235545236	ALLISON	SOPHIA	VIVES	GARCIA	1	0			A					A					A					A								4	0	
12	RC	1083062646	SANTIAGO	ALEJANDRO	QUIJADA	VILLALOBOS	1	1			A					A					A					A								4	0	
13	RC	1248368261	SEBASTIAN	ANDRES	FINOL	MACHADO	1	1			A					A					A					A								4	0	
14	RC	1083063335	EDUANYELIS	ESTEFANIA	SANCHEZ	PIÑA	1	1			A					A					A					A								4	0	
15	RC	1029920024	MARIA	LEONELA	BELEÑO	POLANCO	1	0			A					A					A					A								4	0	
16	RC	1248368374	LUCELY	AZUCENA	GAMARRA	ACUÑA	1	0			A					A					A					A								4	0	
17	RC	1248368181	JORDAN	DAVID	SANTODOMINGO	PACHECO	1	2			A					A					A					A								4	0	
18	RC	1083062507	SOFIA	ELENA	PADILLA	VIVES	1	2			A					A					A					A								4	0	
19																																				
20																																				

TOTAL 72 | 0

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Ana Puerta
COORDINADOR(A) EA

Nataly Cifuentes
RESPONSABLE DE GRUPO

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 :_FUNDACIÓN INSTITUCION ANTONIO NARIÑO_____

NIT: _802.021.821-1_____ NÚMERO DE CONTRATO: _47001282023_____

MES: _MAYO_____ AÑO:_2023_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _FAMILIAR_____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _DIMF_____

IDENTIFICACIÓN Hoja _3___ de _4____

Regional: _MAGDALENA_____ Centro Zonal _SANTA MARTA 1_____ Municipio: _SANTA MARTA_____

Nombre Agente Educativo (a): _Nataly Cifuentes G_____ CC___1084731479_____

Código CUENTAME UDS: _470011144367_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:MIS AMIGUITOS/NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS_____

Dirección UDS: _kra 21D # 29C1-2_____ Teléfono UDS: ___3006292498_____

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	1084474133	EMILIANO		SIERRA	RAMIREZ	1	4				A					A					A					A					4	0	
02	RC	1084473873	MARLON	DAVID	HERNANDEZ	ARRIETA	1	7				A					A					A					A					4	0	
03	RC	1084474997	ANA	VICTORIA	EYES	MEDINA	1	2				A					A					A					A					4	0	
04	RC	1084473512	JUAN	DAVID	CALVO	RODRIGUEZ	1	6				A					A					A					A					4	0	
05	RC	1083060932	MARITZA		ULLOA	CUENCAS	1	7				A					A					A					A					4	0	
06	RC	1084609730	ALANYS	SOFIA	OCHOA	IMITOLA	1	4				A					A					A					A					4	0	
07	RC	1084609547	PABLO	JOSE	GRANADOS	FERNANDEZ	1	6				A					A					A					A					4	0	
08	RC	1084474117	ELIAN	ANDRES	RONDON	TERAN	1	4				A					A					A					A					4	0	
09	RC	1084071935	ESTEBAN		RODRIGUEZ	BERMUDEZ	1	5				A					A					A					A					4	0	
10	RC	1083062087	EMMANUEL	JESUS	CHAVIEL	ZAVALA	1	4				A					A					A					A					4	0	
11	RC	1235544961	ASHLEY	ZHARELLA	JERONIMO	BRITTO	1	3				A					A					A					A					4	0	
12	RC	1083061593	MARIA	CELESTE	POLO	VELASQUEZ	1	4				A					A					A					A					4	0	
13	RC	1235545229	MAURICIO		CAMPO	RODRIGUEZ	1	1				A					A					A					A					4	0	
14	RC	1235545230	MAXIMILIANO		CAMPO	RODRIGUEZ	1	1				A					A					A					A					4	0	
15	RC	1084609581	KHATLEN	MARENA	CUELLO	HERRERA	1	5				A					A					A					A					4	0	
16	RC	1235545049	SAMANTHA	MICHELL	MENDOZA	FLORIAN	1	5				A					A					A					A					4	0	
17	RC	1083061765	JEREMY	ANDRES	OLIVEROS	FONTALVO	1	4				A					A					A					A					4	0	
18	RC	1083062743	THIAGO	JESUS	VANEGA	RODRIGUEZ	1	6				A					A					A					A					4	0	
19																																		
20																																		
																														TOTAL	72	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Ana Puerta
COORDINADOR(A) EA

Nataly Cifuentes
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 : FUNDACIÓN ANTONIO NARIÑO

NIT: 802.021.821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001282023

MES: ABRIL AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN

Hoja 4 de 4

Regional: MAGDALENA Centro Zonal SANTA MARTA 1 Municipio: SANTA MARTA

Nombre Agente Educativo (a): Nataly Cifuentes G CC 1084731479

Código CUENTAME UDS: 470011144367 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS AMIGUITOS/NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS

Dirección UDS: kra 21D # 29C1-2 Teléfono UDS: 3006292498

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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	RC	1084070852	MARCELO	ABAD	GUILLEN	ASSIAS	2	0				A				A				A				A				A						4	0	
02	RC	1084070845	MATEO	DE JESUS	PADILLA	CANTILLO	2	1				A				A				A				A				A						4	0	
03	RC	1083060816	ZOE	DANIELA	REY	SANCHEZ	2	1				A				A				A				A				A						4	0	
04	RC	1084473342	YANAY	ANETTE	SIERRA	ROMERO	1	8				A				A				A				A				A						4	0	
05	RC	1083061135	ANTONELLA	DE JESUS	GARCIA	AREVALO	1	8				A				A				A				A				A						4	0	
06	RC	1242181920	KILIAN	YERAI	LASCARRO	HIGGINS	2	1				A				A				A				A				A						4	0	
07	RC	1235544667	AARON	ELIAS	SALAS	MEDINA	1	7				A				A				A				A				A						4	0	
08	RC	1083060874	NAHELA		SOCARRAS	MARCHENA	1	9				A				A				A				A				A						4	0	
09	RC	1235544090	EMMA	SOFIA	VIDES	BUSTOS	2	0				A				A				A				A				A						4	0	
10	RC	1140715074	AZUCENA	EDITH	VARGAS	ALFARO	1	8				A				A				A				A				A						4	0	
11	RC	1084071626	NICOLAS		DE ARCO	LOPEZ	1	7				A				A				A				A				A						4	0	
12	RC	1084609476	KENICHI	ALEJANDRO	RUIZ	PARDO	1	10				A				A				A				A				A						4	0	
13	RC	1084474035	MAXIMILIANO		ORTEGA	BLANCO	1	6				A				A				A				A				A						4	0	
14	RC	1083060725	SANTIAGO	DAVID	ROBLES	BERMUDEZ	1	10				A				A				A				A				A						4	0	
15	RC	1084472569	EMILIETH	SOPHIA	FONTALVO	CASTRO	2	0				A				A				A				A				A						4	0	
16	RC	1084071090	AMY	VALENTINA	PEREZ	MARTINEZ	1	11				A				A				A				A				A						4	0	
17	RC	1084473564	MILAGROS	VICTORIA	CASTRO	YACOMELO	1	8				A				A				A				A				A						4	0	
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	68	0	

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

Ana Pesta
COORDINADOR(A) EA

Nataly Cifuentes
RESPONSABLE DE GRUPO