BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA -AS

F3.IN14.MO12.PP	8/03/2022
Versión 2	Página 1 de 4
Clasificación de la información: Pública	

I. DATOS GENERALES

Tipo de instrumento: EAS [ ] UDS [X]

Tipo de visita: Verificación de condiciones de calidad UDS: [X] Verificación de obligaciones contractuales EAS: [ ] Estratégica: [ ]

Modalidad:		Servicio:						
Institucional	[ ]	Centro de Desarrollo Infantil	[ ]	Hogar infantil	[ ]	Jardín Social	[ ]	Hogar empresarial [ ]
Familiar	[ ]	HCB FAMI	[ ]	DIMF	[ ]	EIR	[ ]	
Comunitaria	[X]	Hogar Comunitario de Bienestar	[ ]	HCB Agrupado	[X]	HCB Integral	[ ]	
Propia e intercultural	[ ]	Forma de atención 1	[ ]	Forma de atención 2	[ ]	Forma de atención 3 (Itinerante	[ ]	

HCB Múltiple	[ ]	DIER	[ ]

Fecha de verificación: 15 05 2023 Hora de inicio: 9 : 00 AM [X] PM [ ] Hora de finalización: 01 : 00 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Margarita Maria Gutierrez	1070951847	enlace tecnico supervision

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Fundacion para el desarrollo social y cultural Gabriela Mistral NIT: 900696969-2.

III. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 25004882022 No. Cupos contratados:

IV. DATOS UNIDAD DE SERVICIO - UDS (no diligenciar en verificación a EAS)

Código CUÉNTAME: 254 30000606 02 Regional: Cundinamarca Centro Zonal: Facatativa

Nombre Unidad de Servicio: 1 de Mayo

V. COBERTURA Y ASISTENCIA EN LA UDS/UA/UCA (no diligenciar en verificación a EAS)

Registre el total de cupos asignados a la UDS/UA/UCA	39	
Registre el número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA al momento de la verificación. (debe realizar el conteo de asistencia de los usuarios en cada espacio pedagógico)	21	
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?		SI [ ] NO [X]
¿Los usuarios registrados en el RAM corresponden a los usuarios presentes en la Unidad al momento de la verificación?		SI [X] NO [ ]
¿ El Número total de usuarios presentes en la UDS se encuentran registrados en el RAM y su vez en el sistema de información CUÉNTAME?		SI [X] NO [ ]

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

VII. OBSERVACIONES DURANTE LA VERIFICACIÓN

Instrucción: Describa diferentes situaciones identificadas durantes el desarrollo de la verificación, en las cuales intervienen agentes/actores externos necesarios para garantizar la atención a los usuarios en condiciones de calidad y el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la EAS, así como situaciones adicionales que el profesional que realiza la verificación considere. Nota: Detalle el agente/actor involucrado en la situación.

De acuerdo a la visita de supervisión se deja como observación que:

1. No tienen actualizado Lavado de Tanques y Fomigación.
2. Se encuentra en la unidad de Servicios una economá pagada con cuotas de Participación.
3. La cuota de participación que se está cobrando a los padres de familia on valor de $ 35.000..

VIII. OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/ENTIDAD ADMINISTRADORA QUE RECIBE LA VERIFICACIÓN

1. ¿Está de acuerdo con el desarrollo de la verificación realizada?	SI ☑	NO ☐
2. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo el respeto y la cordialidad durante el desarrollo de esta?	SI ☑	NO ☐
3. ¿Está de acuerdo con lo registrado en la presente acta?	SI ☑	NO ☐
4. ¿El responsable de atender la verificación recibe a satisfacción el acta?	SI ☑	NO ☐
5. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo los protocolos de bioseguridad durante la permanencia de la visita?	SI ☑	NO ☐

Instrucción. En caso que la EAS no esté de acuerdo con alguna situación descrita en el acta, por favor indique las razones que motivan su desacuerdo:

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	

IX. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Nicolth Gull Baron Rivera	1073151441	Madre Comunitaria	
Ana Cecilia Castro	20735725	Madre Comunitaria	
Niyired Cruz Fisco	20739264	Madre Comunitaria	

Nota 1: la verificación de las obligaciones incluidas en en esta acta, no exime a la Entidad Administradora del Servicio -EAS - del cumplimiento total de las obligaciones contenidas en el contrato para la Atención a la Primera Infancia, suscrito con el ICBF
Nota 2: esta acta aplica para verificación de las condiciones de calidad y obligaciones contractuales a UDS/UA/UCA y EAS

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

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 SEGUIMIENTO TALENTO HUMANO DE LAS EAS	F1.IN14.MO12.PP	1/02/2022
		Versión: 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

MUESTRA DE CARPETAS TALENTO HUMANO

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTADORA DEL SERVICIO : Fundación Para el dllo social y cultral | NIT DE LA EAS: 900696969-2 | No. CASM: | 25004882022

N°	NOMBRE COMPLETO TALENTO HUMANO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO (firma del contrato)	CARGO	PERFIL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CERTIFICADOS DE ESTUDIOS		TARJETA PROFESIONAL O DE REGISTRO PROFESIONAL O TECNOLÓGICO (SI APLICA)			COPIA DEL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS)			CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL		CONTRATO LEGAL FIRMADO Y VIGENTE		AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (PENSIONES, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES)		ANTECEDENTES JUDICIALES, DISCIPLINARIOS Y DE RESPONSABILIDAD FISCAL ACTUALIZADOS		CERTIFICADO DEL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC) DE LA POLICÍA NACIONAL		EXÁMEN PRE-OCUPACIONAL Y CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (aplica para las manipuladoras de alimentos y madres comunitarias)			TALENTO HUMANO REPORTADO EN EL CUÉNTAME	
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	N/A	SI	NO	NA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NA	SI	NO
1	Niyireth Ortiz Fisco	20.739.264.	6/12/2022	MC.	P1	X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			X	
2	Nicoleth Giril Bonson.	1073151941	6/12/2022	MC	P1	X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			X	
3	Ana Cecilia Castro de Avila	20.735725.	6/12/2022	MC	P1	X		X				X			X	X		X		X		X		X		X			X	
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO:

CARGO: Coordinador **CD o** Director del servicio hogar infantil **DHI**, Auxiliar administrativo **AA**, Agentes educativos **AE**, Auxiliar pedagógico **AP**, Profesional psicosocial **PP**, Profesional en Salud y Nutrición **PSN**, Auxiliar de servicios generales **ASG**, Manipulador de alimentos **MA**, Madre Comunitaria **MC**, Agente Educativo Comunitario **AEC** y Dinamizador Comunitario **DC (el perfil AEC y DC aplica para la Modalidad Propia e Intercultural)**

PERFIL: Coodinador (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - PO), Auxiliar administrativo (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Agentes educativos (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo 1 - **PO1**, Perfil 2 - P2), Auxiliar pedagógico (perfil 1 - **P1**, Perfil 2 - **P2**, Perfil optativo 2 - **PO2**), Profesional psicosocial (perfil 1 - **P1**, Perfil 2 - **P2**), Profesional en Salud y Nutrición (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo 1 - **PO1**, perfil 2 - **P2**, Perfil optativo 2 - **PO2**), Auxiliar de servicios generales **ASG**, Manipulador de alimentos (perfil 1 - **P1**, Perfil optativo - **PO**), Madre Comunitaria **MC**, Agente Educativo Comunitario **AEC** (perfil 1 - P1, perfil optativo -**PO** y Dinamizador Comunitario **DC (el perfil AEC y DC aplica para la Modalidad Propia e Intercultural)**

NOTA 1: Verifique que el talento humano se ajusta a los perfiles exigidos o perfiles optativos, de acuerdo con cargo y según lo solicitado en la tabla perfiles de los cargos dispuesto en el estándar 30 de los Manuales Operativos Para la Atención a la Primera Infancia.

NOTA 2: Para los casos donde se encuentre un perfil optativo, verifique la validación en acta de comite Técnico Operativo.

NOTA 3: Verifique que el número de personas contratadas, asegura la atención del total de niñas y niños de acuerdo con las tablas de proporción del talento humano establecidas.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO SEGUIMIENTO A ATENCIONES PRIORIZADAS

F2.IN14.MO12.PP	1/02/2022
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

MUESTRA DE CARPETAS USUARIOS

NOMBRE DE LA UDS/UA/UCA:	1 de Mayo	CÓDIGO DE LA UDS:	25 43000060602.

Instrucción: Señale con una X las opciones de respuesta, de acuerdo a lo verificado en cada una de las carpetas que hacen parte de la muestra documental de la UDS/UA/UCA

N°	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE	NIÑO O NIÑA	MUJER GESTANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA/MUJER GESTANTE				AFILIACIÓN AL SGSSS (ADRES O CARNET)					FOTOCOPIA DE CARNÉ O CERTIFICADO DE VACUNAS DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE					CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO O CONTROL PRENATAL					TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS				ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA DEL DESARROLLO (EVCD-R)			
							CUENTA CON EL DOCUMENTO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON EL DOCUMENTO ACTUALIZADO	EL DOCUMENTO ESTA DESACTUALIZADO	EL DOCUMENTO NO ES LEGIBLE	NO CUENTA CON EL DOCUMENTO	LA EAS REALIZA LA GESTIÓN PARA OBTENER EL DOCUMENTO	CUENTA CON LA TOMA EN EL FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS	NO CUENTA CON LA TOMA	CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA CARGADA EN EL CUENTANIÑ DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS ANTERIORES O POSTERIORES A LA ULTIMA TOMA	NO CUENTA CON EL REGISTRO DE LA TOMA CARGADA EN CUENTANIÑ	CUENTA CON LA EVCD-R CORRECTAMENTE APLICADA	EL FORMATO REGISTRO Y RESPUESTA DE EVCD-R ESTA DESACTUALIZADO	NO CUENTA CON LA APLICACIÓN DEL FORMATO REGISTRO Y TESPUESTA DE LA ECVD-R	CUENTA CON SOPORTES DEL SEGUIMIENTO AL DESARROLLO
1	Andy Daniel Gomez	X		1044668144	2/05/2020	3años	✓				X					X					X					✓				X			X
2	Alice Samantha Parada	X		1170965323	15/10/2018	4años	X				X					X					X					✓				X			X
3	Ana Sofia Castaneda	X		1145277750	6/09/2018	4años	X				X					X					✓					X				X			X
4	Catalina Ruiz Forero	X		1140934367	17/07/2018	4años	X				X					X					X					X				X			X
5	Dana Salome Rozalde	X		1025156532	25/07/2019	3años	X				X					X					X					X				X			X
6	Ana Sofia Rojas R.	X		1073255808	11/08/2018	4años	X				X					X					✓					X				X			X
7	Andres Felipe Urbano	X		1073181164	19/10/2018	4años	X				X					X					X					X				X			X
8	Eliseo Andres Jaguen	X		1073529049	31/12/2018	3años	X				X					X					X					X				X			X
9	Jimena Nieto Bedoya	X		1073180987	22/08/2018	4años	X				X					X					X					X				X			X
10	Juliana Delgado	X		1073520514	13/12/2019	3años	X				X					X					X					✓				X			✓
11	Danana Valeria Calle	X		1073181620	16/11/2018	4años	X				X					X					X					X				X			X
12	Dylan Alexander Parada	X		1073181018	5/09/2018	4años	X				X					X					X					X				X			X
13	Edison Javier Hernandez	X		1073181611	3/03/2019	4años	X				X					X					X					X				X			X
14	Erick Andres Rodriguez	X		1073180807	8/07/2018	4años	X																									
15	Harper Ariel Esprosa	X		1206225518	10/08/2019	3años	X																									

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F0.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO
NIT 900698969-2
MES MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN TRADICIONAL AGRUPADO

NUMERO DE CONTRATO 2500488 2022
AÑO 2023

Hoja 1 de 1

IDENTIFICACIÓN
Regional CUNDINAMARCA Centro Zonal FACATATIVA Municipio MADRID
Nombre Agente Educativo (a) ANA CECILIA CASTRO DE OTALORA CC 20735725
Código CUENTAME UDS 2543000060602 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención AGRUPADO PRIMERO DE MAYO
Dirección UDS CARRERA 1 A E- Nº 17 A- 24 Teléfono UDS 3124285522

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	RC	1.073.255.808	ANA	SOFIA	ROJAS	RINCON	4	9	A A A A A A A A I							
2	RC	1.073.181.164	ANDRES	FELIPE	URBANO	VELASCO	4	7	A A A A A A A A A							
3	RC	1.073.183.322	CATALEYA		FARFAN	ESCOBAR	3	1	A A A A A A A A A							
4	RC	1.073.529.849	ELISEO	ANDRES	FUQUEN	AREVALO	4	5	A A I A A A A A I							
5	RC	1.073.180.987	JIMENA		NIETO	BEDOYA	4	9	A A A A A A A A A							
6	RC	1.073.530.594	JULIANA		DELGADO	JIMENEZ	3	4	A A A A A A A A A							
7	RC	1.073.530.438	LIA	ALEJANDRA	PINILLA	LAVACUDE	3	7	A A A A A A A A I							
8	RC	1.013.154.875	LUNA	SOFIA	LATORRE	JIMENEZ	3	6	A A A A A A A A A							
9	RC	1.012.473.647	MAITE	GABRIELA	CUEVAS	CUERVO	2	2	A A A A A A A A A							
10	RC	1.073.181.856	MILAN	JESUS	CHIRINO	ALDANA	4	1	A A A A A A A A I							
11	RC	1.073.182.544	ORLEY	ALEJANDRO	MALDONADO	RAMON	3	6	A A A I A A A A A							
12	RC	1.073.181.299	SALOME		GOMEZ	CAMARGO	4	5	A A A A A A A A I							
13	RC	1.073.181.977	SAMUEL	DAVID	GARAY	MARTINEZ	3	11	A A A I A A A A I							
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

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

Powered by CamScanner

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: FUNDACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL GABRIELA MISTRAL
NIT: 900999999-2 | NUMERO DE CONTRATO: 2500488 2022
MES: MAYO | AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCION: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: TRADICIONAL AGRUPADO

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA | Centro Zonal: FACATATIVA | Municipio: MADRID
Nombre Agente Educativo (a): NIYIRED CRUZ FISCO | CC: 20739264
Código CUENTAME UDS: 2543000060602
Dirección UDS: CARRERA 1 A E- Nº 17 A- 24
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: AGRUPADO PRIMERO DE MAYO
Teléfono UDS: 3118248306

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO 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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.073.181.620	DARIANA	NOEMI	CALLE	SILVA	4	5	A A A A A A A A A A				
02	RC	1073181018	DYLAN	ALEXANDER	PARRADO	HENAO	4	8	A A I I A A A A A A				
03	RC	1.073.181.611	EDISON	JAVIER	HERNANDEZ	FORERO	4	2	A A A A A A A A A A				
04	RC	1.073.180.807	ERICK	ANDRES	RODRIGUEZ	BARON	4	9	A A A A A A A A A A				
05	RC	1206225518	HARPER	AVRIL	ESPINOZA	VARGAS	3	9	A A A A I I A A I A				
06	RC	1.073.182.332	IAN	MATTEO	FORERO	MURCIA	3	6	A A A A A A A A A A				
07	RC	1.070.401.545	KAROL	SOFIA	FORERO	BUITRAGO	3	7	A A A A I A A A A I				
08	RC	1.073.184.020	NATALY	SAMANTHA	BERNAL	SANCHEZ	2	3	A A A A A I A A A I				
09	RC	1.073.181.917	SAMANTHA		VILLARRUEL	MUÑOZ	3	10	A A A A A A A A A I				
10	RC	1.073.181.505	SHARIT	SAMARA	CARRASCAL	PARRA	4	3	A A A A A A A A A A				
11	RC	1.073.182.199	SIMON		BERNAL	DUQUE	3	8	A A A A A A A A A A				
12	RC	1073182663	STEPHANNY		GARAY	MARTINEZ	3	5	A A A A A A A A A A				
13	RC	1073181860	VALERY	SOFIA	QUINTANA	CRUZ	4	0	A A A A A A A A A A				
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20										TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

15/05/2023

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

Powered by CamScanner

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

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL GABRIELA MISTRAL
NIT: 900699969-2 NÚMERO DE CONTRATO: 25004682022
MES: MAYO AÑO 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONAL AGRUPADO

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal FACATATIVA Municipio: MADRID
Nombre Agente Educativo (a): NICOLETH GIRLL BARON RIVERA CC 1073151441
Código CUENTAME UDS: 2543000060602 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención AGRUPADO PRIMERO DE MAYO
Dirección UDS: CARRERA 1 A E- Nº 17 A- 24 Teléfono UDS: 3214617445

Nro de Orden	TIPO DOC	NUMERO 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					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.170.965.323	ALICE	ZAMANTHA	PARADA	PAREDES	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														
02	RC	1.145.227.750	ANA	SOFIA	CASTAÑEDA	BASTIDAS	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T														
03	RC	1074466814	ANDY	DANIEL	GOMEZ	CAMARGO	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	I															
04	RC	1140934367	CATALINA		RIVAS	FONSECA	4	10	I	A	A	A	A	A	A	A	I															
05	RC	1.025.156.532	DANA	SALOME	RECALDE	MUÑOZ	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A																
06	RC	1.073.180.818	DANNA	ISABELLA	VALENCIA	MARTINEZ	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	T															
07	RC	1.073.181.729	DANNA	VALERIA	RODRIGUEZ	RAIGOSO	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A																
08	RC	1.073.184.523	JOSE	DANIEL	SOLANO	MALDONADO	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A																
09	RC	1.073.181.922	JOSE	GABRIEL	LOPEZ	BAUTISTA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	T																
10	RC	1.073.529.670	LUCIANA	VALENTINA	SANCHEZ	PARRA	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A																
11	RC	1.013.697.139	MATHIAS	ALEJANDRO	DEVIA	ORTIZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	T																
12	RC	1.222.221.551	SARA	LUCIA	VARGAS	DIAZ	4	1	I	I	I	A	I	A	A	A																
13	RC	1.070.400.698	WILLIAM	MARTIN	BARON	TORRES	4	8	A	A	A	A	A	A	A	T																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

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

Powered by CamScanner

HCB AGRUPADO PRIMERO DE MAYO



