BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 8	01/06/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :Fundación Institución Antonio Nariño

NIT: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001272023

MES: AGOSTO AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo Infantil en Medio Familiar

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 3

Regional: Magdalena Centro Zonal del sur Municipio: Santa Marta

Nombre Agente Educativo (a): JOSEFA CAMPUZANO CC 57426843

Código CUENTAME UDS: 470011138315 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Z GAIRA2

Dirección UDS: CRA 13 A #15-56 ZARABANDA Teléfono UDS: 3186961108 gestantes-niños de 0 a 11 meses

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																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1082849728	LILIANA	ESTER	MENDOZA	GUTIERREZ	37	5	A				A				A		A				A									4		
02	T.I	1082898927	MELISA	ANDREA	FERNANDEZ	MENDOZA	16	2	A				A				A		A				A									4		
03	CC	1082894368	JESSICA	ANDREA	BUITRAGO	FIGUEROA	34	7	A				A				A		A				A									4		
04	PT	4385436	MARIA	DE JESUS	DIAZ	DIAZ	19	0	A				A				A		A				A									4		
05	RC	1205974628	HANNAH	VALERIA	LIENDO	CAMPUZANO	0	3	A				A				A		A				A									4		
06	RC	1205974650	ELENA	SOFIA	VALLE	VASQUEZ	0	3	A				A				A		A				A									4		
07	RC	1083066914	ALAIA		PARDO	LOPEZ	0	4	A				A				A		A				A									4		
08	RC	1205974553	ELISHAFER	STELLY	HERNANDEZ	ORTIZ	0	4	A				A				A		A				A									4		
09	RC	1205974511	KYLIAN	ANDRES	OSUNA	CAMARGO	0	4	A				A				A		A				A									4		
10	RC	1205974549	ISABELLA	SOFIA	LIZCANO	BLANCO	0	5	A				A				A		A				A									4		
11	RC	1083066236	NICOLAS	HABIB	FLORES	NAVARRO	0	6	A				A				A		A				A									4		
12	RC	1084476283	CRISTOFFER	ANDRES	DIAZ	OJEDA	0	9	A				A				A		A				A									4		
13	RC	1084475988	SAMARA	SOFIA	SANCHEZ	PEREZ	0	10	A				A				A		A				A									4		
14	RC	1205974257	CELESTE		MARTINEZ	OÑATE	0	10	A				A				A		A				A									4		
15	RC	1235545843	ADHARA	DE JESUS	DIAZ	LUGO	0	10	A				A				A		A				A									4		
16	RC	1084475915	FRANCHESCA	ISABEL	JIMENEZ	ROMANO	0	11	A				A				A		A				A									4		
17	RC	1084475926	DAILY		ZAMORA	MENDEZ	0	11	A				A				A		A				A									4		
																															TOTAL	68		

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

Sandy Camas G. — COORDINADOR(A) EA

Josefa Campuzano — 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	01/06/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :Fundación Institución Antonio Nariño
NIT: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001272023
MES: AGOSTO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo Infantil en Medio Familiar

IDENTIFICACIÓN
Hoja 2 de 3 3
Regional: Magdalena Centro Zonal del sur Municipio: Santa Marta
Nombre Agente Educativo (a): JOSEFA CAMPUZANO CC 57426843
Código CUENTAME UDS: 470011138315 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención GAIRA2
Dirección UDS: CRA 13 A #15-66 ZARABANDA Teléfono UDS: 3186961108 niños de 6m a 1 año

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 MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	TERCERA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	CUARTA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	QUINTA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235545843	YOSUA	DAVID	JIMENEZ	GAMARRA	0	10	A	A	A	A	4		
02	RC	1084475456	EZEQUIEL		JIMENEZ	SARMIENTO	1	1	A	A	A	A	4		
03	RC	1235545592	LUIS	ANGEL	CARRASCAL	JERONIMO	1	1	A	A	A	A	4		
04	RC	1235545577	JOSE	ALEJANDRO	RAMIREZ	BERMEJO	1	1	A	A	A	A	4		
05	RC	1083063632	YOSMA	EDUARDO	SANCHEZ	GUITIERREZ	1	2	A	A	A	A	4		
06	RC	1205973979	AMBAR	CAMILA	FUENMAYOR	ALPURUA	1	3	A	A	A	A	4		
07	RC	1205974020	SANTIAGO		GOMEZ	PIÑA	1	4	A	A	A	A	4		
08	RC	1084072434	EVELYN	DAYANNYS	MEJIA	ANGULO	1	5	A	A	A	A	4		
09	RC	1084072231	ALEX	SANTIAGO	AYALA	FERRER	1	6	A	A	A	A	4		
10	RC	1083062310	HASLEY	DAYANNA	MIRANDA	HERNANDEZ	1	6	A	A	A	A	4		
11	RC	1083061819	THIAGO	JOSE	MILLAN	ROMERO	1	8	A	A	A	A	4		
12	RC	1178213178	KARLIANNYS	RENEXYS	LAMEDA	APONTE	1	8	A	A	A	A	4		
13	RC	1205973630	FRANK	MATHIAS	TERAN	RUDAS	1	9	A	A	A	A	4		
14	RC	1084474017	XANDER	DAVID	RODRIGUEZ	TALAVERA	1	9	A	A	A	A	4		
15	RC	1083061319	JOSE	DANIEL	RIVERO	MENDOZA	1	10	A	A	A	A	4		
16	RC	1084473463	KYLHIAN	MANUEL	MARTINEZ	MARTINEZ	2	0	A	A	A	A	4		
													TOTAL	64	

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

Sandy Cañas O
COORDINADOR(A) EA

Josefa Campuzano
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	01/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :Fundación Institución Antonio Nariño
NIT: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001272023
MES AGOSTO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo Infantil en Medio Familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Magdalena Centro Zonal del sur Municipio: Santa Marta
Hoja 3 de 3
Nombre Agente Educativo (a): JOSEFA CAMPUZANO CC 57426843
Código CUENTAME UDS: 470011138315 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención GAIRA2
Dirección UDS: CRA 13 A #15-66 ZARABANDA Teléfono UDS: 3186961108

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		
	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	CAUSA DE RETIRO
									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	1084475598	AURORA	LUCIA	BERMEO	CAÑAS	1	0				A					A					A					A					4		
02	RC	1083063822	MAXIMILIANO		MENDOZA	PAZ	1	0				A					A					A					A					4		
03	RC	1205974277	ISABELLA	SOFIA	AREVALO	VASQUEZ	1	0				A					A					A					A					4		
04	RC	1083063352	LIZ	ANAMILETH	GARCIA	CHACON	1	5				A					A					A					A					4		
05	RC	1295973803	ALESSANDRO	FREDDY	MOSQUEDA	DE SOUSA	1	7				A					A					A					A					4		
06	RC	1178213174	MARIA	DE LOS ANGELES	BOHORQUEZ	GUDIÑO	1	8				A					A					A					A					4		
07	RC	1083061976	LEONEL	MANUEL	PALLARES	ARIZA	1	8				A					A					A					A					4		
08	RC	1088362652	HALANA	SOFIA	PEREZ	GARCIA	1	8				A					A					A					A					4		
09	RC	1084474195	JESUS	DAVID	ARAUJO	SALAZAR	1	10				A					A					A					A					4		
10	RC	1205973536	YULIAN	JOSE	JARAMILLO	FERNANDEZ	2	0				A					A					A					A					4		
11	RC	1084071742	BRITANYS	SOFIA	RODRIGUEZ	CALDERA	2	0				A					A					A					A					4		
12	RC	1205973370	ZAIRA	JENSY	MANJARRES	RODRIGUEZ	2	1				A					A					A					A					4		
13	RC	1205973414	MAURICIO	ANDRES	MONTENEGRO	MEZA	2	1				A					A					A					A					4		
14	RC	1084473529	KIMMICH	ALBERTO	MARTINEZ	MENDEZ	2	1				A					A					A					A					4		
15	RC	1084472885	MARIANYS	PAOLA	CRISTOFER	MARTINEZ	2	1				A					A					A					A					4		
16	RC	1205973467	ANA	VICTORIA	PEREZ	MANJARRES	2	1				A					A					A					A					4		
17	RC	1084070881	RONY	ALEJANDRO	VASQUEZ	MENDOZA	2	3				A					A					A					A					4		
																															TOTAL	68	

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

Sandy Cañas O
COORDINADOR(A) EA

Josefa Campuzano
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	06/01/2018
Versión 5	Página 1 de 3

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO**

NIT: _ **802021821-1**

NÚMERO DE CONTRATO:

MES: **AGOSTO**

AÑO: **2023**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR**

IDENTIFICACIÓN

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

Hoja 1 DE 3

Nombre Agente Educativo (a): LLEIS JIMENEZ VEGA CC:36559072 CC : **36559072**

Código CUENTAME UDS: **___470011138315**_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **GAIRA 2**

Dirección UDS: CARRERA 13a # 15-88 ZARABANDA Teléfono UDS:3006400305

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						
									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	
01	RC	1248369148	MARTIN	ELIAS	SUAREZ	MEDINA		2	I				I						I				I									0	4	
02	RC	1205974578	DULCE	MARIA	CARDENAS	VASQUEZ		3	A				A						A				A									4		
03	RC	1083066682	ZAID	MATIAS	PUERTA	GONZALEZ		3	A				A						A				A									4		
04	RC	1084073785	FREYLIANNYS	ALEXIMAR	CASTRO	HERNANDEZ		3	A				A						A				A									4		
05	RC	1083066176	MIGUEL	ADRIAN	CANTILLO	NORIEGA		5	A				A						A				A									4		
06	RC	1084475704	NORAIDA	ISABEL	DELOS REYES	ARAGON		11	A				A						A				A									4		
07	RC	1083063874	MIA	ISABELLA	VIZCAYA	CANTILLO		11	A				A						A				A									4		
08	RC	1205974207	GADIEL	ALFONSO	ALDON	ACUÑA		11	A				A						A				A									4		
09	RC	1083065803	ALEJANDRO		DIAZ	NARVAEZ		8	A				A						A				A									4		
10	RC	1083065662	EMMA	SOFIA	CASTILLO	PAVIA		6	A				A						A				A									4		
11	RC	1084476470	KYLIAN	SAMUEL	ARDILA	BARROS		6	A				A						A				A									4		
12	RC	1205974394	LUCIANA	YIRETH	CUAO	GUAO		6	A				A						A				A									4		
13	RC	1083064075	JHON	DAVID	MEDINA	ROSALES		11	A				A						A				A									4		
14	CC	1082972680	MILEYDIS	PATRICIA	ROJANO	OÑATE	28		A				A						A				A									4		
15	CC	1193137170	MARIA	ALEJANDRA	HERRERA	DIAZ	25		A				A						A				A									4		
16	CC	1063959411	CAROLINA		ZUÑIGA	RAMOS	32		A				A						A				A									4		
17	CC	1082891397	GABRIELA	SARAY	EGUIS	CANTILLO	20		A				A						A				A									4		
18	CE	4198939	MAIRA		DEL VALLE	SANCHEZ			A				A						A				A									4		
19																																		
20																																		

TOTAL 68 4

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Sandy Cañas G
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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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	06/01/2018
Versión 5	Página 2 de 3

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: **FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO**

NIT: **802021821-1** NÚMERO DE CONTRATO:

MES: **AGOSTO** AÑO: **2023**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR**

IDENTIFICACIÓN

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

Hoja 2 DE 3

Nombre Agente Educativo (a): LLEIS JIMENEZ VEGA CC:36559072 CC:

Código CUENTAME UDS: **470011138315**

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **GAIRA 2**

Dirección UDS: CARRERA 13a # 15-88 ZARABANDA

Teléfono UDS:3006400305

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–VIERNES)	SEGUNDA (LUNES–VIERNES)	TERCERA (LUNES–VIERNES)	CUARTA (LUNES–VIERNES)	QUINTA (LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235545622	ALANNA	CAMILA	FRIAS	MOJICA		11		A		A		A		A		4		
02	RC	1087474923	NAELLA	NERIETH	AREVALO	ANGULO	1	2		A		A		A		A		4		
03	RC	1205974373	JOSHUA	ANDRES	ROMERO	VALLE		8		A		A		A		A		4		
04	RC	1205973830	IVANA	MICHELL	ORTRIZ	BRAVO	1	3		A		A		A		A		4		
05	RC	1205973722	GERRARD	CRISTIANO	MENDOZA	DIAZGRANADOS	1	4		A		A		A		A		4		
06	RC	1205974116	HEYLER	SAMIR	DE LIMA	BENITEZ		11		A		A		A		A		4		
07	RC	1084473739	EMMA	LUCIA	LASCARRO	VALBUENA	1	8		A		A		A		A		4		
08	RC	1083065831	EMMA	SOFIA	BORJA	REYES		8		A		A		A		A		4		
09	RC	1084473629	BAYOLETH	MICHEL	GUTIERRES	CUEVAS	1	9		A		A		A		A		4		
10	RC	1029920100	ALEJANDRA	SOFIA	ROJANO	LIZCANO		10		A		A		A		A		4		
11	RC	1084475577	EMMANUEL	DAVID	NUÑEZ	DIAZ	1	5		A		A		A		A		4		
12	RC	1083064120	ZADIEL	JAFET	GALVIS	OROZCO		10		A		A		A		A		4		
13	RC	1235545287	YULIANA	LISETH	RUDAS	CARRANZA	1	1		A		A		A		A		4		
14	RC	1083062354	MATHIAS	JOSE	VELASQUEZ	GOMEZ	1	4		A		A		A		A		4		
15	RC	1083065929	IVANNYS	VALENTINA	SANTANDER	BELEÑO		7		A		A		A		A		4		
16	RC	1083065902	FRANDY	RILEY	CANTILLO	HERRERA		6		A		A		A		A		4		
17																				
18																				
19																				
20																				

TOTAL 64

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

Sandy Canas O
COORDINADOR(A) EA

Hdes Perez V.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CO
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	06/01/2018
Versión 5	Página 3 de 3

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO

NIT: _ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO:

MES: **AGOSTO** AÑO: **2023**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR**

IDENTIFICACIÓN

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

Hoja 3 DE 3

Nombre Agente Educativo (a): LLEIS JIMENEZ VEGA CC:3 CC **36559072**

Código CUENTAME UDS: **470011138315** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención **GAIRA 2**

Dirección UDS: CARRERA 13a # 15-88 ZARABANDA Teléfono UDS: 3006400305

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 L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1083060814	JERONIMO	DE JESUS	JIMENEZ	ROJANO	1	11				A					A					A					A						4		
02	RC	1084472671	RAFAEL	JOSE	VILLALOBOS	GUTIERRES	2	2				A					A					A					A						4		
03	RC	1235544191	LUCIANA	VALENTINA	JIMENEZ	DIAZ	2	2				A					A					A					A						4		
04	RC	1084071310	ELIF	LUCIA	MORA	CHAVEZ	2	2				A					A					A					A						4		
05	RC	1235545599	EDGAR	DAVID	EGUIS	SALAS	1	1				A					A					A					A						4		
06	RC	1084474350	LILIA	SAMARA	GUTIERREZ	TAPIA	1	8				A					A					A					A						4		
07	RC	1084473774	ALIX	DEL MAR	PARDO	ARIAS	1	9				A					A					A					A						4		
08	RC	1205973420	SAMUELL	ISSACC	LAGUNA	USTARIS	2					A					A					A					A						4		
09	RC	1205973473	DANIELA	SOFIA	CARRILLO	ARDILA	2	1				A					A					A					A						4		
10	RC	1205973602	ANA	LUCIA	RINCON	GOMEZ	1	10				A					A					A					A						4		
11	RC	1084071944	DARIEND	JOSE	VEGA	MAYO	1	8				A					A					A					A						4		
12	RC	1084473093	VALERI	SOFIA	PEDROZO	MOZO	2	1				A					A					A					A						4		
13	RC	1205973610	JESUANNY	SUSEJ	CURIEL	IGUARAN	1	10				A					A					A					A						4		
14	RC	1205974083	VERONICA	GISELL	JIMENEZ	ACURERO	1	3				A					A					A					A						4		
15	RC	1029920097	DYLAM	BAUTISTA	LOPEZ	BARRIENTOS	1					A					A					A					A						4		
16	RC	1083063642	JOZIEL	MATHEW	ULACIO	VARGAS	1	1				A					A					A					A						4		
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 64

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

Sandy Cañas O
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.