BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PRO[illegible]IÓN 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: _____ FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: _____ 802.021.821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001342023
MES: _____ MAYO AÑO: _____2023___
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DIMF

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _____ MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 2 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ KAREN CASALINS PIMIENTA CC___ 1082931878
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100131460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ FRUTOS DE PAZ 1
Dirección UDS: _____ MANZANA 12 CASA 6 ALTOS DE BAHIA CONCHA Teléfono UDS: ___ 3013612540

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	PP	6667597	INES	MARIA	SANCHEZ	GAINZA	40	0					A	A					A					A					A					4	0	
02	CC	1134331401	BLANCA	MIRYAN	MALDONADO	JAIMES	33	0					A	A					A					A					A					4	0	
03	CC	1082839191	EMELITH	MARIETH	HENRIQUEZ	SANCHEZ	19	1					A	A					A					A					A					4	0	
04	CC	1082973245	ANA	BELEN	CALDERON	ACOSTA	29	0					A	A					A					A					A					4	0	
05	PP	1083065324	MAXIMILIANO		MANJARREZ	AGUILAR	0	6					A	A					A					A					A					4	0	
06	RC	1083065120	DANNA	MARCELA	ORTIZ	SIERRA	0	5					A	A					A					A					A					4	0	
07	RC	1083064248	JHAN	DANIEL	BASSA	PASSO	0	8					A	A					A					A					A					4	0	
08	RC	1084609866	ALAN	DAVID	QUIROZ	VILLADIEGO	0	7					A	A					A					A					A					4	0	
09	RC	1084073071	SAMARA	SOFIA	NAVARRO	PEREZ	0	7					A	A					A					A					A					4	0	
10	RC	1083065234	EVANGELI	SALOME	FRIAS	ALVAREZ	0	5					A	A					A					A					A					4	0	
11	RC	1083065277	VICTORIA	ISABEL	MORALES	LABRADOR	0	5					A	A					A					A					A					4	0	
12	RC	1084475597	JEREMI	ENRIQUE	VILLALOBOS	MUÑOZ	0	9					A	A					A					A					A					4	0	
13	RC	1084476068	DANIEL	ANTONIO	GONZALES	MONTENEGRO	0	7					A	A					A					A					A					4	0	
14	RC	1084475555	JASIBE	MICHEL	HERNANDEZ	CARREÑO	0	9					A	A					A					A					A					4	0	
15	RC	1248368519	EMMIE	LUCIANA	ANDRADE	DAVILA	0	9					A	A					A					A					A					4	0	
16	RC	1083063879	IAN	YAEL	CEDEÑO	RUIZ	0	9					A	A					A					A					A					4	0	
17	RC	1248368598	ADHARA	ESTHER	LOCARNO	MARCHENA	0	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:	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Daira Perez Carlello
COORDINADOR(A) EA

Karen Casalins
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 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001342023
MES: MAYO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: MAGDALENA Centro Zonal: SANTA MARTA 2 Municipio: SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): KAREN CASALINS PIMIENTA CC: 1082931878
Código CUENTAME UDS: 4700100131460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRUTOS DE PAZ 1
Dirección UDS: MZ 12 CASA 6 ALTOS DE BAHIA CONCHA Teléfono UDS: 3013612540

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	1235542557	MIGUEL	ANGEL	REYES	MENDOZA	3	5	A	A	A	A	A	4	0	
02	RC	1121560300	HASHAY	AMAIA	PERTUZ	GAMARRA	2	5	A	A	A	A	A	4	0	
03	RC	1084069544	MAICOLL	DAVID	VALIENTE	RANGEL	2	7	A	A	A	A	A	4	0	
04	RC	1084608828	BELLA	SARAY	ARIAS	FUENTES	3	0	A	A	A	A	A	4	0	
05	RC	1083061651	SANTIAGO	DAVID	LOPEZ	RIVERO	1	6	A	A	A	A	A	4	0	
06	RC	1084608802	HIAN	GAEL	FINOL	ORDOÑEZ	3	0	A	A	A	A	A	4	0	
07	RC	1084608833	VICTORIA	LUCIANA	ESTRADA	CHAVEZ	2	10	A	A	A	A	A	4	0	
08	RC	1084068225	BRYAN	SMITH	MARTINEZ	OSPINO	2	10	A	A	A	A	A	4	0	
09	RC	1084068654	JOSE	JAVIER	CONDE	MALDONADO	2	9	A	A	A	A	A	4	0	
10	RC	1084468615	KENDRY	YULEXA	BARRIOS	MENDEZ	3	8	A	A	A	A	A	4	0	
11	RC	1235543699	ALANNA	LUCIANA	MARTINEZ	RODRIGUEZ	3	6	A	A	A	A	A	4	0	
12	RC	1081843218	SEBASTIAN	YOEL	MARTINEZ	RODRIGUEZ	1	7	A	A	A	A	A	4	0	
13	RC	1084067883	AARON	DAVID	REYES	CHAVEZ	2	11	A	A	A	A	A	4	0	
14	RC	1084070276	DARIENS	GABRIEL	RIVERA	BRAVO	3	4	A	A	A	A	A	4	0	
15	RC	1043489044	NAHIA	PAOLA	CORCHUELO	SIMANCAS	4	2	A	A	A	A	A	4	0	
16	RC	1235543800	CRISTINA	ISABEL	POLO	HERNANDEZ	2	3	A	A	A	A	A	4	0	
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:	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Dario Perez Cantillo
COORDINADOR(A) EA

Karen Casalins P.
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

Nota: El dia 03-05.23 durante visita de verificación asistieron 14 de 17 usuarios a la UDS.
Prof: Kiara V. correa

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: FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001342023
MES: MAYO 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: MAGDALENA Centro Zonal: SANTA MARTA 2 Municipio: SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): KAREN CASALINS PIMIENTA CC: 1082931878
Código CUENTAME UDS: 4700100131460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRUTOS DE PAZ 1
Dirección UDS: MZ 12 CASA 6 ALTOS DE BAHIA CONCHA Teléfono UDS: 3013612540

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			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1083063471	JOICER	ANDRES	GIRADO	BOHORQUEZ	0	11	A A A A A	A A A A A	4	0	
02	RC	1235545325	BRIHAN	MATTHEW	SERPA	MENDEZ	0	11	A A A A A	A A A A A	4	0	
03	RC	1083062867	SAMUEL	DAVID	FONTALVO	PAYARES	0	11	A A A A A	A A A A A	4	0	
04	RC	1083062174	EILIS	DE LOS ANGELES	BRACHO	OLMOS	0	7	A A A A A	A A A A A	4	0	
05	RC	1248368108	XANDER	DE JESUS	RODRIGUEZ	CUESTA	1	1	A A A A A	A A A A A	4	0	
06	RC	1248368051	MATEO	JOSE	RAMIREZ	HERNANDEZ	1	8	A A A A A	A A A A A	4	0	
07	RC	1235544404	ADRIANA	LUCIA	CARO	APARICIO	1	9	I A A A A	A A A A A	3	1	
08	RC	1084474470	THOMAS	ANDRES	GONZALEZ	TIQUE	1	2	A A A A A	A A A A A	4	0	
09	RC	1084070237	EDELIANNY	SARAI	CASTRILLON	GONZALEZ	2	3	I A A A A	A A A A A	3	1	
10	RC	1084173453	JARED	JOSE	DIAZ	JARAMILLO	1	9	A A A A A	A A A A A	4	0	
11	RC	1083060557	SAIR	DAVID	DIAZ	CHACIN	1	8	A A A A A	A A A A A	4	0	
12	RC	1084472844	ANTONELA	ITZAE	GONZALEZ	ESCANDON	1	10	A A A A A	A A A A A	4	0	
13	RC	1084072836	CRISTOFER	ANDRES	MARQUEZ	DAVILA	0	10	A A A A A	A A A A A	4	0	
14	RC	1221988191	LEYDI	JOHANA	TAFUR	SOLANO	1	6	I A A A A	A A A A A	3	1	
15	RC	1084473033	JHOENDRYTH	JOSUE	BELANDRIA	BELEÑO	1	9	A A A A A	A A A A A	4	0	
16	RC	1083065211	ANDY	DANIEL	VELAZQUEZ	SANCHEZ	1	5	A A A A A	A A A X A	4	0	
17	RC	1072679789	ALISSON	NELIEL	CEDEÑO	BELLO	0	10	A A A A A	A A A A A	4	0	
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:	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Dairo Perez Cantillo
COORDINADOR(A) EA

Karen Casalins P.
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 : FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO
NIT: 802.021.821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001342023
MES: MAYO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar
SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo infantil en medio familiar

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: Magdalena Centro Zonal Santa Marta 2 Municipio: Magdalena
Nombre Agente Educativo (a): FARIDES SALAZAR MERCADO CC_36562014
Código CUENTAME UDS: 4700100131460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: X FRUTOS DE PAZ
Dirección UDS: Mza 12 casa 6 urb altos de bahia concha Teléfono UDS: 3013482889

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	C.E	31435118	EMILIANNYS	DEL VALLE	MARCANO	GONZALEZ	17	4					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
02	C.C	1152935179	MARIA	ALEJANDRA	PACHECO	GAMARRA	30	4					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
03	C.C	1049935068	LEIDYS		TEHERAN	OBRIAN	35	1					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
04	C.C	1095824772	ANGIE	YAJHRAL	LLANOS	GARZON	27	11					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
05	C.C	1007773068	DANIS	OFIR	ANTELIZ	DURAN	22	3					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
06	C.C	1003115855	YESICA	CAROLINA	ARIAS	VASQUEZ	28	6					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
07	C.C	1194967237	GABRIELA	SOFIA	BETANCOURT	RUIZ	22	1					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
08	R.C	1084476957	GABRIEL	JESUS	MOLINA	GUTIERREZ	0	2					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
09	R.C	1084476907	AUSTIN	ALEJANDRO	CHARRIS	SANCHEZ	0	2					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
10	R.C	1083066646	TORIVIO	DAVID	GOMEZ	NIEVES	0	2					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
11	R.C	1248368868	LEANDRO	ALFONSO	ESPAÑA	FONTALVO	0	2					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
12	R.C	1084609888	BRAYAN	SMITH	NIETO	MUNIVE	0	5					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
13	R.C	1084476713	JUSTO	ELIAS	MARCHENA	CASTILLO	0	7					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
14	R.C	1084073111	GENESIS	YOHANA	RAMIREZ	MENDEZ	0	7					A	A	A				A	I													3	I	
15	R.C	1084475755	YORYANIS	SOFIA	BALLESTERO	MORALES	0	9					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
16	R.C	1084072923	HADLEY	YESID	MURILLO	MANJARRES	0	10					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
17	R.C	1083063788	YISNETH	SOFIA	REDONDO	DE LA ROSA	0	11					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
18	R.C	1084475449	NOAH		OROZCO	SUAREZ	0	11					A	A	A				A	A				A	A								4	0	
19																																			
20																																			
																															TOTAL	71	1	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

Dairo Perez Cantillo
COORDINADOR(A) EA

Farides Salazar M
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 :___FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO_____

NIT: 802.021.821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001342023

MES: MAYO AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar

SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo infantil en medio familiar

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1

Regional: Magdalena Centro Zonal Santa Marta 2 Municipio: Magdalena

Nombre Agente Educativo (a): FARIDES SALAZAR MERCADO CC_36562014

Código CUENTAME UDS: 4700100131460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: X FRUTOS DE PAZ

Dirección UDS: Mza 12 casa 6 urb altos de bahia concha Teléfono UDS: 3013482889

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	R.C	1084475468	ALEJANDRO		PARRA	MOLINA	1	0		A					A					A					A								4	0	
02	R.C	1084474821	LUCERO		TORREJANO	ALVAREZ	1	2		I					A					A					A								3	1	
03	R.C	1084072350	ASHLEY	SOFIA	RUA	CARDENAS	1	3		A					A					A					A								4	0	
04	R.C	1084474800	PAULO	DAVID	AYALA	LINERO	1	3		A					A					A					A								4	0	
05	R.C	1083062471	AHARON	DAVID	CHAVEZ	GONZALEZ	1	3		A					A					A					A								4	0	
06	R.C	1235545098	ZOE	VALENTINA	PEREZ	VASQUEZ	1	3		I					A					A					A								3	1	
07	R.C	1083062566	JESUS	MANUEL	LANDERO	CARRILLO	1	4		A					A					A					A								4	0	
08	R.C	1084072103	NAIALETH		BRACHO	MALDONADO	1	6		I					A					A					A								3	1	
09	R.C	1248368164	DANIELA		GRANJA	LOZANO	1	6		A					A					A					A								4	0	
10	R.C	1083062905	CARLOS	JAVIER	GONZALEZ	MENDOZA	1	8		A					A					A					A								4	0	
11	R.C	1235544324	LUCAS	NICOLAS	PACHECO	ALVAREZ	1	9		I					A					A					A								3	1	
12	R.C	1084070863	MANUEL	JESUS	DE LA RANS	PARRA	2	0		A					A					A					A								4	0	
13	R.C	1235544192	HEIMAR	JESUS	CARO	AREVALO	2	0		A					A					A					A								4	0	
14	R.C	1084472697	MIGUEL	ANGEL	MARTINEZ	CHACON	2	4		A					A					A					A								4	0	
15	R.C	1084471721	ESTEFANY	RUTBETSY	DIAZ	MONTENEGRO	2	4		A					A					A					A								4	0	
16	R.C	1084472178	THIAGO	JUNIOR	CANO	LOZANO	2	6		A					A					A					A								4	0	
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	60	4	

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

Dairo Perez Contello
COORDINADOR(A) EA

Faridesalazar M
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

Nota: El dia 03.05.23 durante visita de verificación asistieron 12 de 16 usuarios a la UDS
Prof: Kiara V. Correa O.

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 INSTITUCION ANTONIO NARIÑO

NIT: 802.021.821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001342023

MES: MAYO AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar

SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo infantil en medio familiar

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1

Regional: Magdalena Centro Zonal Santa Marta 2 Municipio: Magdalena

Nombre Agente Educativo (a): FARIDES SALAZAR MERCADO CC_36562014

Código CUENTAME UDS: 4700100131460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención x FRUTOS DE PAZ

Dirección UDS: Mza 12 casa 6 urb altos de bahia concha Teléfono UDS: 3013482889

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				
01	R.C	1084475315	KATALEYA	MILENA	PUERTA	MARCHENA	1	1				A					A					A					A							4	0	
02	R.C	1102897682	JORDY	JOSE	MONTENEGRO	VILLALOBOS	1	9				A					A					A					A							4	0	
03	R.C	1084071857	CAMILO	ANDRES	MARIN	PEREIRA	2	4				A					A					A					A							4	0	
04	R.C	1084471363	RENATA		ORTIZ	MONTENEGRO	2	7				A					A					I											3	1	
05	R.C	1248368234	CESAR	ANTONIO	ALVARADO	MORALES	2	11				A					A					A					A							4	0	
06	R.C	1084069506	MIA	ELIZABETH	MONRROY	NARVAEZ	3	2				A					A					A					A							4	0	
07	R.C	1084470302	JOSE	GREGORIO	PUERTA	MARCHENA	3	2				A					A					A					A							4	0	
08	R.C	1084470912	EDUAR	CAFU	ARROYO	LOPEZ	3	2				A					A					A					A							4	0	
09	R.C	1146147174	SAMUEL	DANIEL	COTES	AGUILAR	3	3				A					A					A					A							4	0	
10	R.C	1083058671	THIANY	PAOLA	MONTENEGRO	VILLALOBOS	3	5				A					A					A					A							4	0	
11	R.C	1083058522	ABRAHAN	DAVID	ALVARADO	MORALES	3	6				A					A					A					A							4	0	
12	R.C	1205971590	JOSE	TOMAS	PEREZ	IRIARTE	3	8				A					A					A					A							4	0	
13	R.C	1083060232	JESUS	DAVID	PERERA	MEDINA	3	10				A					A					A					A							4	0	
14	R.C	1084066597	THALIANA		ACEVEDO	CUBIDES	3	11				A					A					A					A							4	0	
15	R.C	1178714541	MAXIMILIANO	DAVID	VOLCANES	MORILLO	4	1				A					A					A					A							4	0	
16	R.C	1143471917	RONAIKER	ALFREDO	VILLALOBOS	ROMERO	4	5				A					A					A					A							4	0	
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	63	1	

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

Dairo Perez Cantillo
COORDINADOR(A) EA

Farides Salazar M
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 :_____ FUNDACIO ANTONIO NARIÑO
NIT: ___ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001342023
MES: _____ MAYO AÑO:___2023____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DIMF

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____
Regional: MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 2 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ ROSIRIS RAMOS CC_____ 36,558,121,
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100131460. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ FRUTO DE PAZ
Dirección UDS: ___MZ 12 CASA6 URB ALTOS DE BAHIA CONCHA_____ Teléfono UDS: _____ , 3194257514,,,

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
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	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
01	CC	1082997496	IVONNE	ALICIA	CAMARGO	TOVAR	23	1					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
02	CC	1082894861	NESLY	SIGRID	CARDENAS	MEJIA	16	8					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
03	CC	1082 996 938	EYLIN	PATRICIA	SALAS	ACOSTA	28	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
04	CC	1083459105	MARINA	MARCELA	PEREZ	RANGEL	22	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
05	CE	5345873	SARA	ALEJANDRA	SALAZAR	VILLARROEL	20	10					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
06	CE	29570846	ELEEN		REYES	ISEA	21	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
07	RC	1083066133	JHON	GEINER	PASO	MORALES	0	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
08	RC	1083065871	EMMANUEL	DAVID	TRUJILLO	CHARRIS	0	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
09	RC	10844766179	AMIR	DAVID	TAMAYO	FONTALVO	0	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
10	RC	1084073049	DACIEL	JOSE	OSORIO	CONTRERAS	0	7					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
11	RC	1083063997	ALVARO	JOSE	ARRIETA	BUELVAS	0	9					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
12	RC	1084072780	ELLA	MARCELA	JIMENEZ	CARRANZA	0	10					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
13	RC	1083064640	SANTIAGO	ELOY	ARIZA	TRUJILLO	0	10					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
14	RC	1084475145	VICTORIA		MUNIVE	GRANADOS	0	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
15	RC	1084475123	HENRY	JOSE	MERCADO	PONZON	0	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
16	RC	1084072582	MOISES	DAVID	PEREZ	GONZALEZ	0	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
17	RC	1084475587	ALAN	DAVID	GONZALEZ	CASTRO	0	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
18	RC	1235545530	JEINER	ADRIAN	MORALES	LEGIA	0	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	4	0	
19																																		
20																																		
																															TOTAL	72	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

COORDINADOR(A) EA

Rosiris Ramos.
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 :_____ FUNDACIO ANTONIO NARIÑO
NIT: __ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001342023
MES: _____ MAYO AÑO:____2023_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DIMF

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 2 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ ROSIRIS RAMOS CC_____ 36,558,121,
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100131460. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ FRUTO DE PAZ
Dirección UDS: ___MZ 12 CASA6 URB ALTOS DE BAHIA CONCHA_____ Teléfono UDS: _____ , 3194257514,,,

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	AÑOS	MESES																										
01	RC	1084474691	ROILAND	ARGENIS	MENDOZA	HUGANES	1	3		I	A				A				A					A								3	7	
02	RC	1084474722	JESUS	DAVID	ESCORCIA	GONZALEZ	1	3		A	I				A				A					A								4	0	
03	RC	1084474504	MILAN	JAVIER	SUAREZ	PUELLO	1	4		I	A				A				A					A								3	1	
04	RC	1084474389	SANTIAGO	ELIAS	LOPEZ	HERNANDEZ	1	4		I	A				A				A					A								3	1	
05	RC	1178213163	JEREMIAH	GAEL	RUIZ	MUÑOZ	1	5		A	I				A				A					A								4	0	
06	RC	1083061817	THIAGO	DAVID	RIVERO	MUÑOZ	1	5		A	I				A				A					A								4	0	
07	RC	1084473852	ADRIEL	ZAID	FAJARDO	ZEPHERIN	1	7		I	A				A				A					A								3	1	
08	RC	1235545141	AILETH	SOFIA	CARMONA	SANDOVAL	1	7		I	A				A				A					A								3	1	
09	RC	1083061702	GHEIMAR	DE JESUS	URIANA	VILLALOBOS	1	7		A	I				A				A					A								4	0	
10	RC	1235544518	SAMANTHA		SEGRERA	SALCEDO	1	8		I	A				A				A					A								3	1	
11	RC	1235544490	DYLAN	ELIAS	RIOS	ROMERO	1	9		I	A				A				A					A								3	1	
12	RC	1083015053	ALEYDER	DE LOS REYES	PACHECO	NUÑEZ	1	10		A	I				A				A					A								4	0	
13	RC	1084473145	CRISTINA	ISABEL	GONZALEZ	TORRES	1	10		I	A				A				A					A								3	1	
14	RC	1084472893	EVA	SOFIA	ESTRADA	RINCON	1	11		A	A				A				A					A								4	0	
15	RC	1084609501	MELANY		PACHECO	QUIROZ	1	11		A	A				A				A					A								4	0	
16	RC	1128184025	MANUEL	ALEJANDRO	VARELA	MARTINEZ	2	0		A	A				A				A					A								4	0	
17	RC	1084070000	GERARD	ANDRES	PEREZ	SILVA	2	5		A	A				A				A					A								4	0	
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	61	8	

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:	

COORDINADOR(A) EA

Rosiris Ramos
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

Nota: El dia 03.05.23 durante visita de verificacion asistieron 9 de 17 usuarios a la UDS.
Prof: Kiara V. Correa C.

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 :_____ FUNDACIO ANTONIO NARIÑO
NIT: ___ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001342023
MES: _____ MAYO AÑO:____2023____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DIMF

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____
Regional: MAGDALENA Centro Zonal _____ SANTA MARTA 2 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ ROSIRIS RAMOS CC_____ 36,558,121,
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100131460. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ FRUTO DE PAZ
Dirección UDS: ___MZ 12 CASA6 URB ALTOS DE BAHIA CONCHA_____ Teléfono UDS: _____ , 3194257514,,,

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			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1082996938	ABIGAIL		MARTINEZ	JIMENEZ	2	6			4	0	
02	RC	1082997496	MARISOL		ZANEZ	ROCHA	2	9			4	0	
03	RC	1082894861	ANTOCELLA		ZANEZ	ROCHA	2	9			4	0	
04	RC	1083064640	SANTIAGO		JIMENEZ	MORALES	2	9			4	0	
05	RC	1080423318	JORGE	LUIS	OROZCO	BRITO	3	1			4	0	
06	RC	1128188318	YOSELIS	MARIA	ACUÑA	CASTRELLON	3	3			4	0	
07	RC	1083459105	JULIANA	ALEJANDRA	VILORIA	PONZON	3	6			4	0	
08	RC	1084475587	JESUS	DAVID	DALE	CASTRO	3	6			4	0	
09	RC	1235545530	YORYETH	YURYITH	FONTALVO	SALAZAR	3	7			4	0	
10	RC	10844766179	MARIANA		PEREZ	DE LA CRUZ	3	11			4	0	
11	RC	1084475145	KARLA	SAILETH	CARDENAS	MEJIA	4	2			4	0	
12	RC	1083065871	YULIANA	MARIA	RIVEIRA	DURAN	4	4			4	0	
13	RC	1083063997	YEINER	ALBERTO	RIVEIRA	DURAN	4	4			4	0	
14	RC	1084175123	THIAGO	JOSE	JARAMILLO	JARAMILLO	4	5			4	0	
15	RC	1084072780	ALEXA	YULIETH	JIMENEZ	MORALES	4	8			4	0	
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	60	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Rosiris Ramos
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