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: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001352023
MES: MAYO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar
SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo infantil en medio familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Magdalena
Nombre Agente Educativo (a):ILSE MILENA VIDES YEPES
Código CUENTAME UDS: 4700100099822
Dirección UDS:MZ S CASA 4 ROSALIAS
Centro Zonal: Santa Marta 2
CC: 1082972431
Municipio: Magdalena
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LLUVIA DE ANGELITOS
Teléfono UDS:3016859316
Hoja 1 de 1

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	CC	1004357502	LUISA	FERNANDA	SANCHEZ	BUSTAMANTE	20	09					A	A					A									A					4	0	
02	CC	1081794799	JULYS	ROCIO	GUTIERREZ	CABALLERO	35	01					A	A					A									A					4	0	
03	CC	57462679	ERIKA	ISABEL	MONTES	GARCIA	41	04					A	A					A									A					4	0	
04	CC	1065824995	JAIRITH	BANNESA	GUARNIZO	MARTINEZ	27	00					A	A					A									A					4	0	
05	RC	1084073584	EMILIANO	DAVID	JIMENEZ	ALCAZAR	0	1					A	A					A									A					4	0	
06	RC	1083066046	JOSIAS	DAVID	CASTRO	RODRIGUEZ	00	04					A	A					A									A					4	0	
07	RC	1083065713	OSTIN	DE JESUS	GIRALDO	SARMIENTO	00	04					A	A					A									A					4	0	
08	RC	12325545836	EIMMY	MASSIEL	ALVAREZ	BERRIO	00	06					A	A					A									A					4	0	
09	RC	1083065316	XIOMARA	LINETH	NAVARRO	DIAZ	00	04					A	A					A									A					4	0	
10	RC	1083064958	FRANCO	LUIS	ALTAFULLA	MENDOZA	00	06					A	A					A									A					4	0	
11	RC	1235545750	JEILYN	CELESTE	LUGO	BARRERA	00	08					A	A					A									A					4	0	
12	RC	1083064525	GAEL	DAVID	RODRIGUEZ	MENDOZA	00	06					A	A					A									A					4	0	
13	RC	1084476004	LASKMI	YISETH	VELEZ	CARRASCAL	00	07					A	A					A									A					4	0	
14	RC	1083064177	JOSE	RAFAEL	LLANES	BUELVAS	00	08					A	A					A									A					4	0	
15	RC	1083062685	KEYLA	ISABELLA	RUDAS	TORRES	01	01					A	A					A									A					4	0	
16	RC	1084609668	DAVID	FERNANDO	CORREA	DEULUFEUT	01	02					A	A					A									A					4	0	
17	RC	1084475650	LUISA	JIRETH	SIMANCA	GARCIA	00	09					A	A					A									A					4	0	
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	68	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Ilse Vides Yepes
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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: 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 4700135 2023
MES: MAYO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar
SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo infantil en medio familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Magdalena Centro Zonal Santa Marta 2 Municipio: Magdalena
Nombre Agente Educativo (a) ILSE MILENA VIDES YEPES CC: 1082972431
Código CUENTAME UDS: 4700100099822 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LLUVIA DE ANGELITOS
Dirección UDS:MZ S CASA 4 ROSALIAS Teléfono UDS:3016838316

Hoja 1 de 1

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					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1084071875	ISAURA	SARAY	MARTINEZ	VARGAS	01	06		A				A					A					A					4	0	
02	RC	1084472717	LIAM	YESITH	VELEZ	CARRASCAL	01	11		A				A					A					A					4	0	
03	RC	1.084.473.931	ANA	LUCIA	OREJANERA	BUSTAMANTE	01	05		A				A					A					A					4	0	
04	RC	1084472663	DARIEL	SNNEIDHER	MARTINEZ	MENDOZA	02	00		A				A					A					A					4	0	
05	RC	1083059978	SAMANTHA	LUCIA	VARGAS	ROBLES	02	01		A				A					A					A					4	0	
06	RC	1084070713	ITHAN	DAVID	PALOMINO	RODRIGUEZ	01	08		A				A					A					A					4	0	
07	RC	1084471298	IVANNA	SARAY	MARTINEZ	VARGAS	02	07		A				A					A					A					4	0	
08	RC	1084473717	SARAH	ISABELLA	MARTINEZ	LEON	01	06		A				A					A					A					4	0	
09	RC	1084071999	MARIA	VICTORIA	SEGURA	DEVIA	01	05		A				A					A					A					4	0	
10	RC	1235544964	MIGUEL	ANGEL	GARCIA	BUITRAGO	01	06		A				A					A					A					4	0	
11	RC	1083062005	FREDY	JOSE	CARDENAS	URIELES	01	05		A				A					A					A					4	0	
12	RC	1.084.071.340	LUIS	ADRIAN	POLO	GONSALEZ	01	08		A				A					A					A					4	0	
13	RC	1084071994	ALDO	DAVID	ORTEGA	NIÑO	01	06		A				A					A					A					4	0	
14	RC	1084470821	CRYSTAL	SOFIA	POLO	GALVAN	02	09		A				A					A					A					4	0	
15	RC	1.083.053.425	SHAROL	VICTORIA	VARGAS	ROBLES	04	06		A				A					A					A					4	0	
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															

TOTAL 60 0

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 6

COORDINADOR(A) EA

Ilse Vides Yepes.
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	29/05/2013
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: 4700135202
MES: MAYO AÑO 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar
SERVICIO DE ATENCIÓN: Desarrollo infantil en medio familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Magdalena Centro Zonal Santa Marta 2 Municipio: Magdalena
Nombre Agente Educativo (a):ILSE MILENA VIDES YEPES CC: 1082972431
Código CUENTAME UDS: 4700100093622 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LLUVIA DE ANGELITOS
Dirección UDS:MZ S CASA 4 ROSALIAS Teléfono UDS:3016859316

Hoja 1 de 1

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1083063759	SHEYLA	MICHELL	FERNANDEZ	MORALES	00	08	A A A A	A A A A	4	0	
02	RC	1081765760	OSTIN	DAVID	DOMINGUEZ	OROZCO	02	03	A A A A	A A A A	4	0	
03	RC	1084471530	ALANA	SOFIA	MERIÑO	OSPINO	02	05	A A A A	A A A A	4	0	
04	RC	1084476016	AXEL	DAVID	DIAZ	BARRIOS	01	09	A A A A	A A A A	4	0	
05	RC	1081840322	SARA	SOFIA	ROSADO	ROMERO	03	01	A A A A	A A A A	4	0	
06	RC	1084473945	SANTIAGO	JOSE	GONZALES	DITTA	01	11	A A A A	A A A A	4	0	
07	RC	1084468054	ANAHI	MARIA	DIAZ	BARRIOS	03	10	A A A A	A A A A	4	0	
08	RC	1083055230	MELANIE	MARIA	PIZO	MUÑOZ	03	10	A A A A	A A A A	4	0	
09	RC	1083056012	OSTIN	DAVID	FERNANDEZ	MORALES	03	08	A A A A	A A A A	4	0	
10	RC	1205970593	DANNA	ISABELLA	MORA	MORALES	04	02	A A A A	A A A A	4	0	
11	RC	1084468776	ISAI	ADRIAN	GUERRERO	RUIZ	03	06	A A A A	A A A A	4	0	
12	RC	1023041254	JADER	JUNIOR	APONTE	RUIZ	04	07	A A A A	A A A A	4	0	
13	RC	1178714127	LEIDI	MAR	GARCIA	BOSCAN	04	03	A A A A	A A A A	4	0	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL 52 0

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Ilse Vides Y.
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 :__FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO_____
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001352023.
MES: _____ MAYO AÑO:__2023_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____MAGDALENA_____ Centro Zonal _ SANTA MARTA 2 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): __MARTHA DIAS GRANADOS___ CC___57290232.___
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100099822. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_LLUVIA DE ANGELITOS__
Dirección UDS: ___MZ S CASA 4 ROSALIA_ Teléfono UDS: __3002725823._____

Hoja ____ de __ 1 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSJAL		
	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	CC	1082890144	ANA	PATRICIA	RUIZ	MENDOZA	35	5					A		A					A					A									4	0	
02	CC	1004349862	GEIVI	MAYERLYS	RODRIGUEZ	MANJARREZ	34	5					A		A					A					A									4	0	
03	CC	1082867367	DIANA	LUZ	UTRIA	GARCIA	39	1					A		A					A					A									4	0	
04	RC	1048094305	YEXALY	SOFIA	ARROYO	CORDOBA	0	4					A		A					A					A									4	0	
05	RC	1007713731	SAMUEL	ESTEBAN	POLO	GUERRA	0	6					A		A					A					A									4	0	
06	RC	1084476171	NEYDER	ANDRES	JARABA	GUERRA	0	6					A		A					A					A									4	0	
07	RC	1083063835	DANIEL	DARIO	GARAVITO	CONTRERAS	0	6					A		A					A					A									4	0	
08	RC	1084475708	LUCIANA	SOFIA	MOMT	ROMERO	0	6					A		A					A					A									4	0	
09	RC	1004359634	LAURA	MARCELA	HERRERA	CAMPO	22	0					A		A					A					A									4	0	
10	RC	1083062919	MAYRA	ALEJANDRA	VILLALOBOS	RAMIREZ	0	10					A		A					A					A									4	0	
11	RC	1084475237	LIAN	DAVID	BERMUDES	VILLA	1	0					A		A					A					A									4	0	
12	RC	1083064096	PEDRO	MANUEL	CARDONA	LIZARAZO	0	8					A		A					A					A									4	0	
13	RC	5347281	IRAIMED		RODRIGUEZ	TREMONT	30	0					A		A					A					A									4	0	
14	RC	1235545840	EVELYN	CAROLINA	PARRAL	OLLAVER	0	7					A		A					A					A									4	0	
15	RC	1248368202	EMMANUEL	DAVID	VILLAFAÑE	SIERRA	1	1					A		A					A					A									4	0	
16	RC	1084072516	MATHIAS	YAIR	PEÑUELA	RAMOS	1	3					A		A					A					A									4	0	
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	64	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

Martha Granados
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: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001352023.
MES: _____ MAYO AÑO:__2023_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____MAGDALENA_____ Centro Zonal _____SANTA MARTA 2_____ Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ MARTHA DIAS GRANADOS CC___ 57290232.
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100099822. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ LLUVIA DE ANGELITOS
Dirección UDS: ____MZ B CASA 4 ETAPA 1 LA ROSALIA Teléfono UDS: _____ 3002725823.

Hoja ___ de 1 1

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	1083065612	LUCIA	CELESTE	PEREIRA	FONSECA	0	5			A					A					A					A					4	0	
02	RC	1084608660	VICTORIA	CAMILA	PEÑARANDA	VICENT	3	2			A					A					A					A					4	0	
03	RC	1248368038	ISABELLA	SOFIA	PEÑARANDA	VICENT	1	3			A					A					A					A					4	0	
04	RC	1084471451	YAIRETH	LUCIA	IPUANA	BAQUERO	2	4			A					A					A					A					4	0	
05	RC	1235544284	ALANN	FABIAN	CABARCAS	LOZANO	1	11			A					A					A					A					4	0	
06	RC	1084609598	LUCIA	DE LOS ANGELES	PINTO	GONZALEZ	1	3			A					A					A					A					4	0	
07	RC	1235646059	THAEL	SOFIA	OSORIO	CANTILLO	1	3			A					A					A					A					4	0	
08	RC	1084608874	MIA	CELESTE	PEREIRA	FONCESA	1	9			A					A					A					A					4	0	
09	SD	1131081083	TOMAS	RAFAEL	PEREZ	VERGARA	1	2			A					A					A					A					4	0	
10	RC	1235544507	VALERY	DANIELA	GIRALDO	VEGA	1	6			A					A					A					A					4	0	
11	RC	1083060497	HILARY	ARIEL	REINOSO	PEREZ	1	8			A					A					A					A					4	0	
12	RC	1084470805	JAEL	YESUAH	CAMARGO	MARTINEZ	2	7			A					A					A					A					4	0	
13	RC	1084472771	JHAIRETH		SANGUINO	MANJARREZ	1	9			A					A					A					A					4	0	
14	RC	1084471602	LEONARDO	DAVID	JIMENEZ	MOLINA	2	4			A					A					A					A					4	0	
15	RC	1083056154	ANGEL	JOSE	RIVAS	GUDIÑO	2	11			A					A					A					A					4	0	
16	RC	1235542823	CRISTIAN	DAVID	HERNANDEZ	BERMUDEZ	3	5			A					A					A					A					4	0	
17	RC	1084073285	JOSE	MATIA	URDANETA	PEÑALOSA	0	5			A					A					A					A					4	0	
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	68	0	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Martha Diaz Granados
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

Clasicación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____FUNDACION INSTITUCION ANTONIO NARIÑO_____
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 47001352023.
MES: _____ MAYO AÑO:__2023_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____MAGDALENA_____ Centro Zonal _ SANTA MARTA 2 Municipio: _____ SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): _____ MARTHA DIAS GRANADOS CC___ 57290232.
Código CUENTAME UDS: _____ 4700100099822. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ LLUVIA DE ANGELITOS
Dirección UDS: __MZ S CASA 4 LA ROSALIA__ Teléfono UDS: _____ 3002725823.

Hoja ___ de __ 1 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1083062137	REINA	ESPERANZA	CAMPIS	PINEDA	1	3
02	RC	1083066188	MIA	ANTHONELLA	MENDOZA	QUEZADA	1	5
03	RC	1084466062	ASHLY	LUCIA	JAIME	VEGA	4	10
04	RC	1083051516	LUCIANA		MUNIVE	PIÑERES	4	7
05	RC	1084466856	ALAN	DAVID	SERBANTEZ	PEREZ	4	5
06	RC	1084467478	ALEXANDER	DAVID	CASTRO	VICENT	4	2
07	RC	1083054049	SEBASTIAN	DAVID	ANGULO	MEDINA	4	2
08	RC	1084472549	SANTHIAGO	ANDRES	FIGEROA	MAYORAL	1	10
09	RC	1084469525	ESTEBAN	DAVID	FIGEROA	MAYORAL	3	4
10	RC	1084468931	LUCIANA		JARABA	ATENCIO	2	6
11	RC	1235541066	ASHLYN	SOFIA	HERNANDEZ	HERRERA	4	3
12	RC	1084469492	ALEJANDRO		BUSTAMANTE	RUIZ	3	2
13	RC	1084472772	JAIDER	JOSE	MUNIVE	PIÑERES	1	8
14	RC	1084070913	MAXIMILIANO		GRANADOS	VICENT	1	9
15	RC	1083059070	AMANDA	LUSIA	CHIRINO	HERRERA	2	2
16	RC	1084067324	ANDREA	VALENTINA	FERRADANEZ	MAYORAL	3	3
17	RC	6800037	JUAN	ANDRES	RAMIREZ	LOPEZ	3	1
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01				A					A					A					A								4	0	
02				A					A					A					A								4	0	
03				A					A					A					A								4	0	
04				A					A					A					A								4	0	
05				A					A					A					A								4	0	
06				A					A					A					A								4	0	
07				A					A					A					A								4	0	
08				A					A					A					A								4	0	
09				A					A					A					A								4	0	
10				A					A					A					A								4	0	
11				A					A					A					A								4	0	
12				A					A					A					A								4	0	
13				A					A					A					A								4	0	
14				A					A					A					A								4	0	
15				A					A					A					A								4	0	
16				A					A					A					A								4	0	
17				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

COORDINADOR(A) EA

Martha Dias Granados
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