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**
MES: **DICIEMBRE**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: __ **FAMILIAR**
NÚMERO DE CONTRATO: _____ **47001352023**
AÑO: **2023**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **MAGDALENA** Centro Zonal ___ **NORTE** Municipio: _____ **SANTA MARTA**
Nombre Agente Educativo (a): __ **DUBIS HERNANDEZ** CC: **57443794**
Código CUENTAME UDS: ____ **4700 100132767** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención _____ **CARRUSEL MAGICO**
Dirección UDS: **CALLE 7 CRA 34 # 9C-5 LUIS R. CALVO** Teléfono UDS: 3014576316

Hoja ____ de ____

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	1082873583	YERINA	ESTHER	ESCORCIA	CONTRERAS	30	5		A					A																	20		
02	CC	1082963709	SHANDY	ISABEL	AGUILAR	OSPINO	30	11		A					A																	20		
03	SD		LETICIA	CRISTINA	CHAVEZ	BELEÑO	26	7		A					A																	20		
04	CC	1148448878	ANDREA	CAROLINA	CHAVEZ	SIERRA	23	1		A					A																	20		
05	CC	1082961373	ZURAIME	KATERINEE	ARENAS	SILVA	31	1		A					A																	20		
05	RC	1084074104	GAEL	ESTEBAN	ROMAN	BORRE		1		A					A																	20		
06	RC	1084477465	YEICO	JOSE	LOPEIRA	VIDES		3		A					A																	20		
08	RC	1084073842	KIMBERLY	SOFIA	CHAVEZ	MARTINEZ		5		A					A																	20		
09	RC	1084609955	YERAY	DAVID	VARGAS	HERRERA		6		A					A																	20		
10	RC	1084477122	ALANNA	SALOME	MARTINEZ	JIMENEZ		8		A					A																	20		
11	RC	1083066565	IAN	DAVID	VARGAS	VARELA		8		A					A																	20		
12	RC	1084476936	CELESTE	ISABEL	MIRANDA	PAREJO		8		A					A																	20		
13	RC	1083066406	ALDARA	SOFIA	PEREZ	ALBARRACIN		9		A					A																	20		
14	RC	1084476500	SANTIAGO	DAVID	CONTRERAS	MARTINEZ		10		A					A																	20		
15	RC	1084476628	MATIAS	JUNIOR	PEREZ	JIMENEZ		10		A					A																	20		
16	RC	1084476544	JHOSUET		HERNANDEZ	CARBONO		11		A					A																	20		
17	RC	1083064583	ALEXANDER		JIMENEZ	SARMIENTO	1	1		A					A																	20		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	340		

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:	5

Karen Sabat
COORDINADOR(A) EA

Dubis Hernandez Rolon.
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**
MES: **DICIEMBRE**
AÑO: **2023**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**
NÚMERO DE CONTRATO: **47001352023**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **MAGDALENA** Centro Zonal: **NORTE** Municipio: **SANTA MARTA**
Nombre Agente Educativo (a): **DUBIS HERNANDEZ** CC: 5 7 4 4 3 7 9 4
Código CUENTAME UDS: **4700 100132767** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CARRUSEL MAGICO**
Dirección UDS: CALLE 7 CRA 34 # 9C-5 LUIS R. CALVO Teléfono UDS: 3 0 1 4 5 7 6 3 1 6

Hoja ____ de ____

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	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1084072558	MATIAS		LOPEZ	MOLINA	1	6			A					A																	2	0	
02	RC	123554537	JHOAN	JOSE	FERNANDEZ	PEREZ	1	7			A					A																	2	0	
03	RC	108306328	JAIME	ANDRES	SALINAS	PEREZ	1	7			A					A																	2	0	
04	RC	1084474973	MATHEUS		LOPEZ	CANTILLO	1	7			A					A																	2	0	
05	RC	1083064862	BLEIDY	ELIZABETH	CASTELAR	ADRIANZA	1	4			A					A																	2	0	
06	RC	1084072665	ELAINE		GUALDRON	GRANADO	1	6			A					A																	2	0	
07	RC	1083063084	HELLEN	MARGARITA	ESTRADA	ZAMBRANO	1	8			A					A																	2	0	
08	RC	1083062548	OSMAR	GABRIEL	LOPEZ	CHAVEZ	1	9			A					A																	2	0	
09	RC	1084071612	DEREK	JHULIAN	PEREZ	ALBARRACIN	1	9			A					A																	2	0	
10	RC	1083063192	SEBASTIAN	ELIAS	NAVA	MARTINEZ	1	11			A					A																	2	0	
11	RC	1084071361	ALAN	ORLEY	ESTRADA	ARIAS	2	2			A					A																	2	0	
12	RC	1084473566	MARIA	ANGEL	SINUCO	GALVAN	2	3			A					A																	2	0	
13	RC	1084475656	ELIZABETH		MORAN	CREUS	1	4			A					A																	2	0	
14	RC	1083060274	JOSEANGELY	SOFIA	BOSCAN	APUSHANA	2	6			A					A																	2	0	
15	RC	1083064737	LUIS	CAMILO	CANTILLO	VALENCIA	1	2			A					A																	2	0	
16	RC	1084073144	CHRISTIAN	ELIEZER	ADJUNTA	MORALES	1	2			A					A																	2	0	
17	RC	1083063766	ALVARO	JHAIR	GONZALEZ	CASTRO	1	4			A					A																	2	0	
18																																			
																																TOTAL	34	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

Karen Patricia Pabon
COORDINADOR(A)/EA

Dubis Hernandez Rolon
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**
MES: **DICIEMBRE**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**
NÚMERO DE CONTRATO: **47001352023**
AÑO: **2023**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **MAGDALENA** Centro Zonal: **NORTE** Municipio: **SANTA MARTA**
Nombre Agente Educativo (a): **DUBIS HERNANDEZ** CC: 5 7 4 4 3 7 9 4
Código CUENTAME UDS: **4700 100132767** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: **CARRUSEL MAGICO**
Dirección UDS: **CALLE 7 CRA 34 # 9C-5 LUIS R. CALVO** Teléfono UDS: 3 0 1 4 5 7 6 3 1 6

Hoja ___ de ___

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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1084474718	LUCIANA	SOFIA	MARTINEZ	SIERRA	1	9				A	A				A														2	0	
02	RC	1083064835	ERLING	DAVID	PADILLA	GALLEGO	1	1				A					A														2	0	
03	RC	1084474255	PAULA	HELENA	PACHECO	BENITEZ	2	0				A					A														2	0	
04	RC	1084473384	CARLOS	JOSE	CASTELAR	ADRIANZA	2	5				A					A														2	0	
05	RC	1084070734	ALEJANDRO		MARTINEZ	COTES	2	7				A					A														2	0	
06	RC	1084472131	EVA	LUNA	MEDINA	URINA	2	9				A					A														2	0	
07	RC	1083059991	HEIBER	JAVIER	BRAVO	ADRIANZA	2	8				A					A														2	0	
08	RC	1084069478	LUCIANA	SOFIA	POLO	HERNANDEZ	3	3				A					A														2	0	
09	RC	1083060523	DEINER	ALEJANDRO	ABREU	PADILLA	3	3				A					A														2	0	
10	RC	1084471281	PAULETH	MICHEL	RODRIGUE	POLO	3	7				A					A														2	0	
11	RC	1235543186	NATALI	PAOLA	ARIAS	ESCALANTE	3	10				A					A														2	0	
12	RC	1084608477	PAULA	HELENA	LANDETE	PALOMINO	4	3				A					A														2	0	
13	RC	1083056148	LUIS	JOSE	PADILLA	GALLEGO	4	5				A					A														2	0	
14	RC	1083055759	YEIKO	JOSUE	MARTINEZ	CASTELAR	4	6				A					A														2	0	
15	RC	1083056235	JOSHUA	MESIAS	MONTES	ARIAS	4	7				A					A														2	0	
16	RC	1084467055	BELINDA		ALEMAN	ARENAS	5	1				A					A														2	0	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	32	0	

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

Karen Sofia P. — COORDINADOR(A) EA

Dubis Hernandez Polon — 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: DICIEMBRE AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: MAGDALENA Centro Zonal: NORTE Municipio: SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): LUZ DARY GOMEZ CC: 57428318
Código CUENTAME UDS: 4700100132767 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARRUSEL MAGICO
Dirección UDS: CALLE 7 CRA 34 # 9 C 05 LUIS R CALVO Teléfono UDS: 3106176582
Hoja ____ de ____

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	RC	1083068687	LEINER	DAVIC	PACHECO	MARTINEZ	0	1		A					A																	2	0	
02	CC	1082965574	SINDY	PAOLA	BELEÑO	CASTAÑEDA	30			A					A																	2	0	
03	CC	1084738382	MARIA	FERNANDA	TAPIAS	JIMENEZ	32	9		A					A																	2	0	
04	CC	1082066617	OLGA	ESTHER	MERCADO	ARIAS	32	8		A					A																	2	0	
05	CC	1007744475	MICHELL	PAOLA	SANTRICH	PARADA	23	11		A					A																	2	0	
06	RC	1248369441	JUAN	CAMILO	BERMEJO	MARTINEZ	0	2		A					A																	2	0	
07	RC	1248369023	PAULETTE	CELESTE	FLOREZ	BRITO		6		A					A																	2	0	
08	RC	1084477296	ALAN	MATHIAS	BOLIVAR	BECERRA		5		A					A																	2	0	
09	RC	1083067241	LUIS	ADRIAN	AMARIS	MANCERA		6		A					A																	2	0	
10	RC	1084476867	JUAN	JOSE	RODRIGUEZ	MONTOYA		7		A					A																	2	0	
11	RC	1083066194	ALEJANDRO		ARAGON	PEREZ		9		A					A																	2	0	
12	RC	1083065743	LIA	MELETH	RANGEL	TOVAR		10		A					A																	2	0	
13	RC	1084476629	KLEINNER	MILETH	QUIROZ	SIERRA		10		A					A																	2	0	
14	RC	1084476498	BRIANYS	SARAY	JIMENEZ	CARO		11		A					A																	2	0	
15	RC	1084073141	PAULETT	ANDREA	RANGEL	QUINTERO	1	1		A					A																	2	0	
16	RC	1084475750	DELIZ	SOFIA	ACOSTA	SANTANA	1	1		A					A																	2	0	
17	RC	1083063646	LUCIANA	ISABEL	REDONDO	RAMIREZ	1	3		A					A																	2	0	
18	RC	1083064488	ADHARA	MELET	CALLE	ANDRADE	1	1		A					A																	2	0	
19	RC	1235545502	EITHAN	DE JESUS	VIDES	HIDALGO	1	3		A					A																	2	0	
20	RC	1084072925	SAMUEL	DAVID	DELGADO	PEÑA	1	2		A					A																	2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

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

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: DICIEMBRE AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: MAGDALENA Centro Zonal: NORTE Municipio: SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): LUZ DARY GOMEZ CC: 57428318
Código CUENTAME UDS: 4700100132767 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARRUSEL MAGICO
Dirección UDS: CALLE 7 CRA 34 # 9 C 05 LUIS R CALVO Teléfono UDS: 3106176582

Hoja ____ de ____

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	RC	1235545314	ABBY	LUCIA	CAÑAS	GUTIERREZ	1	6			A					A																2	0	
02	RC	1084475263	EMANUEL	ALEJANDRO	RODRIGUEZ	OCHOA	1	5			A					A																2	0	
03	RC	1084609696	DYLAN	ANDRES	ROSADO	DONADO	1	7			A					A																2	0	
04	RC	1084475067	NAHIA	ITZEL	BECERRA	ANDRADE	1	7			A					A																2	0	
05	RC	1084474928	JUAN	VALENTIN	OLAYA	LOPEZ	1	8			A					A																2	0	
06	RC	1083062895	SAIN	ANDRES	CANTILLO	DURAN	1	8			A					A																2	0	
07	RC	1084072226	CAMILA	ANDREA	MARTINEZ	JIMENEZ	1	9			A					A																2	0	
08	RC	1084072183	MARILIN	SOFIA	VILLAR	JIMENEZ	1	9			A					A																2	0	
09	RC	1084071943	LUIS	SANTIAGO	TRIANA	VIDALES	1	11			A					A																2	0	
10	RC	1084474449	ANTHONY	SMITH	CORTEZ	GOENAGA	1	9			A					A																2	0	
11	RC	1084071833	LUCIANA	ISABEL	MENDOZA	POTES	1	11			A					A																2	0	
12	RC	1084473418	EMILY	SOFIA	PEREZ	JIMENEZ	2	2			A					A																2	0	
13	RC	1084473859	ALLYSSON	SHARAY	HERNANDEZ	VARGAS	2	0			A					A																2	0	
14	RC	1084474154	VAYOLETH	AYLAN	MONTOYA	RODRIGUEZ	2	0			A					A																2	0	
15	RC	1235545281	MAILEN	SOFIA	FERNANDEZ	PARDO	1	6			A					A																2	0	
16	RC	1084072702	ADRIEL	MATEO	HERRERA	CARDENAS	1	4			A					A																2	0	
17	RC	1084475363	JANNA	MICHELL	MERCADO	DIAZ	1	2			A					A																2	0	
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	34	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

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: DICIEMBRE AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: MAGDALENA Centro Zonal: NORTE Municipio: SANTA MARTA
Nombre Agente Educativo (a): LUZ DARY GOMEZ CC: 57428318
Código CUENTAME UDS: 4700100132767 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARRUSEL MAGICO
Dirección UDS: CALLE 7 CRA 34 # 9 C 05 LUIS R CALVO Teléfono UDS: 3106176582

Hoja ____ de ____

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	1084472461	DANNAY		IBARRA	LOPEZ	2	6				A					A															2	0	
02	RC	1084070148	JOSMARIS	BELEN	MEDINA	CARABALLO	3	0				A					A															2	0	
03	RC	1084472970	SAMANTHA	ISABEL	NUÑEZ	CARIAGA	2	4				A					A															2	0	
04	RC	1084473224	ANGIE	CELESTE	CASTRO	OLAYA	2	3				A					A															2	0	
05	RC	1084473559	JAZIN	EDGARDO	HUERTAS	VARGAS	2	2				A					A															2	0	
06	RC	1073487249	STACY	SARAY	GOENAGA	ARIAS	4	5				A					A															2	0	
07	RC	1083061084	JACKSIEL	NAVID	CABRERA	DIAZ	2	3				A					A															2	0	
08	RC	1084472371	KENNER	ZAID	QUIROZ	SIERRA	3	0				A					A															2	0	
09	RC	1083059001	AITANA	MARIA	HERNANDEZ	CAMPO	3	0				A					A															2	0	
10	RC	1084469313	ETHAN	MANUEL	AGUILAR	BLANCO	4	0				A					A															2	0	
11	RC	1083053801	ZURIEL	SOPHIA	OLIVEROS	GUTIERREZ	5	0				A					A															2	0	
12	RC	1084466610	ANGELLYS	JOHANA	CASTRO	OLAYA	5	0				A					A															2	0	
13	RC	1084072402	CHRISTOPHER	DAVID	TAMARA	CABAS	1	8				A					A															2	0	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	26	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

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 NSTITUCION ANTONIO NARIÑO -FIAN
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001352023
MES: _____ DICIEMBRE 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): MARIA DEL CARMEN DE LA HOZ H! CC_ 36562413
Código CUENTAME UDS: 470100132767 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CARRUSEL MAGICO
Dirección UDS: CALLE 7 KRA 34#9C5 Teléfono UDS: 3154412773

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	1221981280	ASLIN	JOHANNA	CARMONA	RADA	23	5		A					A																	2		
02	CC	1004120788	KAROLAY	NO APLICA	JIMENEZ	PEDRAZA	24	5		A					A																	2		
03	CC	1004354675	ANDREA	CAROLINA	DIAZ	PEREZ	27	4		D					A																	2		
04	RC	1084073980	MADISON	ESTER	REVOLLEDO	MONTES	0	2		A					A																	2		
05	RC	1083068696	ELIAN	DAVID	PEREZ	VILLADA	0	2		A					A																	2		
06	RC	1248369333	ASHLAND	NO APLICA	VIVES	MOLINA	0	4		A					A																	2		
07	RC	1084477416	JARED	JOSUE	BLANCO	LINERO	0	4		A					A																	2		
08	RC	1083067396	ZOE	VANESSA	GONZALEZ	ALTAMAR	0	5		A					A																	2		
09	RC	1004354674	MILAGROS	ISABEL	FERNANDEZ	ALTAMAR	0	4		A					A																	2		
10	RC	1083067747	DAREK	JOSHUE	MENDOZA	GUEVARA	0	5		A					A																	2		
11	RC	1083067425	KIANA	MISHELL	LOBO	JIMENEZ	0	6		A					A																	2		
12	RC	1083067231	LIAM	ALEXANDER	MEJIA	FERRER	0	6		A					A																	2		
13	RC	1083067445	THIAGO	NO APLICA	DIAZ	TORREGROZA	0	6		A					A																	2		
14	RC	1084476595	IAN	HANIEL	PIRE	LASSO	0	10		A					A																	2		
15	RC	1084476384	JULIETA	NO APLICA	SUESCUN	POLO	1	0		A					A																	2		
16	RC	1083065716	MOISES	DAVID	NAVARRO	VASQUEZ	1	0		A					A																	2		
17	RC	1083065348	ANA	SOFIA	ALCAZAR	WILCHES	1	0		A					A																	2		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	34		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Karen M Estrada P.
COORDINADOR(A) EA

María de L Hoz H.
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 NSTITUCION ANTONIO NARIÑO -FIAN
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001352023
MES: _____ DICIEMBRE 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): MARIA DEL CARMEN DE LA HOZ H! CC_ 36562413
Código CUENTAME UDS: 470100132767 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CARRUSEL MAGICO
Dirección UDS: CALLE 7 KRA 34#9C5 Teléfono UDS: 3154412773

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	1093066155	CARMEN	ELENA	VENECIA	SANCHEZ	0	8			A					A																2		
02	RC	1083066474	TAYLOR	DAVID	GUEVARA	HERNANDEZ	0	11			A					A																2		
03	RC	1083065089	SARA	SOFIA	CARDENAS	CUADROS	1	1			A					A																2		
04	RC	1084476073	ALAN	DAVID	OBREGON	DUCAT	1	2			A					A																2		
05	RC	1235545679	LAURA	VALENTINA	BOLAÑO	VARGAS	1	4			A					A																2		
06	RC	1081846443	HANNA	SOFIA	PADILLA	LLERENA	1	4			A					A																2		
07	RC	1084475229	ISBELLA	SOFIA	JHONSON	HURTADO	1	6			A					A																2		
08	RC	1083062741	DARA	SOFIA	MENDIVIL	DUNCAN	1	8			A					A																2		
09	RC	1084475213	KYLIAM	NO APLICA	PINEDO	ECHEVERRIA	1	6			A					A																2		
10	RC	1235544851	EVA	LUNA	VARGAS	SIERRA	2	1			A					A																2		
11	RC	1084071896	DEREK	JOSE	SAENZ	CHATELAIN	1	11			A					A																2		
12	RC	1084071957	CLARISSA	LINEYS	MEZA	GUERRERO	2	0			A					A																2		
13	RC	1235545057	CELESTE	NO APLICA	MEDINA	PEDROZA	2	0			A					A																2		
14	RC	1084071620	CRISTIAN	RONALDO	FERIA	GUEVARA	2	1			A					A																2		
15	RC	1043033963	ALAAN	DE JESUS	RODRIGUEZ	ULACIO	2	4			A					A																2		
16	RC	1084071303	JHONMAR	DAVID	GARCIA	RUDAS	2	4			A					A																2		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	32		

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

Karen M Salcedo
COORDINADOR(A) EA

María de Arles H.
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 NSTITUCION ANTONIO NARIÑO -FIAN
NIT: _____ 802021821-1 NÚMERO DE CONTRATO: 47001352023
MES: _____ DICIEMBRE 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): MARIA DEL CARMEN DE LA HOZ HI CC_ 36562413
Código CUENTAME UDS: 4700100132767 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CARRUSEL MAGICO
Dirección UDS: CALLE 7 KRA 34#9C5 Teléfono UDS: 3154412773

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	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	RC	1083066240	OSMAIRYS	LUCIA	TROMPIZ	GUANIPA	0	11				A					A															2		
02	RC	1235546456	THIAGO	MIGUEL	GIL	CLAVARRIA	2	4				A					A															2		
03	RC	1084071958	BRIHANA	VALENTINA	GARCIA	MARTINEZ	2	4				A					A															2		
04	RC	1235543709	ZOE	ALEXANDRA	SUAREZ	RODRIGUEZ	3	0				A					A															2		
05	RC	1084069333	LUIS	OMAR	TROMPIZ	GUANIPA	3	1				A					A															2		
06	RC	1084069112	GAEL	MATHIAS	GARCIA	MARTINEZ	3	5				A					A															2		
07	RC	1084071139	IANS	MATIAS	VARGAS	RODRIGUEZ	3	5				A					A															2		
08	RC	1084608827	DANIEL	DAVID	RODRIGUEZ	MONSALVE	3	9				A					A															2		
09	RC	1084069279	JUNIOR	SAMUEL	MEDINA	REYES	4	2				A					A															2		
10	RC	1083066266	TANIA	MARCELA	MEDINA	VILLAMIZAR	4	2				A					A															2		
11	RC	1235562486	DARIAN	SNAYDER	JHONSON	VARELA	4	3				A					A															2		
12	RC	1205971686	ELENA	CAROLINA	REALES	MEDINA	4	3				A					A															2		
13	RC	1086897246	ISAAC	ENRIQUEZ	VARGAS	RODRIGUEZ	4	8				A					A															2		
14	RC	1083054561	MATEO	ANDRES	COLPA	RODRIGUEZ	4	10				A					A															2		
15	RC	1235541362	MARIA	ALEJANDRA	VILLALOBOS	SALAS	5	1				A					A															2		
16	RC	1236439295	JOEL	DAVID	LOPEZ	RIVERA	5	2				A					A															2		
17	RC	1083052733	ALEJANDRO	MATIAS	VERGARA	JHONSON	5	3				A					A															2		
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	34	

Verificacion 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

Karen M Estrada
COORDINADOR(A) EA

Maria de la Hoz H.
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