BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCORIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 11005402024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Párvulos A Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): MILENA MATIZ HERNANDEZ CC: 52.748.901
Código CUENTAME UDS: 1100100133555
Dirección UDS: Calle 5B # 73B - 26
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY
Teléfono UDS: 7029728

Hoja 1 de 20

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					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1141380764	Maria	Jose	Ravagli	Bulla	1	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
02	RC	1012927591	Sara	Paulina	Ramirez	Palma	1	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
03	RC	1026604442	Caleb	Joel	Yucuna	Montes	1	11				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
04	RC	1034793896	Alysse	Adhara	Castro	Barrios	2	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
05	RC	1034323161	Jose	Gabriel	Virviescas	Corrales	2	1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	I	I	16	4	
06	RC	1141378201	Sofia		Beltran	Rincon	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	18	2	
07	RC	1206227927	Sofia	Nellannys	Molina	Martinez	2	2				I	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
08	RC	1221727174	Julieta		Alvarez	Vanegas	2	3				A	A	A	A	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	10	10	
09	RC	1141378412	Juan	Pablo	Ramirez	Camargo	2	4				A	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
10	RC	1015488004	Emiliano		Bejarano	Arias	2	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	18	2	
11	RC	1233520092	Andres	David	Alfonso	Sanchez	2	7				I																					0	1	V
12	RC	1233519985	Benjamin		Duque	Ballesteros	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
13	RC	1233519984	Victoria		Duque	Ballesteros	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
14	RC	1010850419	Juan	David	Bello	Cardenas	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
15	RC	1031860617	Sara	Sofia	Forero	De La Hoz	1	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	18	2	
16	SD		Liam	Alberto	Lubo	Peña	2	2				A	A	A	I	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	17	3	
17	SD		Noah	David	Lubo	Peña	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	18	2	
18	RC	1019920746	Nicolas	Santiago	Pinzon	Quintero	2	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	18	2	
19	RC	1141376785	Andres	Valentino	Ulloa	Soteldo	2	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
20	RC	1141374849	IAN	Matias	Otro	Moreno	2	0				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	17	3	
																				A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	A	10	3	
																																	TOTAL	338	36	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Milena Matiz 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

Bogotá D.C 22 mayo 2024

Cordial Saludo Hogar Infantil los Colores de Mandalay.

Yo Argelis Martinez en calidad de madre de Sofia Neliannys Molina Martinez identificada con Nuip N° 1106227927, manifiesto que he dejado a mi hija en cuidado en casa desde el dia 08 de Mayo hasta el dia de hoy 22 de Mayo, ya que mi hija tiene una virosis respiratoria y prefiero tenerla en casita.

Argelis Martinez

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 : FUNDACIÓN ARCORIS DE AMOR
NIT: 900.203.742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1109502024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Párvulos A
Nombre Agente Educativo (a): MILENA MATIZ HERNANDEZ Centro Zona: KENNEDY CENTRAL
CC: 52.748.901 Municipio: BOGOTÁ
Hoja 1 de 20
Código CUENTAME UDS: 1100100133555
Dirección UDS: Calle 58 # 73B - 26
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY
Teléfono UDS: 7029728

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1141379640	JOEL	THOMAS	GOMEZ	PARRA	2	0																									11	2	
02																				A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A			
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	11	2	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Milena Matiz 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

Bogotá, D.C. 06 de mayo de 2024

SEÑORES:
HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY
La Ciudad

ASUNTO: RETIRO

Reciban un cordial Saludo.

Yo, **JEFERSSON BEJARANO** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.023.015.190 de Bogotá, como padre y acudiente del niño **EMILIANO BEJARANO ARIAS** identificado con Registro Civil No. 1.015.488.004 del grupo Párvulos, informo del retiro de su institución desde el 02 de mayo, porque contamos con una persona que lo cuidara en la casa.

Les agradezco la atención y la colaboración prestada a la presente.

Cordialmente,

JEFERSSON BEJARANO
C.C. No. 1.023.015.190 Bogotá
Celular: 300 336 5774

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 : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: _ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 11005492024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Párvulos B Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): DANIELA ROMAN HERNANDEZ CC: 1.052.217.547
Código CUENTAME UDS: 1100100133555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY
Dirección UDS: Calle 5B # 73B - 26 Teléfono UDS: 7029728

Hoja 1 de 20

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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	RC	1141377425	Anthuan		Lozano	Gonzalez	2	5				A	A	A	A	A	A		I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18	2	
02	RC	1233520179	Violet		Baquero	Calvo	2	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	I		18	2	
03	RC	1011111271	Angel		Gutierrez	Neusa	2	6				A	A	I	A	I	I	I		A	A	A	A	I	A	I	A	A	A	A	A	A		14	6	
04	RC	1047974030	Ian	Mathias	Zambrano	Aguilar	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1141376461	Bianca	Luciana	Cardenas	Quevedo	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
06	RC	1010764578	Santiago	David	Rosas	Tibacuy	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	I		16	4	
07	RC	1010764577	Mariana	Victoria	Rosas	Tibacuy	2	8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	I		16	4	
08	RC	1233519633	Martin		Hernandez	Camargo	2	9				A	A	I	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
09	RC	1233520227	Juan	Felipe	Riscanevo	Quinche	2	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
10	RC	1034793409	Izrael	Josue	Rebolledo	Vacca	2	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
11	RC	1073184266	Laura	Isabella	Ortega	Quintero	3	0				A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
12	RC	1015000654	Luciana		Echeverry	Ramirez	3	6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
13	RC	1010849490	Lia	Celeste	Vasquez	Alvarez	3	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	A		17	3	
14	RC	1054574259	Liam	Gael	Renteria	Henao	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A		17	3	
15	RC	1020010816	Martin	Emiliano	Riaño	Gonzalez	2	8				A	A	I	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	I	A		17	3	
16	RC	1191225277	Liham	Nicanor	Muñoz	Mora	2	1				I	I	A	A	I	I	A		A	I	A	A	I	A	A	I	A	A	I	A	A		12	8	
17	RC	1033830507	Lian	Esteban	Bustamante	Lopez	2	7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
18	RC	1010252490	Balloled	Nicolle	Acosta	Alvarez	2	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		19	1	
19	RC	1018520552	MIA	ISABELLA	OLAYA	TUSSO	2	1													I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	I	A		7	4	
20																																			
																															TOTAL		323	48	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	19
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Daniela Román Hernández
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	F8.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN NACIONES DE AMOR

NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1109540024

MES: MAYO AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOGOTÁ Prejardín A Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ

Nombre Agente Educativo (a): LILIANA URIBE NIEVES CC: 52.319.094

Código CUENTAME UDS: 1100100133555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY

Dirección UDS: Calle 5B # 73B - 26 Teléfono UDS: 7029728

Hoja 1 de 20

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	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	1013157787	Laura	Victoria	Mateus	Viera	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
02	RC	1013157786	Ian	Francisco	Mateus	Viera	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
03	RC	1012926983	Juana	Sofia	Peñaloza	Escobar	3	2				I	I	I	I	I	I	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	12	8	
04	RC	1013157563	David	Fernando	Rodriguez	Cordoba	3	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
05	RC	1044015828	Samuel	Andres	Gaitan	Infante	3	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	I	A	A	I	I	I	A	16	4	
06	RC	1073611203	Liam	Damian	Zamudio	Azuero	3	4				A	A	A	I	I	I	A	I	A		A	A	A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	13	7	
07	RC	1013157342	Maria	Celeste	Duque	Vasquez	3	4				I	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	2	
08	RC	1197473706	Gabriela		Upegui	Bejarano	3	5				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
09	RC	1015000753	Cristian	Emiliano	Ortiz	Celis	3	5				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	19	1	
10	RC	1300001505	Yhorfence	Jacob	Aguiar	Ustariz	3	6				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	19	1	
11	RC	1021402549	Simon	Andres	Bustos	Basto	3	6				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	18	2	
12	RC	1069179880	Juan	Manuel	Aranda	Cortes	3	6				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
13	RC	1233518706	Thiago	Leon	Ramos	Rodriguez	3	6				A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	1	
14	RC	1034792748	Guadalupe		Vergara	Aparicio	3	7				A	A	A	I	A	I	I	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	I	I	I	I	12	8	
15	RC	1023987342	Ian	Samuel	Nieto	Arcila	3	7				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
16	RC	1011331061	Gaby		Garcia	Morales	3	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I	16	4	
17	RC	1022450728	Walter	Jose	Maldonado	Fernandez	3	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
18	RC	1012926211	Jesús	David	Gutierrez	Martinez	3	11				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
19	RC	1020008454	Eiby	Sofia	Martinez	Bulla	4	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
20	RC	1043337702	Luciana		Deavila	Gonzalez	4	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
																																	TOTAL	359	41	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Liliana Uribe

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

INCAPACIDAD MEDICA

Clinica del Country

Fecha: 10-may-2024 BOGOTA D.C No. 110

Nombres y Apellidos
JUANA SOFIA PEÑALOZA ESCOBAR

Tipo y Nº Documento
REGISTRO CIVIL 1012926983

NIT 830005028-1
Razón social - Administradora Country S.A.S

Entidad de afiliación
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Código de habilitación
1100109599-01 Sede Principal

Entidad promotora de salud
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Grupo de Servicios:
03

Modalidad de la prestación del servicio:
Intramural

Incapacidad Retroactiva:
Si [ ] No [X]

Prorroga:
Si [ ] No [X]

Empresa donde Trabaja

Ocupación
Menor de edad

Teléfono

Diagnóstico principal :
Código: H669

Diagnósticos Relacionados: R620

Origen de la Incapacidad
Enfermedad general

Tipo
Hospitalaria - Primera Vez

Fecha de Inicio
03/05/2024

Fecha de finalizacion
12/05/2024

Dias
10 (diez)

Observaciones

DOCTOR: CLARA EUGENIA ABELLO REYES
Reg. Médico: 60322453
CC: 60322453
Especialidad: Pediatria

Firma Paciente
Doc Nº: REGISTRO CIVIL 1012926983

Por favor No olvide transcribir su incapacidad en la EPS

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

CERTIFICADO MÉDICO No. 7155769

Centro Medico Plaza De Las Americas EPS Sanitas - NIT: 9010416913
Cra 71D # 6-94 Sur Locales 3003-4002,Teléfono: 3759000
Nombre: SAMUEL ANDRES GAITAN INFANTE
Identificación: RC 1044015828 - Sexo: Masculino - Edad: 3 Años

BOGOTA D.C.
27/05/2024, 08:22:06
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1776015-1-8

CERTIFICADO MÉDICO

Peso: 11.3 kg Talla: .92 m IMC: 13.35 kg/m2 Perímetro cefálico: 48 cm Perímetro del brazo: 13.3 c No asiste a programa de crecimiento y desarrollo

Indicadores antropométricos

IMC/Edad: No Aplica (Verificar con P/T). Perímetro Cefálico/Edad: Normal. Peso/Edad: Desnutrición Global. Peso/Talla: Desnutrición aguda moderada. Talla/Edad: Riesgo de Talla Baja.

Certifico que el paciente asistió en el día de hoy a la consulta médica, con su acompañante Sr (a) Andrea Infante identificado (a) con (tipo de documento) CC N. 52841427. Actualmente cursa con cuadro de rinofaringitis aguda, se indica manejo ambulatorio sintomatico, se dan recomendaciones, control en 48 horas, se indica aislamiento en casa por 2 dias.
Fecha de inicio: 27/05/2024
Fecha final: 28/05/2024

MÉDICO

Centros Médicos Colsanitas NIT: 901041691-3 CENTRO MÉDICO PLAZA DE LAS AMÉRICAS EPS SANITAS Cra. 71D # 6-94 Sur Locales 3003 - 4002

Melissa Durango G.
MÉDICA GENERAL
C.C. 1088347417
R.U.A.M.

Melissa Durango Gil - Medicina General
CC 1088347417 - RM. 1088347417
- Impreso: 27/05/2024, 08:22:12

Original

Impresión realizada por: medurango

Colsubsidio

Salud

GOL SUBSIDIO NIT 860007336-1

Consecutivo:

Nombre del Paciente: [illegible]

Tipo de documento: Registro Civil

Número de documento:

Edad de nacimiento:

Edad atención: 3 años 4 meses

Sexo: M

Ciudad:

Asegurador: FAMICOL S CLINICA PDZ

Categoría: A

Tipo de afiliación: BEN Beneficiario

Lugar de atención: CL CIUDAD ROMA

Fecha de ingreso:

Certificado Medico

Hora Ingreso a Consulta: 11:46

Fecha Ingreso a Consulta: 07/05/2024

Modalidad de atención: Urgencias

Fecha de Egreso: 07/05/2024

Procedimiento Estetico: NO

Diagnóstico Principal: J11X

Observaciones: SE INDICA INCAPACIDAD MEDICA 3 DIAS DESDE 07/05/24 09/05/24 SE CERTIFICA QUE ASISTE CON EL PADRE

Este documento no tiene efectos de incapacidad laboral

Firma del prestador

Responsable: [illegible] Número de identificación: 1013492[illegible] Especialidad: MEDICINA GENERAL

Bogotá, 27 mayo 2024

Fundación Arcoíris de Amor
HI Los colores de Mandalay

Asunto: Excusa inasistencia al jardín

Estimadas
Coordinadora Margarita Mesa Ortiz
Docente Liliana Uribe Nieves

Yo Jaquelin Azuero Cortes identificada con C.C 1073607548 progenitora de Liam Damián Zamudio Azuero identificado con R.C 1073611203 del nivel pre jardín por medio del presente me permito informar que desde el día miércoles 22 de mayo presento fiebre y gripa motivo por el cual no asistió al jardín pensando en su bienestar y el de los demás niños desde la fecha hasta el viernes 24 de mayo, previamente se había informado por Whatsapp, No se envía excusa medica teniendo en cuenta que se le dio manejo en casa.

De ante mano agradezco su comprensión y quedo atenta de lo que se requiera

Saludos cordiales,

Jaquelin Azuero Cortes
Jaquelin Azuero Cortes
C.C 1073607548
Progenitora

CLINICA COLSANITAS S.A.
INCAPACIDAD
GENERADO: 30/05/2024 12:23

SUCURSAL: CLINICA INFANTIL SANTA MARIA DEL LAGO
DIRECCION: CL 73 A # 76-65 BRR TABORA
TELEFONO: 0
ENTIDAD AFILIACION: EPS SANITAS S.A.S
NIT: 830149384
CIUDAD: BOGOTA D.C
FECHA: 30/05/2024
NOMBRE USUARIO: GUADALUPE VERGARA APARICIO
PLAN USUARIO: OTRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: RC - 1034792748
TIPO DE USUARIO: CONTRIBUTIVO

CARNET: 010 (PLAN) 00000000851805 (CONTRATO) 00001 (FAMILIA) 000000003 (USUARIO)

FECHA NACIMIENTO: 03/09/2020
ESTADO CIVIL: OTRO
OCUPACION: PENSIONADOS ESTUDIANTES Y AMAS DE
DIR. DOMICILIO: CARRERA 81 B 10 F 11
TEL. DOMICILIO: 3133801234
LUGAR RESIDENCIA: BOGOTA D.C
TIPO VINCULACION: OTRO
ACOMPAÑANTE: APARICIO LAURA
TEL. ACOMPAÑANTE: 3133801234
RESPONSABLE: LAURA APARICIO
PARENTESCO: MADRE
TEL. RESPONSABLE: 3133801234

INCAPACIDAD

DIAS DE INCAPACIDAD: 10
FECHA INICIAL: 30/05/2024
FECHA FINAL: 08/06/2024
DIAGNOSTICO: J22 X
TIPO DE INCAPACIDAD: GENERAL
OBSERVACIONES: PACIENTE HOSPITALIZADO DESDE 26/05/2024 HASTA 30/05/2024 CON INDICACION DE ACOMPAÑANTE PERMANENET DADO QUE SE TRATA DE MENOR DE EDAD. EGRESA EN PROGRAMA DE HOSPITALIZACION EN CASA

FIRMA Y SELLO MEDICO: _____ FIRMA USUARIO: _____

PROFESIONAL: CORDOBA CASTELBLANCO DANIELA
REGISTRO: 1033805317
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

CLINICA COLSANITAS S.A.

INCAPACIDAD

GENERADO: 27/05/2024 09:40

SUCURSAL: CLINICA INFANTIL SANTA MARIA DEL LAGO — DIRECCIÓN: CL 73 A # 76-66 BRR TABORA

TELEFONO: 0 — ENTIDAD AFILIACIÓN: EPS SANITAS S.A.S

NIT: 8001493894 — CIUDAD: BOGOTA D.C.

NOMBRE USUARIO: GABY GARCIA MORALES — FECHA: 27/05/2024

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: RC - 1011331061 — PLAN USUARIO: PLAN A

CARNET: 010 (PLAN) 00000000655427S (CONTRATO) 00001 (FAMILIA) 000000004 (USUARIO) — TIPO DE USUARIO: CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 16/06/2020 — ESTADO CIVIL: OTRO — OCUPACION: PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS

DIR. DOMICILIO: CALLE 6 B BIS 79 C 04 — TEL. DOMICILIO: 3017091733 — LUGAR RESIDENCIA: BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: BENEFICIARIO NO — ACOMPAÑANTE: MORALES ESTEPHANIA — TEL. ACOMPAÑANTE: 3017091733

RESPONSABLE: ESTEPHANIA MORALES RAMIREZ — PARENTESCO: MADRE — TEL. RESPONSABLE: 3017091733

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 3 — FECHA INICIAL: 27/05/2024 — FECHA FINAL: 29/05/2024

DIAGNOSTICO: J06.9 — TIPO DE INCAPACIDAD: GENERAL

OBSERVACIONES:

ALLISON VIVIANA CELIS C.
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ FIRMA USUARIO: _____

NOMBRE PROFESIONAL: CELIS CARDENAS ALLISON VIVIANA

REGISTRO: 1020832989

ESPECIALIDAD: RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

FIRMA ELECTRÓNICAMENTE

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 : FUNDACIÓN ARGOSIRIS DE AMOR
NIT: _ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1600540024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Prejardín A Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA URIBE NEVES CC: 52.319.094
Código CUENTAME UDS: 1100100133555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY
Dirección UDS: Calle 58 # 73B - 26 Teléfono UDS: 7026728

Hoja _1_ de _20__

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					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V			
01	RC	1043338003	Jonas		Palacio	Mejia	3	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
02	RC	1073831680	Ellan	Daniel	Arteaga	Alvarez	3	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	0	
03	RC	1233700419	Emily	Luciana	Fernadez	Gutierrez	2	10				A	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	16	4	
04	RC	1074830163	CHRISTOPHER	ANTONIO	CASTELLANOS	MURCIA	3	6						A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
05	RC	1118382423	KRISTEN	YARI	MATEUS	GUTIERREZ	3	4													A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0	
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 85 4

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	5
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Liliana Uribe
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

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR

NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1605-XXX24

MES: MAYO AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOGOTÁ Jardín A Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ

Hoja 1 de 20

Nombre Agente Educativo (a): MARIA GUADALUPE LOMBANA RAMIREZ CC: 52.015.967

Código CUENTAME UDS: 1100100133555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY

Dirección UDS: Calle 5B # 73B - 26 Teléfono UDS: 7029728

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA								
									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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1034792160	Ethan	David	Castro	Barrios	4	0				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
02	RC	1031855029	Maria	Jose	Villanueva	Cabezas	4	1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
03	RC	1023417958	Saray	Valeria	Carrillo	Yate	4	3				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
04	RC	1012925976	Sara	Sofia	Garzon	Torres	4	3				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
05	RC	1233518154	Alejandra		Torres	Torres	4	3				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
06	AMN	9012020292	Dylan	David	Ortiz	Superiano	4	3				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
07	RC	1141369521	Meldy	Luciana	Campos	Lizcano	4	4				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
08	RC	1016921086	Samantha		Duque	Vasquez	4	4				A	A	A	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
09	RC	1029299307	Jorge	Andres	Guzman	Cruz	4	5				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
10	RC	1030710894	Adriana	Marisol	Leiva	Alvarado	4	6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
11	RC	1233517675	Joel	Matias	Valles	Moreno	4	6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
12	RC	1010848575	Anna	Victoria	Guerrero	Maldonado	4	6				A	I	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
13	RC	1141368767	Jeronimo		Sanchez	Acosta	4	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
14	RC	1013696450	Daniel	Jeronimo	Perez	Cardenas	4	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
15	RC	1010969249	Susan	Ariana	Juanias	Velez	4	8				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	A		17	3	
16	RC	1141367668	Juan	Felipe	Arias	Ballen	4	9				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	A	A	A	A	A		16	4	
17	RC	1141367477	Alisson	Lizeth	Pineda	Alvarado	4	10				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A		19	1	
18	RC	1012925377	Laura	Gabriela	Colmenares	Prada	4	11				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	0	
19	RC	1141366685	Gabriela		Murcia	Camacho	5	0				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	2	
20	RC	1105174848	Shara	Sofia	Erazo	Arcila	4	7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	A	A	A	A	A	A		17	3	
																																TOTAL	380	20	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Guadalupe Lombana

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Fecha Radicado:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº145818

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 21/mayo/2024 10:03 a. m.

Médico: DI0183454 SANDRA PATRICIA CALDERON ESPEJO

Información Paciente: JUAN FELIPE ARIAS DALLEN **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: RegistroCivil **Número:** 1141367668 **Edad:** 4 Años / 11 Meses / 14 Días **F. Nacimiento:** 07/06/2019

Entidad: RC_118_1 EPS COMPENSAR CONTRIBUTIVO - CONTRATO CSS 041-2017

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 3 **Fecha Inicial:** 21/mayo/2024 **Fecha Final:** 23/mayo/2024

Diagnóstico: J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS

Codigo de prestador: RC_006

Nombre prestador: EPS COMPENSAR

Tipo de incapacidad Ninguna

Tipo de atencion: EnfermedadGeneral

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2016
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN NARCOSIS DE AMOR

NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100-XX/2024

MES: MAYO AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOGOTÁ Jardín A Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ

Nombre Agente Educativo (a): MARIA GUADALUPE LOMBANA RAMIREZ CC: 52.015.967

Código CUENTAME UDS: 1100100133555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY

Dirección UDS: Calle 5B # 73B - 26 Teléfono UDS: 7029728

Hoja 1 de 20

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	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	1140936610	Emily	Valeria	Marin	Estepa	5	0											A	A	A	A		I	I	A	A	A	A	A	A	A	A		11	2	
02																																				
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	11	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Guadalupe Lombana

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