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: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 110054022024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): ORTEGON SERRATO MAYERLI CC: 1030612039 MATERNOS
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	1013160032	VALERY		SUA	BELTRAN	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		20	1	
02	RC	1016123053	EMILY	SOFIA	ALVARADO	PUERTO	1	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	A	A		20	1	
03	RC	1034794692	GABRIELA		DURAN	LANCHEROS	0	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
04	RC	1011266000	JEAN	PIERRE	ALADANTE	RUIDIAS	0	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
05	RC	1011266001	CELESTE		ALADANTE	RUIDIAS	0	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
06	RC	123352490	AMY	ALANNNA	RAMIREZ	MORENO	.1	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
07	RC	1013160066	DANNA	SOFIA	NAVARRO	SALINAS	1	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
08	RC	1243765294	EMY	SOFIA	AYALA	GAMAN	1	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
09	RC	1013160090	JUANA	VICTORIA	PAJARO	CUESTA	1	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	I	A	I	I	A	A	A	A		18	3	
10	RC	1012927810	HELLEN	SALOME	ORJUELA	MORA	1	3		A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	10X	6	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Pineda
COORDINADOR(A) FA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es [illegible] NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS [illegible] DE LA LEY 1581 DE 2012

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

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 : FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT _ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO 1105492024
MES OCTUBRE AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): CAMELO JENNIFER YULIETH CC: 1024533613 CAMENADORES A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

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	1013159602	ISABELLA		DEAQUINO	GONZALEZ	1	2		A	A	A	A	A	A	H	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
02	RC	1233701910	GABRIELA		RUIZ	DEVIA	1	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	I	A	A	A	A	A	A	19	2	
03	RC	1013159877	GABRIELA		JARAMILLO	PIÑEROS	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
04	RC	1013159918	CHRISTOPHER		GOMEZ	PEREA	1	5		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	I	17	4	
05	RC	1013160149	JERONIMO		TRIVIÑO	LOPEZ	1	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
06	RC	1022452633	CRITSOPHER	JUAN	TORRES	CASTRO	1	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
07	RC	1141380134	MIA	GABRIELA	BIUCHE	LEMES	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	A	A	20	1	
08	RC	1070994492	BEYHAM	ANTONELLA	CONTRERAS	UNAS	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	I	A	19	2	
09	RC	1011264638	BLAKE	ALEXANDER	VILLAMIL	DABON	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
10	RC	1022452526	GERONIMO		CARDONA	DIAZ	1	4		I	I	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	3	
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	198	12	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Jenifer Camelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Toda impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

...TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

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: 1100502024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): MELO MORERA ERIKA LORENA CC: 1018436914 CAMINADORES B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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	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	1015001502	ALAIA	JULIANA	DIAZ	GUZMAN	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A		18	3	
02	RC	1030712922	SARA	SOFIA	HERNNADEZ	AGUILAR	1	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
05	RC	1113871795	BENJAMIN		LOPEZ	ABRIL	1	11		A	A	A	A	I	I	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
04	RC	1012927691	SARA	VIOLETA	RIOS	PABON	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
05	RC	1233521703	LORENZO		MUELLE	BERNAL	1	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
06	RC	1012927646	ISAAC		ALBARRACIN	MARTINEZ	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
07	RC	1018520847	AMAIA	ANTONELLA	BARON	PAIVA	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
08	RC	1034405480	SARA	ISABEL	CARABALLO	MARTINEZ	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
09	RC	1141381323	SANTIAGO		QUITIAN	SOACHE	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
10	RC	1070755094	MARIA	SERAN	SABOGAL	MONROY	1	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	I	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	203	7	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Erika Melo
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

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

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: 110054022024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): CUCARIAN ROBAYO LILIANA MARIA CC: 1054372516 CAMINADORES C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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	1030712533	THOMAS	EMILO	VERA	RODRIGUEZ	2	1		A	A	I	A	A	A	I	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A		17	4	
02	RC	1141530327	MARIA	ANTONIA	PAEZ	RIVERA	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
03	RC	1141140804	MATILDE		ALBINO	HERNANDEZ	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
04	RC	1032515168	MIGUEL	LEONARDO	VALLEJO	MERA	2	2		A	A	A	A	I	I	I	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A		18	3	
05	RC	1013159861	AGEL	DAVID	RUIZ	LUGO	1	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
06	RC	1013159542	JACOB	EMILIANO	OTALORA	MESA	1	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		20	1	
07	RC	1013159964	HEYLEN	ANTONELLA	CARRERO	PAEZ	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
08	RC	1076927002	JULIAN		QUINO	ORTIZ	1	6		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	I	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		21	4	
09	RC	1015488795	ANTONIA		MEJIA	AGUDELO	1	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
10	RC	1034672985	ANTONELLA		BUITRAGO	GARCIA	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		19	2	
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	200	14	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A)

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y HACEN PARTE DE LOS DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Nathalia R.
25-10-24.
28-10-24

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: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
Nit: 900,203,742-3 | NÚMERO DE CONTRATO: 1180540024
MES: OCTUBRE | AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: BOGOTÁ | Centro Zona: KENNED Y CENTRAL | Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA | CC: 46676579 PARVULOS A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 | Teléfono UDS: 4831105

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 (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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	RC	1141530085	ANTONIA		SEPULVEDA	DELBUSTO	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
02	RC	1027303329	VERONICA		SASTOQUE	MOSQUERA	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A	I A A A A	A A A A A	20	1	
05	RC	1022451731	ANGEL	MATIAS	CASALLAS	BRICEÑO	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
04	RC	1015001277	JUAN	ESTEBAN	NOVA	VERA	2	5	A A A I A	A A A A A	A I A	A A A A A	A A A A A	19	2	
05	RC	1011261789	MATIAS		GONZALEZ	TORRES	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A I	A A A A A	20	1	
06	RC	1012927429	ERICK	SANTIAGO	MORA	RODRIGUEZ	2	7	A A A A A	A A A A I	A A A	A A A A I	A A A A A	19	2	
07	RC	1034793845	MIA	ANTONELLA	BARON	RODRIGUEZ	2	5	A A I I I	I I I I I	A A A	A A I A I	A A A A A	12	9	
08	RC	1016608960	SALOME		TORRES	BARRANTES	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
09	RC	1022451707	ANTONELLA		GONZALEZ	GONZALEZ	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
10	RC	1034793707	EMMANUEL		VELANDIA	MONROY	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
11	RC	1011261681	NATHAN	SANTIAGO	DUARTE	GUERRERO	2	3	A A A A I	I I I I I	A A A	A A A A A	A A A A A	16	5	
12	RC	1026604205	MARIA	GUADALUPE	GIL	TEJEDA	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
13	RC	1014966719	ABEL	DAVID	RIOS	HERNANDEZ	1	5	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A I	A A A A A	20	1	
14	RC	1233926196	MARIA	HELENA	CABALLERO	RAMIREZ	1	10	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A I	A A A A A	20	1	
15	RC	1013159066	JUAN	JOSE	SANTANA	GOYENECHE	2	3	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
16	RC	1016971190	LUNA	HELENA	LEAL	ARANA	2	7	A A A A A	A A A A I	A A A	A A A A A	A A A A A	20	1	
17	RC	1020850668	DAHIA	SALOME	BOLIVAR	CABRA	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
18	RC	1233521164	DANNA	SOPHIA	CAÑON	PARRA	2	4	A A A A A	A A A A A	I A A	A A A A A	A A A A A	20	1	
19	RC	1243763169	ITHIEL	SAMUEL	RUIZ	RENGIFO	2	0	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A A	21	0	
20	RC	1022451351	JORGE	MARIO	GONZALEZ	SARMIENTO	2	9	A A A A A	A A A I I	A A A	A A A A A	A A A A A	19	2	
													TOTAL	394	26	

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

Diana Peñaloza
COORDINADORA(, EA

Nubia H. Gonzalez S
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera una COPIA NO CONTROLADA
EL USO INDEBIDO DE ACUERDO A LA POLITICA DE SEGURIDAD

Nathalia R
25-10-24
29-10-24

Bogotá, 03 de octubre de 2024

Señores
Hogar Infantil Gerona Arcoíris De Amor
Bogotá

Respetados Señores

Yo **SONIA GUERRERO GARAY**, identificada con C.C. No. 1.030.538.551 de Bogotá, mediante la presente me permito informar que el niño **NATHAN SANTIAGO DUARTE GUERRERO - PARVULOS A**, durante el transcurso de la semana del 7 al 11 de octubre no va a asistir al jardín por motivos familiares. Retomara sus actividades habituales en el jardín el 15 de octubre.

Agradezco su atención y comprensión.

Cordialmente,

SONIA GUERRERO GARAY
C.C. No. 1.030.538.551
MAMÁ Y ACUDIENTE

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: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NUMERO DE CONTRATO: 1100532024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCION: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTA_
Nombre Agente Educativo (a): VARGAS BERMUDEZ EVELIN JULIETH CC: 1116789182 PARVULOS B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja _1_ de _1_

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	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	1300002468	LIAM	SANTIAGO	MARIN	ESPINOSA	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	I	A	A	I	I	A	A	A		18	3	
02	RC	1141376904	EIMY	LUCIANA	LAVERDE	AVILA	2	10		A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I	A		19	2	
03	RC	1030710868	IAN	SAMUEL	ABRIL	MARTIN	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
04	RC	1013158143	JUAN	PABLO	SANCHEZ	GUTIERREZ	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
05	RC	1016121010	SAMUEL		JIMENEZ	MORALES	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
06	RC	1034794243	EIMY	ISABELLA	MONROY	CAÑON	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
07	RC	1025158303	SANTIAGO		BERNAL	ROJAS	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
08	RC	1141376593	SALOME		CARVAJAL	SEDANO	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		20	1	
09	RC	1011331483	LYAN	MATHIAS	MORENO	RAMIREZ	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
10	RC	1025158527	ELIANA	ANTONELLA	CORREA	VILLANUEVA	1	11		I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
11	RC	1013158703	AXEL	JACOB	ORTIZ	CABALLERO	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
12	RC	1023422077	SARA	VALENTINA	CAMPOS	ARCINIEGA	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
13	RC	1030711536	NAIAH	LUHANA	ANGARITA	HERNNADEZ	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
14	RC	1029155330	PAULINA		ROSAS	SILVA	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	I	A	A	A	I	A	A		18	3	
15	RC	1011261685	ADRIAN		RUIDIAZ	GIRALDO	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	I	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
16	RC	1027544199	SAMUEL	ALEJANDRO	PEÑA	ROJAS	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
17	RC	1013158562	ISABELLA		HERNANDEZ	CARLOS	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
18	RC	1141377020	SAMUEL		RAMIREZ	LOPEZ	2	9		A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
19	RC	1013158829	EMMA	GABRIELA	HERNANDEZ	RODRIGUEZ	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
20	RC	1141578919	EVA	ISABELLA	BONILLA	ARIAS	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	I		A	I	I	I	I	A	A	A	A		15	6	
									TOTAL																								190	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

Diana Ponce
COORDINADOR(A) TA

Evelin Vargas B.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS ... DE ACUERDO CON LA LEY 1581 DE 2012

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

Colsubsidio
Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860 007 336 1

Fecha: 22.10.2024 **Hora:** 14:21:26

Nombre: EVA BONILLA ARIAS **Documento de Identificación:** Registro Civil 1141378919

SE DA INCAPACIDAD PARA EL COLEGIO POR 3 DÍAS A PARTIR DE HOY 22/10/2024 HASTA 24/10/2024 , CUIDADOS EN CASA

Nombre Prestador: ROMERO, DIANA

Documento de Identificación: 1084223627

Especialidad del médico: MEDICINA GENERAL

Lugar de Atención: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

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 1100502024
MES: OCTUBRE AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA CC: 1073680194 PARVULOS C
Codigo CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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 (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)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	RC	1019850291	SIMON		GUAYAN	GONZALEZ	3	1	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A A	21	0	
02	RC	1016754320	SALOME		LOPEZ	MONCAYO	1	11	A A A A A / A A I A A / A A A / A A A A A / A A I A	19	2	
03	RC	1019850287	DANIELA	VICTORIA	GUERRA	VIUCHE	3	1	A A A I A / A A A A A / I A A / A A A I A / A A A A	18	3	
04	RC	1011260273	ALICE		CAMPOS	CABRERA	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A	21	0	
05	RC	1031947802	MIGUEL	ANGEL	LOPEZ	SARMIENTO	3	1	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A	21	0	
06	RC	1028846453	LUCIA		BOCANEGRA	HERNANDEZ	2	0	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A	21	0	
07	RC	1013158234	MARIA	PAULA	BAEZ	FERNANDEZ	2	11	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A I A	20	1	
08	RC	1032516294	MIA		OQUENDO	LOPEZ	2	8	A A A A A / A A A A A / I A A / A A A A A / A A A I	19	2	
09	RC	1146151229	EMMA		JAQUE	BARRETO	1	11	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A I I / A A A A	19	2	
10	RC	1034793722	EITHAN	ISAAC	QUITIAN	NUÑEZ	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A	21	0	
11	RC	1018277815	VIOLETTA		RETREPO	ROMERO	2	9	I I I I I / I I / / / / / / / / / /	0	7	V
12	RC	1013159859	DAFFNNE	VICTORIA	JIMENEZ	HERRERA	1	11	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A	21	0	
13	RC	1246799641	SHERLYN	GABRIELA	TABERA	GUTIERREZ	2	6	A I A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / I A A A	19	2	
14	RC	1243761432	CARLOS	ALBERTO	BORJAS	NAVA	2	10	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A I / A A A A	20	1	
15	RC	1013159448	NICOLLE	DANIELA	ARIAS	PACHECO	2	2	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A I A	20	1	
16	RC	1233923871	SAMAEL	SANTIAGO	IZA	MERCADO	2	9	I I I I A / A A A A A / I A A / A A A I I / A A A A	14	7	
17	RC	1243763174	JUAN	DIEGO	MEDINA	LEAL	1	10	A A A A A / A A A A A / A A A / A A A A A / A A A A	21	0	
18	RC	1013159666	GABRIEL	FELIPE	CASTAÑEDA	SUAREZ	2	1	A A A A A / A I A A A / A I A / A A A A A / A A A A	19	2	
19	RC	1141379613	JULIETA		ZAMBRANO	MORENO	2	3	A A A A A / A A A A A / A A A / A I I I A / A A A A	18	3	
20	RC	1011262477	VICTORIA	SARAI	MORILLO	ARCHILE	2	4	A I A A A / A A A A A / A A A / A A I I I / I I I I	13	8	
										TOTAL	369	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

Diana Perdomo
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

N Alvarado R
25-10-24
28-10-24

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

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 ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540/2024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCION: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACION
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA CC: 1073680194 PARVULOS C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4631105

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO 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	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIERCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIERCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIERCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIERCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIERCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1013159201	AXEL		VERENZUELA	PADILLA	2	5									A	A		I	I	I		A	A	A	A	I	A	A	A	A		10	4	
02																																			
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	10	4	

TOTAL MESES ASISTENTES	0
TOTAL MESES INASISTENTES	1
TOTAL MES	0

Diana Perdomo
CONTRATISTA(O) 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

Bogotá
4/octubre/2024.

Me dirijo a usted para comonicarles que durante los días del 1 al 4 de octubre del 2024 por el motivo que Samuel Santiago Iza Mercado sufre de otitis y le estamos realizando tratamiento para que se recupere pronto de la otitis.
Gracias por su compresión

Michel Mercado.

Bogotá, 9 de Octubre 2024.

Yo Maria Katrine Romero identificada con C.C 1.063.304.708 de Bogotá me dirijo a ustedes para comunicarles que mi hija Violeta Restrepo, será retirada por cuestiones de salud, ya que el medico nos comento que por este año deberiamos de cuidarla en casa, por tal motivo decidimos retirarla del hogar infantil Gerona.

Les agradezco toda la colaboración prestada.

Atentamente.

Katerine Romero.
C.C. 1.063.304.708

Bogota D.C.

22/10/2024

Por medio de este comunicado me permito informar al jardin infantil Gerona arcoiris de amor, que la niña VICTORIA SARAI MORILLO ARCHILE, con número de identidad 1011.262.477, no asistira a la institucion el dia 23 de octubre al 1 de diciembre del año 2024. Por motivos de viaje familiar. Agradezco mucho su atención prestada.

Cordialmente
Rosmir Archile
PPT: 26.799.53
Tel: 3132148112



Firma

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: 1100502024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA CC: 39800201 PRE JARDIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1013157762	IKAL	EMILIANO	ARIZA	MURILLO	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	I		I	I	I		I	A	A	A	A	A	A	A	A		16	5	
02	RC	1013157518	MARIA	JOSE	RODRIGUEZ	GACHA	3	6		A	A	A	A	A	I	A	A	A		I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
03	RC	1019609484	LUCIANO		MARTINEZ	AMADO	3	6		A	A	A	A	I	I	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	I	I		15	6	
04	RC	1013156740	ANGEL	MATIAS	ROJAS	LOPEZ	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	I	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
05	RC	1026603121	ISABELLA		PEREZ	BEJARANO	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
06	RC	1034672019	SARA	NAOMI	TORRES	GARICIA	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
07	RC	1141374212	LUCIA		SOLANO	CASTILLO	3	8		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
08	RC	1233518866	JUAN	DIEGO	PEREZ	URIBE	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
09	RC	1013157721	ANTHONELA	VICTORIA	MATUTE	VIVAS	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
10	RC	1013157741	VALERY	SOFIA	ZAPATA	NIETO	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
11	RC	1300001690	DANIEL	MATHIAS	TORO	ESPINOSA	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	I	I	I	I	A	A		17	4	
12	RC	1010849883	JERONIMO		SANCHEZ	RUIZ	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	I	I	I	I	I	I	I	A		13	8	
13	RC	1012926972	THIAGO		SUA	BELTRAN	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
14	RC	1022450189	GUADALUPE		RODRIGUEZ	CALDERON	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
15	RC	1011259930	DAVID	SANTIAGO	NIETO	CRUZ	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A		19	2	
16	RC	1013157254	ABIGAIL		OCAMPO	MURILLO	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I		20	1	
17	RC	1034672314	ESTEBAN		GARCIA	FORERO	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
18	RC	1012926788	LUCIANA		TRIVIÑO	CUERVO	3	9		A	A	A	A	I	I	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
19	RC	1022450633	MIA	SALOME	VEGA	ORTIZ	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	A	A		20	1	
20	RC	1013157855	JACOB	VALENTINO	BARBOSA	REINOSO	3	4		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
																															TOTAL		304	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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Olga Rojas Araque
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

25-10-24
29-10-24

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 11005192024
MES: OCTUBRE AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA CC: 39800201 PRE JARDIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

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	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIERCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIERCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIERCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIERCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIERCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1011259986	SOFIA		TAPIAS	BARRAGAN	3	6		A	I	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	3	
02	RC	1145737787	MILAN	ANDRES	ORTIZ	MEDINA	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	I	A		18	3	
03	RC	1012926397	MARIANA		BOLIVAR	GARCIA	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
04	RC	1027543811	ISABELLA		GONZALEZ	DIAZ	3	3		I	I	I	I	I	I	I	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		12	9	
05	RC	1233519371	ANGEL	MATIAS	TORRES	HERNANDEZ	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		20	1	
06	RC	1034793304	DULCE	MARIA	UMAÑA	UMBASIA	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
07	RC																																			
08	RC																																			
09	RC																																			
10	RC																																			
11	RC																																			
12	RC																																			
13	RC																																			
14	RC																																			
15	RC																																			
16	RC																																			
17	RC																																			
18	RC																																			
19	RC																																			
20	RC																																			
																																TOTAL	110	16	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) TA

Olga Rojas Araque.
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
EL USO DE LA FIRMA ACATA LA POLITICA DE TRATAMIENTO

25-10-24

Bogota 11 de Octubre 2024

Señores:
Hogar Infantil Gerona

Por medio de la presente, me permito informarles que mi hijo Ikal Emiliano Ariza del nivel Pre-Jardin A no asistira al jardin los dias de la siguiente semana, ni el dia de hoy ya que tiene lastimado un dedo por infección, prefiero tenerlo con cuidados desde casa regresaria el dia martes 21 de Octubre, retomando sus actividades en el jardin.

Gracias por su atención y colaboración.

Yolima Murillo.
CC. 1032429435.

Bogota. Octubre 28/24.

Señores: Hogar Infantil Gerona.

Un saludo de antemano. Por medio de la presente solicito. favor de dar permiso a mi hijo Luciana Martinez Amado. del nivel Prejardin "A" para. no asistir del dia 28 de octubre al dia 1 de Noviembre del presente año ya que el papá lo tendra. el. irá fuera de la ciudad y compartirá con el estos dias.

Gracias Por la Colaboracióo

Att: Mayerli Amado.
CC 1069757155. de Ruggpsuga.

30-10-2024

Hogar infantil

Gerona

Para Comunicarles que mi hijo Daniel Matias Toro. no prodra asistir al hogar infantil desde el dia 24 al 29, ya que se encuentra con mucha gripa y tos, por ese motivo he desidido cuidarlo en casa hasta que se ponga mejor, lo tendre con medicamentos realizando el debido proceso..

Le agradezco por su compresión

Paola Espinoza.
1014298845

Bogota D.C
29de octubre del 2024

Señores.
Jardin Arcoíris De Amor.

JUSTIFICACION INASISTENCIA

Por medio de la presente,Yo **LEIDY JOHANNA TUIZ GARCÍA** identificada con C.C 1.030.549.562 de Bogotá, envío esta excusa informando que el estudiante **JERÓNIMO SÁNCHEZ RUIZ** identificado con registro civil **1010849883** presenta ausencia desde el día 21 de octubre hasta el día 31 de octubre que asistirá nuevamente a clases,por motivos familiares,agradezco la comprensión y la atención prestada.

Cordialmente.

LEIDY JOHANNA RUIZ GARCÍA
1030549562
Cel.310-8541082

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT 899999123-7

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Ingreso: 366287 Fecha Historia: 5/10/2024 9:36:01 a. m.

Numero de Folio: 37 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - PEDIATRIA GENERAL CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Apellidos: GONZALEZ DIAZ
Nombres: ISABELLA
Edad: 03 Años 05 Meses 25 Dias
Dirección: CR 69 B 22 - 52 SUR - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
Teléfono: 3046831103 - 3046831103
Entidad Responsable: ALIANSALUD EPS

Tipo Documento: RC Numero: 1027543811
Fecha Nacimiento: 10/04/2021
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: BENEFICIARIO
Seguridad Social: ALIANSALUD EPS

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

PACIENTE HOSPITALIZADO DEL 30 DE SEPTIEMBRE AL 5 DE OCTUBRE DE 2024
SE EXPIDE PARA ENTREGAR EN LOS SITIOS DE TRABAJO DE LOS PADRES Y EN EL COLEGIO DEL PACIENTE

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
H578	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OJO Y SUS ANEXOS		☑

Profesional: LUIS EDUARDO ALVARADO PALACIO

BOGOTA D.C

HOGAR INFANTILL

GERONA

ME PERMITO COMUNICARLES QUE DEBIDO AL PROCESO DE RECUPERACION DE MI HIJA ISABELLA GONZALEZ LA ICAPACIDAD SE LE VENCIO EL DIA 5 DE OCTUBRE, SEGUIRE CUIDADNDOLA EN CASA YA QUE NO SE ENCUENTRA MUY BIEN POR TAL MOTIVO NO LA LLEVARE DESDE EL DIA 7 HASTA EL 11 DE OCTUBRE PARA ASI PODER SEGUIR CON SUS CUIDADOS EN CASA

DAYANA MARGARITA DIAZ BELLO

1001058420

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

Hoja _1_ de _1_

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT _ 900.203.742-3 — NÚMERO DE CONTRATO: 1100592024
MES: OCTUBRE — AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA — Centro Zona: KENNED Y CENTRAL — Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA — CC: 1023949610 PRE JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 — Teléfono UDS: 4831105

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO 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	1013156623	JULIAN	SANTIAGO	ROMERO	RODRIGUEZ	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		20	1	
02	RC	1013156023	JUAN	FELIPE	GACHA	NOGUERA	4	1		A	A	A	A	A	I	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	18	3	
03	RC	1021695593	IAN	SANTIAGO	CAVANZO	MORALES	4	1		A	A	A	A	I	I	I	I	I		I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	13	8	
04	RC	1233518506	ANALIA	MARTINA	DAZA	ORDOÑEZ	3	11		I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
05	RC	1034405162	CRISTOFER		HERNANDEZ	VELASCO	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	20	1	
06	RC	1013156407	JOEL	JOAQUIN	ARCINIEGAS	ESGUERRA	3	11		I	I	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	16	5	
07	RC	1014485612	MARTINA		GUERRA	RODRIGUEZ	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
08	RC	1243759829	SARA	ANTONELLA	BENAVIDEZ	GALINDO	3	6		A	A	A	A	A	A	I																	6	1	V
09	RC	1034792400	JOAQUIN		PEREZ	TORRES	4	1		A	A	A	A	I	I	I	I	I		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	6	
10	RC	1141373052	ISABELLA	VALENTINA	MONTIEL	ACEVEDO	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
11	RC	1106952469	GERONIMO	DEJESUS	RODRIGUEZ	ARAPE	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
12	RC	1013155989	MARIA	PAULA	GARCIA	TORRES	4	1		A	A	A	A	I	I	I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	5	
13	RC	1034792599	DAVID	MATIAS	USAQUEN	PEÑUELA	3	11		A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	I	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I	15	6	
14	RC	1013156522	GABRIEL	SANTIAGO	PAJARO	CUESTA	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
15	RC	1012926441	TOMAS	JERONIMO	RIVERA	PINZON	4	1		I	A	A	A	A	A	I	I	I		A	A	A	A	I	A	A	A	A	I	A	A	I	15	6	
16	RC	1034405076	DAMIAN	ARTURO	CAICEDO	MONTILLA	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
17	RC	1034793113	JHOSEP		SANTOS	BETANCOURT	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	18	3	
18	RC	1233619036	FUAD		URREA	ROMERO	3	5		A	A	A	A	I	I	I	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	4	
19	RC	1013157564	MATIAS		QUEVEDO	GARAI	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	19	2	
20	RC	1012926376	GABRIEL	STEVEN	SANCHEZ	CORTES	4	1		I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	19	2	
																																TOTAL	350	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

Diana Portela
COORDINADOR(A) EA

María Carolina Bull
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia o impresión de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

TOS DATOS PERSONALES DEL PORTAFOLIO

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

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: 1100540/2024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA CC: 1023949610 PRE JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja __1__ de __1__

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, 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)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1032513170	DANNA	VICTORIA	VARGAS	MEDINA	3	10	A A A A A	A A A A A	A I A	I A A A A	A A A A	19	2	
02	RC	1024610915	IAN	ESTEBAN	BUITRAGO		3	11	A A A A	A I I I I	A A A	D A A A A	A A A A	17	4	
03	RC	1013157866	MATHIAS		CUBILLOS	PEDRAZA	3	4	A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A	21	0	
04	RC	1013157770	JOSE	THIAGO	RAMIREZ	PEREZ	3	4	A A A A	A A A A A	A I A	A A I I I	I A A A	16	5	
05	RC	1028675533	MIA	SARAI	ZAMBRANO	CADENAS	3	1	A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A	21	0	
06	RC	1034579428	GABRIEL	FELIPE	LAYTON	GRABAOS	3	6	A A A A	A A A A A	A A A	A A A A A	A A A A	21	0	
07	RC	1019850477	ANTHONY		BUITRAGO	VALERO					I A	A A A	A A A A A	13	1	
08	RC															
09	RC															
10	RC															
11	RC															
12	RC															
13	RC															
14	RC															
15	RC															
16	RC															
17	RC															
18	RC															
19	RC															
20	RC													TOTAL	128	12

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

María Eugenia Bernal
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

RECOMENDACIONES DE EGRESO

CLINICA COLSANITAS S.A.

INCAPACIDAD

GENERADO: 08/10/2024 06:15

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

TELEFONO 0 **ENTIDAD AFILIACIÓN** EPS PGP HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO

NIT 800149384 **CIUDAD** BOGOTÁ, D.C.

NOMBRE USUARIO IAN SANTIAGO CABANZO MORALES **FECHA** 08/10/2024

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN RC - 1021695593 **PLAN USUARIO** OTRO

CARNÉT 010 (PLAN) 000000006797843 (CONTRATO) 00001 (FAMILIA) 000000002 (USUARIO) **TIPO DE USUARIO** CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 11/07/2020 **ESTADO CIVIL:** OTRO **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE

DIR. DOMICILIO: CALLE 2 68 F 13 **TEL. DOMICILIO:** 3124919631 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** MORALES ANGIE **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3124919631

RESPONSABLE: ANGIE CAROLINA MORALES **PARENTESCO:** MADRE **TEL. RESPONSABLE:** 3124919631

Cód. REPS: 110010918669 CLINICA INFANTIL SANTA MARIA DEL LAGO **Grupo de Servicios:** Atención Inmediata **Modalidad:** Intramural

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 7 **FECHA INICIAL:** 07/10/2024 **FECHA FINAL:** 13/10/2024

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: J06.9 **DIAGNÓSTICO RELACIONADO:**

TIPO DE INCAPACIDAD: ORIGEN COMÚN **PRÓRROGA:** NO

RETROACTIVA: NO

CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: INCAPACIDAD MEDICA ESCOLAR

Tatiana Daza
Médico - EPS
C.C. 1018474545

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: DAZA JIMENEZ TATIANA CAROLINA

REGISTRO: 1018474545

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

BOGOTA D.C 04/10/2024

HOGAR INFANTIL

GERONA

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTEDES PARA EXCUSAR A MI HIJO JOEL JUAQUIN ARCINIEGAS PARA COMUICARLE QUE SE ENCUNTRA UN POCO DELICADO DE SALUD POR TAL MOTIVO NO LO LLEVARE AL JARDIN DESDE EL DIA 1 AL 4 DE OCTUBRE DEL 2024 YA QUE LO CUIDARE EN CASA

LE AGRADEZCO SU COLABORACION

JENNIFER ADRIANA ESGUERRA BARRETO

1030576282

BOGOTA D.C 11/10/2024

POFESORA

MARIA EUGENIA

ME DIRIJO A USTED PARA SOLICTARLE EL PERMISO DE MI HIJO JOEL JUAQUIN PEREZ DESDE EL DIA 07/10/2024 HASTA EL DIA 11 DE OCTUBRE POR MOTIVO QUE HA ESTADO CON MUCHA FIEBRE Y PREFIERO TENERLO A CUIDADO MIO POR ESTA SEMANA.

LES AGRADEZCO SU COLABORACION

Juliana Tamayo
C.C 1032501341.

Fecha Impresión 6/10/2024

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

LOS COBOS MEDICAL CENTE

Entidad:
Lugar: BOGOTA

Prestador: LOS COBOS MEDICAL CENTER SAS
NIT prestador: 901145946 REPS 110014302

Paciente: MARIA PAULA GARCIA TORRES
Edad: 4 Años Sexo: Femenino Tipo Identificación: RC Identificación: 1013155969

Grupo Servicios: Apoyo diagnostico y complementación terapeutica Servicio de prestación: Extramural unidad móvil
Origen Prestación: Comun Incapacidad Retroactiva: No Causa:
Modalidad Atención: Ambulatorio Tipo Incapacidad: Inicial Prórroga: No Causa Incapacidad: Enfermedad General
Fecha Expedición: 06/10/2024 Hora: 00:00:00
Dias Incapacidad: 7 Inicio Incapacidad: 06/10/2024 Fin Incapacidad: 12/10/2024

Nit Empleador: Numero Incapacidad: 4942538 Numero Interno: 4942538

Diagnostico Principal: K529 Diagnosticos Relacionados: K529

Observaciones:

Victoria Valencia

Firma: VALENCIA MORALES VICTORIA EUGENIA
RC 1010095509

Registro Médico: 1010095509

Especialidad: PEDIATRIA
Sede: ANA SEDE LOS COBOS MC SAS

Bogota D.C 01-10-24

Hogar Infantil Gerona.

Me Permito comunicarle que mi hijo David Medina Usaquen no Podra asistir al Jardin debido a que le salio una alergia en el cuerpo, Por tal razon hemos preferido cuidarlo en casa los dias del 28 al 31 de octubre les agradezco me puedan comprender.

Paola Piñuela. C.
CC 1024186444

Bogotá

Señores

Hogar infantil Gerona

He permito comonicarles que no enoie a mi hijo Ian Esteban Bortrago qpa que se encuentra indispoesto q he preferido no enviarlo al jardin los dias 8, 9, 10 q 11 qpa que tengo gue realizarle un tratamiento con medicamentos por tal motivo no podra asistir

Les agradezco su comprencion q colaboracion

Gisell Pinzon

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Plaza De Las Americas - NIT. 9010416913
Cra 71D # 6-94 Sur Locales 3003-4002.Teléfono: 3759000
Nombre: FUAD SAMUEL URREA ROMERO
Identificación: RC 1233519036 - Sexo: Masculino - Edad: 3 Años

CERTIFICADO MÉDICO No. 8213551

BOGOTA D.C.
07/10/2024, 17:32:39
Contrato E.P.S Sanitas: 10-9318245-1-2

CERTIFICADO MÉDICO

Peso: 15.1 kg Talla: .985 m IMC: 15.56 kg/m2 Perímetro cefálico: 50 cm Perímetro del brazo: 15 cm No asiste a programa de crecimiento y desarrollo

Indicadores antropométricos

IMC/Edad: No Aplica (Verificar con P/T). Perímetro Cefálico/Edad: Normal. Peso/Edad: Peso adecuado para la edad. Peso/Talla: Peso adecuado para la talla Talla/Edad: Talla adecuada para la edad.

Certifico que el paciente asistió en el día de hoy a la consulta médica pediátrica, se da incapacidad desde 07/10/2024 al 10 /10/2024

MÉDICO

Daniel Alejandro Moncaleano Angel - Pediatria
CC 1032450573 - RM. 1032450573

Original

- Impreso: 07/10/2024, 17:32:52

Impresión realizada por: damoncaleano

Bogotá 29 de octubre de 2024

Señores
Fundación arco iris de amor
Bogotá

Cordial Saludo

Atentamente me permito notificar que el niño José Thiago Ramírez Perez con registro civil No. 1013157770, no asistió al jardín los días 23-24-25 de octubre por salida familiar y el dia 28 de octubre no asistió al jardín dado que presento malestar por el cambio de clima.

Mil gracias por su atención

Atentamente

Katherin Perez U.

.....

Katherin Perez Urueña
CC 1.022.384.659
Cel. 3102424617
Katherin.perez.u@gmail.com

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: 11005002024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA CC: 52758632 PRF JARDIN C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

Hoja 1 de 1

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	1012927103	NOHAD	GADIEL	SANCHEZ	GARAVITO	3	8		I	A	I	I	A	A	A	A	A		A	I	A		I	I	A	I	I	I	A	I	I		10	11	
02	RC	1013158029	MARTIN	ALEJANDRO	TALERO	RODRIGUEZ	3	2		I	I	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		17	4	
03	RC	1012927129	THIAGO	NICOLAS	RIVEROS	VALLESTEROS	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
04	RC	1141371214	VALERIA		CALDERON	ZUÑIGA	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
05	RC	1023245364	SARA	CAMILA	LOZANO	MALAGON	4	0		I	A	I	A	A	A	A	I	A		A	A	A		I	A	A	I	I	I	I	A	A		13	8	
06	RC	1013156984	IAN	JACOBO	ROUILLE	ALVAREZ	3	9		A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
07	RC	1023988501	LUISA	DANIELA	CLAVIJO	AVILA	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I		20	1	
08	RC	1027542487	THIAGO		SIERRA	SIERRA	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	I	I	I	A	A	I	A		17	4	
09	RC	1013158104	THALIANA		PARRA	CARRASQUERO	3	11		A	A	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		18	3	
10	RC	1116044236	JULIETA		ESTRADA	GONZALEZ	3	9		I	A	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		17	4	
11	RC	1233518846	IAN		FAJARDO	QUITIEN	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
12	RC	1022451065	IA		GUEVARA	ORTIZ	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
13	RC	1013157737	LESLY	VALERIA	LOAIZA	BENTES	3	5		I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	I	A	A	A	A	A	A	A		18	3	
14	RC	1015000709	MARIANA		QUIROZ	PERDOMO	3	9		I	A	I	A	A	A	A	A	A		I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I		7	14	
15	RC	1022450624	JHOANA	ANTONIA	CARRILLO	BAUTISTA	3	7		A	A	I	A	A	A	A	A	A		I	I	I		A	A	A	A	A	I	I	A	A		15	6	
16	RC	1027302334	SEBASTIAN		USCATEGUI	RODRIGUEZ	4	3		A	A	I	A	A	I	I	I	I		A	I	I		A	I	A	A	A	A	I	A	A		12	9	
17	RC	1026603459	JUAN	DAVID	CASALLAS	ALVAREZ	3	2		A	A	A	A	I	I	I	I	I		A	I	A		I	I	I								6	9	V
18	RC	1013157754	MARIA	ANGELIKA	MORENO	MERCHAN	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I		20	1	
19	RC	1012926717	ARIADNA	ISABELLA	PINILLA	MORA	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
20	RC	1012926951	LUCIANA	KATALEYA	AMADO	FELANTANA	3	10		A	A	A	A	A	A	I	I	I		A	A	A		A	A	A	J	A	I	A	A	A		16	5	
																																	TOTAL	83	83	

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Claudia M Correa T
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
DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO

Nathalia R
25-10-24
25-10-24

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 — NÚMERO DE CONTRATO: 1100549/2024
MES: OCTUBRE — AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCION: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: BOGOTÁ — Centro Zona: KENNED Y CENTRAL — Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA — CC: 52758632 PRE JARDIN C
Código CUENTAME UDS: 110011140800 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 — Teléfono UDS: 4631105

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																														
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA											
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	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	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1244479182	DANNA	PAULA	NUÑEZ	MARQUEZ	3	0		A	A	A	A	A	I	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
02	RC	1140938645	ELIAN	ZAID	SASTOQUE	NUÑEZ	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	A		I	A	I	A	A	A	A	A	A		17	4	
03	RC	1013157864	JORDAN	ELIAN	CHACON	ARIAS	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
04	RC	1021319417	ELIAN		RAMIREZ	RODRIGUEZ	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
05	RC	1012474099	MARTIN	ELIAS	RODRIGUEZ	ESPINOSA	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
06	RC	1013158829	EMMA	SOFIA	TAMBO	POVEDA	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A		19	2	
07	RC	1150140015	JUAN	SEBASTIAN	GOMEZ	CANO	3	0																			A	I	I	I	I		1	5	
08																																							
09																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							
																																					TOTAL	120	12	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

Claudia M Correa R
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS

Nathalia R
25-10-24.
28-10-24.

Tú
Hoy a la(s) 9:59 a. m.

Servisalud

Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
REMISIÓN DE INCAPACIDAD

(No valido como certificado de Incapacidad ni para cobro de prestaciones Económicas)

Consecutivo: 407520 Fecha Exped: 2024-10-03 08:0[illegible] Ciudad: BOGOTA
Grupo servicio: 01 - Consulta externa Modalidad servicio: 01 - Intramural

DATOS AFILIADO

Nombre	Identificacion	Fecha Nacimiento	Edad
MARTIN ALEJANDRO TALERO RODRIGUEZ	RC-1013158029	2021-05-2[illegible]	[illegible]

Tipo Cotizante	Empresa donde labora	Id Empresa
BENEFICIARIO	No registra	0

DATOS INCAPACIDAD/LICENCIA

Tipo Remision	Origen	Dias solicitados	Dias en Letra
AMBULATORIA	ENFERMEDAD GENERAL	2	DOS DIAS

Diagnostico Ppal	Diagnostico relacionado	Fecha Inicial	Fecha Final
J039	NO REGISTRA	2024-10-03	2024-10-04

Dias Acumulados	Presunto Origen	Incapacidad Retroactiva	Prorroga
0	Comun	NO	NO

Observacion

Causa que motiva la atención
" PRESENTO FIEBRE EN LA MADRUGADA"

DATOS DEL MEDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO

Nombre profesional	Identificacion	Reg. profesional	Especialidad
NATALIA SERRANO ACEVEDO	CC 1018498780	1018498780	MEDICINA GENERAL

Razon social prestador	ID	Ciudad prestador	REPS
SERVISALUD OCL		BOGOTA	[illegible]

NOTAS ACLARATORIAS 0

Firmado Electronicamente Por
NATALIA SERRANO ACEVEDO

Bogota D.C

Señores

Hogar infantil Gerona.

Me permito comunicarles que mi hija Sara camila Lozano no podra asistir al Jardin desde el 24 al 29 por. motivo que Tengo que hacer unas vueltas familiares y no tengo quien la traiga y la recoja.

Les agradezco su comprensión

Paola Malagon
1023005206.

BOGOTA D.C 31/10/2024

SEÑORES

HOGAR INFANTIL GERONA

ME PERMITO COMUNICARLE QUE NO PODRE LLEVAR A MI HIJA MARIANA QUIROZ YA QUE NO HE PODIDO LLAVARLA POR MOTIVO LABORALES YA QUE ME ESTAN MANDANDO FUERA DE LA CIUDAD Y NO HE TENIDO QUIEN ME LA LLEVE Y ME LA RECOJA POR ESA RAZON ME HA TOCADO DEJARLA A CUIDADO DE LA ABUELA

POR ESE MOTIVO NO HA ASISTIDO DESDE EL DIA 15 AL 31 DE OCTUBRE

LES AGRADEZCO POR SU COMPRENSION

Viviana Perdomo
VIVIANA PERDOMO

1030619765

Bogota D.C 8 de Octubre, 2024

Señores.

Hogar Infantil Gerona.

La presente es para informarles que mi hijo Sebastien Ucrategui no podrá asistir del 8 al 11 de Octubre por motivos a semana de receso de su hermana, con este motivo el niño va ha estar con ella compartiendo en casa.

Agradezco su atención prestada. les deseo un excelente día.

Atentamente.

Laura Alejandra Rodriguez

320.4400823.

BOGOTA D.C 24/10/2024

SEÑORES

HOGAR INFANTIL GERONA

ME DIRIJO A USTEDES YO JACKELINE ALVAREZ ZAOTA CON NUMERO DE CC 1022003059 DE BOGOTA, PARA COMUNICARLES QUE MI HIJO JUAN DAVID CASALLAS CON NUMERO DE REGISTRO 102660335, YA NO ASISTIRA MAS AL HOGAR INFANTIL POR MOTIVOS QUE NUESTRO BARRIO ES MUY RETIRADO Y NO TENEMOS QUIEN LO LLEVE NI LO TRAIGA POR TAL MOTIVO TOMAMOS LA DECISIÓN DE RETIRARLO DE LA INSTITUCION

GRACIAS POR SU APOYO

Jackeline Alvarez Zaota
1022003059

H.I GEKONA 01-11-2024

Coordial Saludo.

La presente es para comunicar atraves de este medio el retiro de mi hijo Juán Sebastián Goméz cano del hogar Infantil debido a Temas de desplazamiento de nuestro hogar a la unidad.

Agradezco la atención brindada

Patricia cano
1010196450



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: 1100540/2024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA CC: 1030577538 JAROIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	1141372503	MIA	SALOME	GODOY	NIÑO	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	20	1	
02	RC	1015486262	LEANDRO		PIANETA	CUENTAS	4	8		A	A	A	I	I	I	I	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	6	
03	RC	1031426274	DANIEL	FELIPE	SERRATO	CASALLAS	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
04	RC	1012925847	ANTONELLA		ROJAS	BERNAL	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
05	RC	1012925865	MARIANA	ISABELLA	PEREZ	MENDOZA	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
06	RC	1013155207	MARIA	JOSE	ACOSTA	NIETO	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
07	RC	1034792030	MARTINA		DURAN	PABON	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
08	RC	1010848871	CELESTE		ARROYAVE	VARGAS	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
09	RC	1011256810	JEAN	PIERRE	CAICEDO	JAIMES	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
10	RC	1013155102	GABRIEL	NICOLAS	RIOS	BALLEN	4	8		A	I	I	I	I	I	I	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	13	8	
11	RC	1012925485	JUAN	DAVID	ORTIZ	CABALLERO	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
12	RC	1022449438	VELANNY	DAYANA	LOZANO	CASTRO	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
13	RC	1022449396	ARIADNA	ISABELLA	CALDERON	LOPEZ	4	10		A	I	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	4	
14	RC	1141376496	ALAN		ROA	LOPEZ	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
15	RC	1024609616	ALEEN	NAHOMY	TIBAQUIRA	GIL	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	I	A	A	19	2	
16	RC	1141370514	MARTINA		SANCHEZ	MELO	4	5		A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	I	A	A	A	I	A	A	18	3	
17	RC	1013155552	JACK	PATRIK	GONZALEZ		4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
18	RC	1030708032	CAMILO	ANDRES	ACEVEDO	MARTINEZ	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	I	I	I	I	I	I	A	A	14	7	
19	RC	1013155554	SARAH	ANGELY	LOPEZ	DUARTE	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	I	Z	16	5	
20	RC	1025566491	MARTIN	FELIPE	FORERO	QUIMBAY	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
																																TOTAL	382	38	

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

Diana Perez
COORDINADOR(A) EA

MONICA NIÑO
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

Nathalie
25-10-24
28-10-24

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: 11095402024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA CC: 1030577538 JARDIN A
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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					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	1016921703	JOSUE	ALEJANDRO	ROJAS	CRUZ	3	9		A	A	A	A	A	I	I	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I		18	3	
02	RC	1011260055	EMANUEL		ARIAS	CARO	3	5		A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	I	17	4	
03	RC	1011259234	ANTONELLA		BALLEN	GOMEZ	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	A		I	I	I	A	I	A	A	A	I	14	7	
04	RC	1011259233	LUCIANA		BALLEN	GOMEZ	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	A		I	I	I	A	I	A	A	A	I	14	7	
05	RC	1013155668	CONNOR		AGUDELO	RODRIGUEZ	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	I	A	A	A	A	19	2	
06	RC	1201475509	JUANA	GABRIELA	VIDAL	ESCOBAR	3	9		I	I	I	I																				0	4	V
07	RC	1030710571	SAMUEL	ANDREY	BELLO	CARDENAS								A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	17	0	
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 49 2X

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) TA

MONICA NIÑO
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento.. piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento [illegible]

[illegible] DATOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO [illegible] LEY 1581 DE 2012

Nathalia R
25-10-24
28-10-24

Bogotá 11 Octubre.

Hogar Infantil Gerona

La presente es para informar que mi hijo Leondro Pioneta no asistira al jardín del 04 al 11 de octubre por motivo de la semana de receso el niño compartira en casa con el hermano.

Agradezco la atención prestada

Paulete Cuentas
55308480

Bogota 14 Octubre 2024

Señores: Hogar Infantil Gerona

Asunto: Permiso por cuidados en casa.

Por medio de la presente quiero manifestarles que el niño Gabriel Rios del nivel de Jardinta no podrá asistir en la semana del 2 a 11 de Octubre del 2024 por cuidados en casa que se le Proporsionado por motivos de recuperación por quebrantos de salud.

Agradezco su atención Prestada.

Atentamente: Natalia Ballen.

BOGOTÁ 29- OCTUBRE - 2024.

SEÑORES

HOGAR INFANTIL GERONA.

ME DIRIJO A USTEDES PARA INFORMARLES QUE MI HIJO CAMILO ANDRES ACEVEDO DEL NIVEL JARDIN A, NO ASISTIO AL HOGAR INFANTIL. DESDE EL 21 A LA FECHA PORQUE SE LASTIMO UN DEDITO Y PREFERIMOS TENERLO CON CUIDADOS EN CASA.

ATENTAMENTE:

BEATRIZ HELENA MARTINEZ.
CC. 1.015.431.342.

BOGOTÁ 04- OCTUBRE- 2024

SEÑORES:

HOGAR INFANTIL GERONA

ME DIRIJO A USTEDES PARA INFORMARLES QUE. RETIRO A MI HIJA JUANA DEL NIVEL JARDIN A PORQUE ME TRASLADARON DE TRABAJO PARA OTRA LOCALIDAD POR LO CÚAL ME VOY A VIVIR A OTRO BARRIO Y ME QUEDA UN POCO COMPLEJO LLEVAR LA NIÑA AL HOGAR INFANTIL, MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA.

ATENTAMENTE

LINA MARIA ESCOBAR ORTIZ
CC 1006.025.600.

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 ARCOIRIS DE AMOR
NIT. 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO 11005402024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): GIL MARIN MARIA CRISTINA CC: 1.033.681 474 JARDIN B
Código CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	1013155037	AYELIN	SOFIA	ZAMBRANO	PEÑA	4	9		A	A	A	A	I	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	I	A	A	A	A		18	3	
02	RC	1074100473	APRIL	SALOME	ESCOBAR	GIL	4	0		A	A	A	A	I	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	I		18	3	
03	RC	1233517282	LUCIANA		HERNANDEZ	CARRILLO	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A		20	1	
04	RC	1013156246	SARA	ALEJANDRA	MONCAYO	COPETE	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
05	RC	1233517107	ABIGAIL		RIOS	RODRIGUEZ	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
06	RC	1013154671	EMMANUEL	SANTIAGO	ZAPATA	NIETO	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
07	RC	1176218572	DAYNERIS	CAROLINA	NUÑEZ	MARQUEZ	5	0		A	A	A	A	I	I	I	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		16	5	
08	RC	1243758049	MARIANGEL		MORA	MEDINA	4	9		A	I	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	3	
09	RC	1233517325	EYDAN	MATHIAS	RIVEROS	BALLESTEROS	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
10	RC	1023169119	NALA	LUCIANA	ORTEGA	RODRIGUEZ	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
11	RC	1146143222	SAMUEL	MATIAS	BARCO	HERRERA	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A		19	2	
12	RC	1106902296	JULIANA	VICTORIA	SUAREZ	CASALLAS	4	5		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
13	RC	1013155541	JACOBO		CORTES	HERRERA	4	3		A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	A		16	5	
14	RC	1141369082	MARIA	FERNANDA	GARZON	RUIZ	4	9		A	A	A	A	I	I	A	I	A		I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	A	A		15	6	
15	RC	1019849140	FEDERICO		GUAYAN	GONZALEZ	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
16	RC	1141370540	ARIANA		MURCIA	MENDEZ	4	11		I	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	A	A	A		17	4	
17	RC	1012926288	LIAN	DAVID	JIMENEZ	HERRERA	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		21	0	
18	RC	1012925738	ANDRES	FELIPE	PINZON	SIERRA	4	9		A	I	A	I	A	A	A	A	I		A	I	A		I	A	I	A	I	I	A	I	I		11	10	
19	RC	1110142054	LUIS	MIGUEL	GOMEZ	CASTAÑO	5	2		A	I	A	A	I	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I		16	5	
20	RC	1013155658	VERONICA		GONZALEZ	GARZON	4	2		A	A	A	A	I	A	A	I	A		A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	I		14	7	
																																TOTAL		360	68	

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

Diana Peñuela
COORDINADOR(A) EA

YARIA OSPINA
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

Nathalia R
25-10-24.
28-10-24

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: 1100502024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Centro Zona: KENNED Y CENTRAL Municipio: BOGOTÁ_
Nombre Agente Educativo (a): GIL MARIN MARIA CRISTINA CC: 1.033.681.424 JARDIN B
Codigo CUENTAME UDS: 110011140800 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL GERONA ARCOIRIS DE AMOR
Dirección UDS: Calle 4 # 71 C 56 Teléfono UDS: 4831105

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					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	1030707418	ISABELLA	XUE	ZHENG	JAIMES	5	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A	A	I	A	A	I	A		18	3	
02	RC	1012926380	LIAN	DANIEL	LOBO	CASTELLANOS	4	2		A	I	A	I	A	A	A	I	A		I	I	I		A	I	A	I	A	I	I	A	A		11	10	
03	RC	1048089507	LUCIANO	ALESSANDRO	MORA	OSPINA	4	4		A	I	I	I	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A	A	A	A	I	I	A		15	6	
04	RC	1034792252	ARYANA		VELANDIA	MONROY	4	3		A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		20	1	
05	RC	1092191736	PABLO	VALENTINO	DUEÑAS	GUERRERO	5	0		I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	I	A	A	A	A	I	A	A		17	4	
06	RC	1076253860	JULIETA		JIMENEZ	ACOSTA	3	9		I	I	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		17	4	
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	98	28	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Diana Ponce
COORDINADOR(A) EA

MARIA CRISTINA GIL
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

Nathalia P.
29-10-24
28-10-24.

01/11/2024

Buen dia,

pido excusas por la falta de carolina nuñez, por motivos de viaje, ya que se tiene programado para los dias 7 a 11 de noviembre del presente año, de mi hija, carolina nuñez, que actualmente se encuentra en jardin B, yo andreina coromoto Márquez, madre y tutora de la niña pido incapacidad para estos dias.

Gracias por su atención, quedo pendiente a sus comentarios

Atentamente:

Andreina Coromoto

C.C.

Bogota DC

- persona
custima Gil

para solicitale excusa por su hijo pasado cortes por cuestiones de salud no le llevare lo cuadre en caso, pueda excusar por las inasistencia ya que no asistira los dias del 25 al 30 de diciembre 2024

le agradesco por su comprension

Mariana Herrera C
1000766099

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Paralela 103 - NIT. 9010416913
Av CR 45 (AutoNorte costado occidental) N° 103B-03 Teléfono: 3759000
Nombre: VERONICA GONZALEZ GARZON
Identificación: RC 1013155658 - Sexo: Femenino - Edad: 4 Años

RECOMENDACIONES GENERALES
BOGOTA D.C.
28/10/2024, 07:00:06
Contrato E.P.S Sanitas: 10-8377953-1-2
Historia Clinica: 1013155658
Tipo de Usuario: Otro

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Intervenciones: se da incapacidad 5 dias a partir de hoy idx eda viral bajo gasto

DATOS DEL MEDICO

Adriana De Los Angeles Vargas Fandiño - Pediatra
Registro médico 52218074

Original

07-10-2024. Bogotá D.C.

Hogar Infantil. Garona.

Buen día.: Soy Jasbleidy Acosta y me dirijo a ustedes con el fin de presentar una escusa de inasistencia de mi hija Juliata Jimenez. los días 01-10-2024 al 04-10-2024. por que en estos días estaremos compartiendo en familia.

Agradezco su atención y comprención.

Jasbleidy Acosta.
cc 1007322259.