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 20

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN ARCORIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540202024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Parvulos A Centro Zona: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): MILENA MATIZ HERNANDEZ CC: 52.748.901
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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1141380764	Maria	Jose	Ravagli	Bulla	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	
02	RC	1012927591	Sara	Paulina	Ramirez	Palma	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
03	RC	1026604442	Caleb	Joel	Yucuna	Montes	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	
04	RC	1034793696	Alysse	Adhara	Castro	Barrios	2	5		A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
05	RC	1034323161	Jose	Gabriel	Virviescas	Corrales	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
06	RC	1141378201	Sofia		Beltran	Rincon	2	7		A	A	A	A	A	A	I	I	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	I	I	I	15	6	
07	RC	1221727174	Julleta		Alvarez	Vanegas	2	8		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	1233520092	Andres	David	Alfonso	Sanchez	3	0		A	I	A	A	A	A	I	A	A		A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	18	3	
09	RC	1233519985	Benjamin		Duque	Ballesteros	3	0		A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	I	18	3	
10	RC	1233519984	Victoria		Duque	Ballesteros	3	0		A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	I	18	3	
11	RC	1031860617	Sara	Sofia	Forero	De La Hoz	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	
12	SD		Liam	Alberto	Lubo	Peña	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A		A	A	I	I	I	A	A	A	A	17	4	
13	SD		Noah	David	Lubo	Peña	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A		A	A	I	I	I	A	A	A	A	17	4	
14	RC	1019920746	Nicolas	Santiago	Pinzon	Quintero	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	
15	RC	1141379640	Joel	Thomas	Gomez	Parra	2	3		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	1032514956	Danna	Victoria	Peña	Acero	2	4		A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
17	RC	1233521924	Emmanuel	Alejandro	Lamadrid	Escobar	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
18	RC	1034579609	Donovan	Alberto	Murillo	Valencia	1	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	I	A	A	A	A	A	A	20	1	
19	RC	1233521629	Guadalupe		Parra	Villa	2	1		A	A	A	A	A	I	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
20	RC	1141381013	Erick	Johan	Campos	Alarcon	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	
																																TOTAL	382	33	

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) ER

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

Natalia R
21-10-24
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 ARCORIS DE AMOR
NIT: 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100540/2024
MES: OCTUBRE 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 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 (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	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	1023990781	Liam	Martin	Toquica	Blanco	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
02	RC	1141379055	Mariana		Donado	Barbosa	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	
03	RC	1054575181	Axel		Renteria	Henao	1	10		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	18	3	
04	RC	1114096905	Ariadna	Edith	Torres	Leon	1	8																A	A	A	I	A	A	A	A	A	8	1	
05	RC	1033832830	Liz	Valeriz	Rincon	Camargo	1	9																		A	A	A	A	A	A	A	A	7	0	
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	74	5	

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

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

Nathalia R
21-10-24
29-10-24

01/10/2024

Yo Gleidy Shoana Henao Quintero con CC. 1035861887 de la dorada caldas manifiesto que apartir de la fecha mi hijo Ariel Renteria Henao identificado con registro 1035875987 lo integro al hogar infantil los colores de monday, aclaro que ya solicite el retiro de la modalidad familiar donde mi hijo se encontraba afiliado.

Att. Gleidy Shoana Henao Quintero

Gleidy Henao.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Direccion General de Sanidad Militar	Formato certificado de Incapacidad o Licencia de Maternidad Código: Proceso: Vigente a partir de:	Página 1 de 1

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

SOFIA BELTRAN RINCON NOMBRE DEL PACIENTE	SOLDADO PROFESIONAL GRADO	1141378201 DOC. IDENTIDAD	Beneficiario AFILIACIÓN	No registra CIVIL 1214

Ejército Nacional de Colombia FUERZA O ENTIDAD	BATALLÓN DE SANIDAD "SL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ" - CENTRO DE REHABILITACION - EJC NOMBRE DE LA UNIDAD ORGÁNICA DEL TRABAJADOR	No registra CARGO O LABOR QUE DESEMPEÑA	No registra EPS	No registra ARP

II. INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD

LAPSO QUE CUBRE INICIA: 08/10/2024 TERMINA: 10/10/2024 DIAS: 3 EN LETRAS: TRES	TIPO DE INCAPACIDAD(ART.28 DECRETO TEMPORAL
QUE OCASIONÓ LA INCAPACIDAD Enfermedad general	DATOS DEL DIAGNÓSTICO J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

OBSERVACIÓN

DONDE Y QUIÉN LA EXPIDE		
BATALLÓN DE SANIDAD "SL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ" - CENTRO DE REHABILITACION -EJC NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD (IPS CONTRATADA)	BOGOTA, D.C. CIUDAD	Dr. Jesús Enrique Utria Munive Médico R.M. 1.047.237.128 U. Simón Bolívar

JESUS ENRIQUE UTRIA MUNIVE NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	1047237128 No. REGISTRO PROFESIONAL	FIRMA Y SELLO	08/10/2024 15:26:16 FECHA DE EXPEDICIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
Dirección General de Sanidad Militar

Formato certificado de Incapacidad o Licencia de Maternidad
Código:
Proceso:
Vigente a partir de:

I. INFORMACION DEL PACIENTE

SOFIA BELTRAN RINCON	SOLDADO PROFESIONAL	1141378201	Beneficiario	No registra
NOMBRE DEL PACIENTE	GRADO	DOC. IDENTIDAD	AFILIACION	CIVIL 1214

Ejercito Nacional de Colombia	BATALLON DE SANIDAD "SL JOSE MARIA HERNANDEZ" - CENTRO DE REHABILITACION - EJC	No registra	No registra	No registra
FUERZA O ENTIDAD	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANICA DEL TRABAJADOR	CARGO O LABOR QUE DESEMPEÑA	EPS	ARP

II. INFORMACION DE LA INCAPACIDAD

LAPSO QUE CUBRE
INICIA: 29/10/2024 TERMINA: 31/10/2024
DIAS: 3 EN LETRAS: TRES

TIPO DE INCAPACIDAD(ART 28 DECRETO
TEMPORAL

QUÉ OCASIONÓ LA INCAPACIDAD
Enfermedad general

DATOS DEL DIAGNÓSTICO
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO

OBSERVACION

SALIDA
ACETAMINOFEN 6.5 CC CADA 6 HORAS POR 5 DIAS
ENTEROGERMINA 1 SOBRE CADA DIA POR 7 DIAS
SULFATO DE ZINC 5 CC CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
CLORFERINAMINA 3 CC CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
ACIDO ASCORBICO 500 MG VO CADA 12 H
SALES DE REHIDRATACIION ORAL A TOLERANCIA
LAVADOS NASALES A TOLERANCIA
INICIO TERAPIA RESPIRATORIA
DIETA ASTRINGENTE
TOMAR TEMPERATURA CADA 3 HORAS
SS LAB , RX TORAX
RECONSULTAR CON ESTUDIOS A PRIORITARIA
CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA INTENSA, FIEBRE 37.5 GRADOS PERSISTENTE , MAS DE 6 EPISODISO DE VOMITO O DIARREA , DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DOLOR DE CABEZA EL CUAL NO PERMITE CONCIALIAR SUEÑO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, COLORACION AZUL EN PIEL, SATURACIONES MENORES A 90%, NO TOLERANCIA D11E LA VIA ORAL O MAS DE 12 DIAS CON TOS

DONDE Y QUIÉN LA EXPIDE

BATALLÓN DE SANIDAD "SL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ" - CENTRO DE REHABILITACION -EJC	BOGOTA D.C.
NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD (IPS CONTRATADA)	CIUDAD

PAULA ANDREA ORJUELA TOVAR	1023936603		29/10/2024 13:15:00
NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	No. REGISTRO PROFESIONAL	FIRMA Y SELLO	FECHA DE EXPEDICION

Médico General
T.P. 1.021.936.603

INCAPACIDAD

IMPORTANTE: EL CERTIFICADO DEBE DILIGENCIARSE EN SU TOTALIDAD USANDO LETRA IMPRENTA, DEBE RETIRARSE EL ORIGINAL EN EL LAPSO DE 48 HORAS A LA OFICINA DEL PERSONAL. COPIA A LA HISTORIA CLINICA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
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: OCTUBRE 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: 7029726

Hoja 1 de 20

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1141377425	Anthuan		Lozano	Gonzalez	2	10		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	1233520179	Violet		Baquero	Calvo	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
03	RC	1011111271	Angel		Gutierrez	Neusa	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	1047974030	Ian	Mathias	Zambrano	Aguiar	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	1141376461	Bianca	Luciana	Cardenas	Quevedo	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
06	RC	1010764578	Santiago	David	Rosas	Tibacuy	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	
07	RC	1010764577	Mariana	Victoria	Rosas	Tibacuy	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	
08	RC	1233519633	Martin		Hernandez	Camargo	3	2		A	A	A	A	I	A	A	A	I		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
09	RC	1233520227	Juan	Felipe	Riscanevo	Quinche	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	
10	RC	1034793409	Izrael	Josue	Rebolledo	Vacca	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	
11	RC	1073184266	Laura	Isabella	Ortega	Quintero	3	5		A	I	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	3	
12	RC	1010849490	Lia	Celeste	Vasquez	Alvarez	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	I	A	A	20	1	
13	RC	1054574259	Liam	Gael	Renteria	Henao	3	0		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	18	3	
14	RC	1191225277	Liham	Nicanor	Muñoz	Mora	2	6		A	A	A	I	I	A	I	A	I		I	A	I		A	A	A	I	A	I	A	A	A	13	8	
15	RC	1033830507	Lian	Esteban	Bustamante	Lopez	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	
16	RC	1010252490	Balloled	Nicolle	Acosta	Alvarez	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	I	I	18	3	
17	RC	1018520552	Mia	Isabella	Olaya	Tusso	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	I	19	2	
18	RC	1125138270	Oliver	Philippe	Fajardo	Vasquez	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	
19	RC	1033830773	Elizabeth	Rocio	Beltran	Barrera	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	I	A	19	2	
20	RC	1010850419	Juan	David	Bello	Cardenas	3	0		A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	I	18	3	
																																	TOTAL	391	29	

Verificacion 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

Daniela Roman Hernandez
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
21-10-24
24-10-24

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	FG.MO12.PP	29/05/2019
		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 1105-XX-2024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 20
Regional: BOGOTÁ Paradas 8 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

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	1030710991	Lewis	Adam	Cavanerio	España	3	1		A	A	I	I	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	2	
02	RC	1011263376	Martina		Chiquiza	Hortua	2	2		A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A	A	18	3	
03	RC	1141378412	Juan	Pablo	Ramirez	Camargo	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	I	I	17	4	
04	RC	1033124587	Martin		Hernandez	Monroy	3	4		I	I	I	I	I	I	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	15	6	
05	RC	1141373627	Liz	Luciana	Sanabria	Ruiz	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I									12	1	0
06	RC	1233520648	Karlys	Johanna	Rendon	Maldonado	2	10																					I	A			1	1	
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	82	17	

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

COORDINADOR(A) EA

Daniela Roman Hernandez
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

Nathaluck
21-10-24
29-10-24

Bogotá 21-11-2024

Jardin Infantil Mandalay

Lo presente Cato o para informarles que mis hijos Dylan y Luciana Sanabria quienes apartir de la fecha No volveran al Jardin ya que nos vamos a devolver a Boyaca ya que por mi trabajo aqui en Bogotá no pude conseguir algo estable y seme dificulta Continuar Viviendo en la ciudad de antemano gracias muy agradecido con Ustedes por la ayuda y colaboracion con mis dos mellizos.

Att

Diana Ruiz Mamá
53083397

Remision de Incapacidad

Tipo Remisión: Hospitalaria

Nro. Incapacidad: 2203542 Fecha de Expedición: 2024-10-02 04:25:35 PM Ciudad: BOGOTA

Datos del usuario

Paciente LAURA ISABELLA ORTEGA QUINTERO	**Identificación** RC 1073184266	**Tipo de usuario** BENEFICIARIO
Empresa donde labora	**ID de la empresa**	

Datos Incapacidad/Licencia

Origen ENFERMEDAD GENERAL	**Dias solicitados** 3	**Dias en letras** TRES DIAS
Diagnostico A083	**Fecha Inicial** 02/10/2024	**Fecha final** 04/10/2024
Prorroga NO	**Dias acumulados** 0	
Observación		

Datos del Medico o IPS Prestador del Servicio

Nombre profesional PAULA ALEJANDRA TORRES RUIZ	**Identificación**	**Reg. profesional** 1016041061	**Especialidad** MEDICINA GENERAL
Razon social del prestador FLORESTA	**NIT** 8300035647	**Ciudad del prestador** BOGOTA	**SGSSS** 110010559704

Notas aclaratorias:

Bogotá 9 de Octubre 2024

Señores:
Jardín Infantil Hogar Mandalay

Yo Paula Manay Caballero en calidad de progenitora y acudiente del niño Martín Hernández Manay informo que Matriculé al niño el 1 de Octubre del 2024, pero empezó a asistir presencialmente el día 9 de Octubre porque hasta el día 8 de Octubre realizamos Eliminación del traslado al Barrio y localidad, por ese motivo no asistió durante esos días.

Lo anterior para fines pertinentes:

Cordialmente:

Paula Manay C
CC 1024517995.

RC - 1141378412 - JUAN PABLO RAMIREZ CAMARGO

Fecha impresión: 27/10/2024 11:59

VIRREY SOLIS I.P.S.

VIRREY SOLIS IPS S.A.
NIT - 800003765 - 1
Virrey Solis IPS
CRA 67 N° 4 G 68 - 4473535 - Bogotá - Colombia

Orden N° 482733

Orden Incapacidades y/o licencias **Código:** OR009 **Fecha y hora:** 27/10/2024 11:58

Vigencia: 27/10/2024 - 31/10/2024 **EAPB:** 800130907 SALUD TOTAL EPS-S S.A. COC-18-BOG006-C CAPITA BOGOTA VS CONTRIBUTIVO **Paciente:** RC 1141378412 JUAN PABLO RAMIREZ CAMARGO **Fecha de Nacimiento:** 16/12/2021 **Edad:** 2 Años/10 Meses/11 Días **Sexo:** Masculino **Teléfono:** 4113255 **Dirección:** CL 8A 81A 05 **Tipo de usuario:** Contributivo **Via de ingreso:** Atención inicial de urgencias **Categoria:** Rango A

Diagnósticos
Principal Ingreso: A090 **Tipo principal:** Confirmado Nuevo,

Causa externa: Enfermedad general **Ocupación:** No aplica **Tipo vinculación:** Contributivo

Dias de incapacidad: 5 **Prórroga:** No
Observaciones:
Especialidad: MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL
Código Entidad Prestadora: 100112529701 **Grupo De Servicios:** 05 Atención Inmediata **Modalidad De La Prestación Del Servicio:** 01 **Origen De La Incapacidad:** Común

Médico General
R.M. 1.016.096.616

Alejandra Pinilla Lopez CC 1016096616
N° de registro:
MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL

Firma usuario

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: 1566-XXXX-2024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Prejardín A Centro Zonal: KENNEDY CENTRAL Municipio: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA URIBE NIEVES CC: 52.019.094
Código CUENTAME UDS: 11001001335555
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

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1013157787	Laura	Victoria	Mateus	Viera	3	6		18	3	
02	RC	1013157786	Ian	Francisco	Mateus	Viera	3	6		18	3	
03	RC	1012926983	Juana	Sofia	Peñaloza	Escobar	3	7		19	2	
04	RC	1013157563	David	Fernando	Rodriguez	Cordoba	3	8		20	1	
05	RC	1044015628	Samuel	Andres	Gaitan	Infante	3	8		21	0	
06	RC	1073611203	Liam	Damian	Zamudio	Azuero	3	9		17	4	
07	RC	1013157342	Maria	Celeste	Buque	Vasquez	3	9		20	1	
08	RC	1197473706	Gabriela		Upegui	Bejarano	3	10		21	0	
09	RC	1015000753	Cristian	Emiliano	Ortiz	Cells	3	10		21	0	
10	RC	1300081505	Yhorfence	Jacob	Aguiar	Ustariz	3	11		21	0	
11	RC	1021402549	Simon	Andres	Bustos	Basto	3	11		21	0	
12	RC	1069179880	Juan	Manuel	Aranda	Cortes	3	11		21	0	
13	RC	1233518706	Thiago	Leon	Ramos	Rodriguez	3	11		21	0	
14	RC	1023987342	Ian	Samuel	Nieto	Arcila	4	0		21	0	
15	RC	1011331061	Gaby		Garcia	Morales	4	3		21	0	
16	RC	1022450728	Walter	Jose	Maldonado	Fernandez	4	3		21	0	
17	RC	1012926211	Jesús	David	Gutierrez	Martinez	4	4		21	0	
18	RC	1020008454	Eiby	Sofia	Martinez	Bulla	4	5		16	5	
19	RC	1073831680	Elian	Danel	Arteaga	Alvarez	3	10		21	0	
20	RC	1074830163	Christopher	Antonio	Castellanos	Murcia	3	10		21	0	
									TOTAL	401	19	

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

Nathalia F
21-10-24
29-10-24

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PROGRES DE AMOR
NIT: _ 900,203,742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1100-00024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Preforda 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 58 # 73B - 26 Teléfono UDS: 7029728

Hoja 1 de 20

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	1118382423	Kristen	Yari	Mateus	Gutierrez	3	9		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	1141373628	Dylan	Mateo	Sanabria	Ruiz	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I										12	1	D
03	RC	12433760800	Thiago	Martin	Covaleda	Ramirez	3	2		I	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
04	RC	1034793437	Maria	Victoria	Garcia	Pinilla	3	2		A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	I	I	I			16	5	
05	RC	1034793438	Maria	Valentina	Garcia	Pinilla	3	2		A	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A		19	2	
06	Rc	1034320930	Ely	Betzabeth	Alvarado	Gutierrez	4	3																	I	I	I	I	I	A	A	A		3	5	
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	90	15	

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

Nathalia R
21-10-2024
29-10-2024

Bogotá 21-11-2024

Jardín Infantil Mondaloy

Le presente Carta es para informarles que mis hijos
Didier y Luciana Sanchez que estan a partir de la fecha
No volveran al Jardin ya que nos vamos a
devolver a Boyaca ya que por mi trabajo aqui en
Bogotá no pude conseguir algo estable y se me dificulta
Continuar Viviendo en la ciudad de antemano gracias
muy agradecida con Ustedes por la ayuda y colaboracion
con mis dos mellizos.

Att

Diana Ruiz Mamá
53083397

Bogotá D.C 10 de octubre 2024

Señor(es):

HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY

ASUNTO:

Excusa no asistencia al HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY

La presente es con fin de excusar no asistir al HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY por motivos de salud, tratado o cuidado en casa, a mi hijo JESUS DAVID GUTIERREZ MARTINEZ NUIP 1012926211 del día 07 al 11 de octubre 2024

Agradezco la atención prestada

Cordialmente,

Marly Martinez Moreno

MARLY YECENIA MARTINEZ MORENO

C.C 53062761 de Bogotá

CELULAR 3017710774

22 - octubre 2024

Señores Hogar Infantil Los Colores de Mandalay

Yo Yusbely Coromoto Gutierrez Gutierrez identificada con PPT N° 5945996 de Bogotá, en calidad de madre de Ely Betsabeth Alvarado Gutierrez, solicito su colaboración, ya que mi hija faltará al jardín los días 22-23-24-25 y 28 de octubre por motivos de un viaje.

5945996

1030649228

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2019
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: 1105-2024
MES: OCTUBRE AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ Jardín A Centro Zonal: 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 6B # 73B - 26 Teléfono UDS: 7029728

Hoja 1 de 20

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 a VIERNES)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1034792160	Ethan	David	Castro	Barrios	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
02	RC	1031855029	Maria	Jose	Villanueva	Cabezas	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	
03	RC	1023417958	Saray	Valeria	Carrillo	Yate	4	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	1012925976	Sara	Sofia	Garzon	Torres	4	8		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	1233518154	Alejandra		Torres	Torres	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
06	AMN	9012020292	Dylan	David	Ortiz	Superlano	4	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	1141369521	Meidy	Luciana	Campos	Lizcano	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	
08	RC	1016921086	Samantha		Duque	Vasquez	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	
09	RC	1029299307	Jorge	Andres	Guzman	Cruz	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
10	RC	1030710894	Adriana	Marisol	Leiva	Alvarado	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	
11	RC	1233517675	Josl	Matias	Valles	Moreno	5	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
12	RC	1010848575	Anna	Victoria	Guerrero	Maldonado	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	
13	RC	1141368767	Jeronimo		Sanchez	Acosta	5	0		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	1013696450	Daniel	Jeronimo	Perez	Cardenas	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	
15	RC	1010969249	Susan	Ariana	Juanias	Velez	5	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
16	RC	1141367668	Juan	Felipe	Arias	Ballen	5	2		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	1141367477	Alisson	Lizeth	Pineda	Alvarado	5	3		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	1012925377	Laura	Gabriela	Colmenares	Prada	5	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A	A	A	A	I	I	A	19	2	
19	RC	1141366685	Gabriela		Murcia	Camacho	5	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
20	RC	1140935610	Emily	Valeria	Marin	Estepa	5	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
																																	TOTAL	412	8	

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

Nathalia R
21-10-24
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: 1105-000224
MES: OCTUBRE 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: 7028728

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	1145933363	Dahlia	Amelia	Fajardo	Vasquez	5	4		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	1011330898	Ethan	Jacob	Rodriguez	Velasco	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
03	RC	1034671376	Juan	Angel	Gonzalez	Diaz	4	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	PPT	7285088	Kevin	Gabriel	Rivera	Leal	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	
05	RC	1034792748	Guadalupe		Vergara	Aparicio	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A	A	20	1	
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	103	2	

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

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

21-10-24
29-10-24