BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION ALMA DE VIDA
NIT: 901345939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): YASLENI FABIOLA GIRON CC.: 1058971096
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: 7 DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

Hoja 1 de 2

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						ASISTENCIA		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: L	M	MI	J	V	SEGUNDA: L	M	MI	J	V	TERCERA: L	M	MI	J	V	CUARTA: L	M	MI	J	V	QUINTA: L	M	MI	J	V			
01	RC	1139964326	LIAN	KALETH	OCAMPO	CARDONA	1	1		I	A	A	A	I	I	A	A	A													7	3	
02	RC	1139964322	ROSMAIBERLIN	VALENTINA	GARCIA	CASTILLO	1	3		A	A	A	A	A	A	A	I	A													9	1	
03	RC	1122344398	ZOE	ANTONELLA	RUALES	GUASPUD	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	I													8	1	
04	R.C	1122344406	LIAM	MATHEO	NAVIA	PARRA	1	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
05	R.C	1122344368	MALIE	AURORA	LOPEZ	DIAZ	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
06	R.C	1122344338	KALETH	ISAIAS	CONTRERAS	MARQUEZ	1	6		A	A	I	A	A	A	A	A	A													8	1	
07	R.C	1122344339	KAEL	ARGENIS	CONTRERAS	MARQUEZ	1	6		I	I	I	A	A	A	A	A	A													6	3	
08	R.C	1087049774	ALESSANDRO	STEVEN	LOPEZ	GARCIA	1	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
09	R.C	1126461795	ERIK	YAHIR	DIAZ	ROJAS	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
10	R.C	1030084191	DEINER	ESTIBEN	CHASOY	VALLESILLAS	1	9		I	A	A	A	A	A	A	A	A													8	1	
11	R.C	1126461772	IANN	DAVID	AGUDELO	GARCIA	1	9		I	I	I	I	I	I	I	I	I													0	9	
12	R.C	1126144633	MEGAN	ELIZABETH	BURBANO	VELASCO	1	10		A	A	I	A	A	A	A	A	A													9	1	
13	R.C	1117559281	LIAN	MATEO	ROMERO	CUADRADO	1	11		A	A	A	I	I	A	A	A	A													7	2	
14	R.C	1126461770	NAYERLY	BRILLIT	LOPEZ	CUARAN	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
15	R.C	1122344247	ESCARLET	SAMARA	AREVALO	PATIÑO	2	0		I	A	A	A	I	A	A	A	A													7	2	
16	R.C	1122344242	NIKOL	SALOME	CORREA	BURBANO	2	0		A	A	A	I	A	A	A	A	A													8	1	
17	R.C	1124870414	BRIANA	SHARIK	ARGOTY	MUÑOZ	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
18	R.C	1122344238	LIA	VICTORIA	TORRES	VELAZQUEZ	2	1		A	A	A	I	A	A	A	A	A													8	1	
19	R.C	1122344222	KYLIAN	BLEITH	LEGARDA	TORO	2	1		I	A	A	A	A	A	A	A	A													8	1	
20	R.C	1062916287	EMMA	SALOME	GALVIS	GALVIS	2	5		A	A	A	I	A	A	A	A	A													8	1	
																														TOTAL	153	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

COORDINADOR(A) EA

Yasleni Giron
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

9-Hoja

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION ALMA DE VIDA
NIT: 901345939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): YASLENI FABIOLA GIRON CC.: 1058971096
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: 7 DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

Hoja 2 de 2

No. de Orden	INFORMACION 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								
									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	R.C	1126461418	JEICOB	ALEJANDRO	FERNANDEZ	ROSERO	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
02																																				
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yasleni Giron
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 2
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): JEIME ALEXANDRA CRIOLLO CC.: 41110241
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3125629242

| INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA | | | | | | | | | CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA | | | | | | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

Hoja 2 de 2

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal: LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): JEIME ALEXANDRA CRIOLLO CC.: 41110241
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			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	1122344030	MARTIN		CUASTUMAL	CARDENAS	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A																9	0	
02	RC	1122344031	JAILETH	DAYANNA	MENESES	ARTUNDUAGA	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A																9	0	
03	RC	1122344017	EILIN	ANTONELLA	AZA	ROMERO	2	11		A	A	A	A	I	I	A	A	A																7	2	
04	RC	739964293	celeste	Salome	Carmona	Andrade	2	4		/	/	/	/	/	A	A	A	A																4	0	
05	RC	772234H264	Thiago.	Benyamin	Romo	Chacua.	1	11		/	/	/	/	/	/	X	A	A																2	0	
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	31	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	0
TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS AUSENTES	5.0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

Alexandra Criollo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA - FUNAVI
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal: LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): ALBA LILIANA TUTISTAR RUIZ CC.: 59835499
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1122343999	BRITHANY	SOFIA	MADROÑERO	BARRAGAN	3	0		A	A	A	I	I	A	A	A	I														6	3	
02	RC	1122343968	MARIANGEL		PASCAL	PARRA	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	6	
03	RC	1122343955	SCARLETH	AITANA	DIAZ	IBAÑEZ	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
04	RC	1122343942	EILYN	SALOME	MENESES	ANZASOY	3	2		A	A	A	A	I	A	A	A	A														8	1	
05	RC	1126460920	DAVID	SANTIAGO	CUARAN	LARA	3	2		A	A	A	A	A	I	A	I	A														7	2	
06	RC	1122343901	MILAN	YADIR	SANCHEZ	MOLINA	3	4		A	A	I	A	A	A	A	A	A														8	1	
07	RC	1122343898	JHONIER	ALEXIS	ACOSTA	ESPIN	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
08	RC	1122343891	EIMY	SOFIA	MUÑOZ	DIAZ	3	4		I	A	A	I	A	A	A	I	A														6	3	
09	RC	1126144653	JEICO	YAMIR	ARTEAGA	YADUN	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
10	RC	1122787526	AIMER	JESUS	MONTENEGRO	MENDEZ	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
11	RC	1126460781	ERICK	DANIEL	ARTEAGA	TORRES	3	5		A	I	T	I	I	/	/	/	/														1	4	
12	RC	1126144173	BELLA	LIDANIS	LONDOÑO	ERAZO	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
13	RC	1126144195	ERIK	FRANCESCO	LONDOÑO	ERAZO	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
14	RC	1122343844	MARIA	ALEJANDRA	CORTES	QUIÑONES	3	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
15	RC	1122343843	MAICOL	ESTEBAN	DERAZO	PANTOJA	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
16	RC	1122343865	LUCIANA		GUAÑARITA	CASANOVA	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
17	RC	1122343832	LUIS	FELIPE	SANCHEZ	ORTIZ	3	7		A	A	A	I	A	A	A	A	A														8	1	
18	RC	1022169631	KEIBERLYN	VICTORIA	GARCIA	PINTO	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
19	RC	1126144100	THIAGO	EMMANUEL	MADROÑERO	TONGUINO	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
20	RC	1122343819	JOSE	GREGORIO	ANGULO	TERAN	3	8		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
																															TOTAL	160	16	

Verificación De Cobertura	
	0
	20
	0

COORDINADOR(A) EA.

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

Hoja 1 de 2

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA - FUNAVI
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal: LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): ALBA LILIANA TUTISTAR RUIZ CC.: 59835499
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									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	1126460619	LIAN	ZAID	CASTRO	DIAZ	3	9		A	A	A	F	A	A	A	A	A														8	1	
02	RC	1122343786	BREITTNYS	STHER	TORRES	VITRIAGO	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
03	RC	1122343776	CRISTIAN	SANTIAGO	DIAZ	GUSTIN	3	9		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
04	PPT	7742811	THIAGO	GAEL	URDANETA	MARQUEZ	3	5		/	/	/	/	/	A	A	A	A														4	0	
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	29	2	

Verificación De Cobertura	
	0
	4
	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

27 Mayo

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 2

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LISETH ANDREA MONTENEGRO ARTEAGA CC.: 1122342159
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

No. de Orden	INFORMACION 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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									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	1126144651	JEHILYN	HERMAYONI	FONSECA	GOMEZ	2	7		A	A	A	A	I	A	A	A	A														8	1	
02	RC	1118383862	SAMY	ALEJANDRA	GOMEZ	RODRIGUEZ	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
03	RC	1122344077	CARLOS	EMMANUEL	HERRERA	LOPEZ	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
04	PPT	7765630	LIAM	GABRIEL	TORRES	HERNANDEZ	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
05	RC	1126144703	SHAIRA	VICTORIA	RODRIGUEZ	TRUJILLO	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
06	RC	1238140445	THIAGO		FIGUEROA	GAMBOA	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
07	RC	1126144252	ZOE	SAMARA	CIFUENTES	ESCALANTE	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
08	RC	1126461133	EMILIANO		SALAZAR	CORREA	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
09	RC	1122344045	JAIBER	ADRIEL	ARTEAGA	GONZALEZ	2	10		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
10	RC	1122344048	MILETH	YARIANA	MARTINEZ	GALINDEZ	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
11	RC	1122344433	ALAN	EITHAN	RODRIGUEZ	ROJAS	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
12	RC	1123212835	MARIO	EMMANUEL	VALENCIA	RINCON	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
13	RC	1126461067	IVAN	SANTIAGO	GREFA	SIQUIGUA	3	0		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
14	RC	1122344020	ANTHONY	SANTIAGO	ACOSTA	DIAZ	3	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
15	RC	1122344003	JOHAN	EMANUEL	GUAPUCAL	CHAMORRO	3	0		I	I	I	I	I	I	A	A	A														3	6	
16	RC	1120072641	HELEN	SOFIA	PEREZ	MACIAS	3	0		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
17	RC	1122343988	GISELL	SOFIA	RIVERA	RUIZ	3	0		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
18	RC	1182713668	ARIANA	CELESTE	NARVAEZ	JUANILLO	3	1		I	A	A	A	A	I	I	I	I														4	5	
19	RC	1140016093	ESTEBAN	SANTIAGO	MORENO	RINCON	3	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
20	RC	1122343979	NOHA	JOAQUIN	MARTINEZ	GALINDEZ	3	1		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
																														TOTAL	5+23		

Verificación De Cobertura	
	0
	20
	0

COORDINADOR(A) EA

Andrea Montenegro Arteaga
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

9-May

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 2

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LISETH ANDREA MONTENEGRO ARTEAGA CC.: 1122342159
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

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																					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
								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	1122344007	KEIDY	SHERLYN	MARCILLO	PANTOJA	3 1		A	A	A	A	I	A	A	A	A												8	1	
02	RC	1122344000	SEBASTIAN	DANIEL	VILLASMIL	ARAUJO	3 1		A	A	A	A	A	A	A	A	A												9	0	
03	RC	1122343960	SAMUEL	DAVID	MELO	RAMOS	3 2		A	A	A	A	A	A	A	A	A												9	0	
04																																
05																																
06																																
07																																
08																																
09																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
																													TOTAL	26	1	

Verificación De Cobertura	
	0
	3
	0

COORDINADOR(A) EA

Andrea Montenegro Arteaga
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

9- Mayo

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 2
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY MARCELA RINCON ECHEVERRY CC.: 1130643148
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1126460846	HELEN	MARIANA	CEBALLOS	DIAZ	3	4	A	I	I	I	I	I	I	I	/															17		V
02	RC	1122343882	XIOMARA	SALOME	BENITEZ	MARTINEZ	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
03	RC	1122343817	ROSALLY	SARITH	TRUJILLO	HERMOSA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	I	A															81		
04	RC	1140169206	JOSTIN	SAMUEL	GOMEZ	RODRIGUEZ	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
05	RC	1122343802	EILY	SARAY	GOMEZ	MADROÑERO	3	8	A	A	I	I	I	A	A	A	A															63		
06	RC	1122344101	LIAM	ANDRES	AGAMEZ	LANDAETA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
07	PTT	7804121	ISABELLA	JAZLIN	SIERRA	GONZALEZ	3	9	A	A	A	A	A	A	I	I	A															72		
08	RC	1233195240	DILAN	ALEXIS	DIAZ	LEGARDA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
09	RC	1241988641	JUAN	DIEGO	FERNANDEZ	ASTAIZA	3	10	A	A	A	A	A	I	A	A	A															81		
10	RC	1241988642	KATHERIN	SOFIA	FERNANDEZ	ASTAIZA	3	10	A	A	A	A	A	I	A	A	A															81		
11	RC	1126460566	ALAN	MATHIAS	JURADO	MUÑOZ	3	10	A	A	A	A	I	A	A	A	A															81		
12	RC	1122343765	DAVIANYILIS	CRISBELIS	VERA	DIAZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
13	RC	1122343758	THIAGO	MATHIAS	PIÑERO	PEREZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
14	RC	1122343750	DULCE	MARIA	SANTACRUZ	INSANDARA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
15	RC	1126460594	CHRISTIAN	SANTIAGO	GOMEZ	VELA	3	11	A	I	A	A	A	A	A	A	A															81		
16	RC	1122343751	ROMARIO		TORO	NUVE	3	11	A	A	I	I	A	I	A	A	A															63		
17	RC	1122343754	LIAM	MATHIAS	ROMO	CHACUA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
18	RC	1122343768	LIAN	EMMANUEL	VILLOTA	ARCINIEGAS	3	11	A	A	A	A	A	I	A	A	A															81		
19	RC	1122343733	JUAN	MIGUEL	CUASTUMAL	CANTICUS	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A															90		
20	RC	1122343747	DYLAN	DANIEL	JACANAMIJOY	CHICUNQUE	4	0	A	A	A	A	I	A	A	A	A															81		
																															TOTAL	151	22	

Verificacion De Cobertura	
	0
	20
	0

COORDINADOR(A) EA

Leidy Marcela Rincón E.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY MARCELA RINCON ECHEVERRY CC.: 1130643148
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									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	1122343724	JUNIOR	ALEJANDRO	JURADO	ARBOLEDA	4	0		A	A	A	A	A	I	A	A	A														8	1	
02	RC	1122343714	IZAN	DANIEL	DERAZO	RUALES	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	I														8	1	
03	RC	1062915067	ARLEY	DARIAN	TRILLOS	MONTESINOS	4	0		A	A	A	A	A	I	A	A	A														8	1	
04	RC	1122343748	ANNY	ZAIRETH	SOLARTE	ARIAS	4	0		/	/	/	/	/	/	/	/	A														1	0	
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	23	3	

Verificación De Cobertura	0 4 0		
		COORDINADOR(A) EA	RESPONSABLE DE GRUPO: Leidy Marcela Rincón E.

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

27/06/25

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): OLGA MILENA RENDON CC.: 41145413
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACION 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									
									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		ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1130165227	SAMUEL	STEBAN	GOMEZ	JACANAMIJOY	3	10		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
02	RC	1122343727	ELAIN	ZANERY	RODRIGUEZ	TAPIA	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
03	RC	1030050316	LUCIANGELY	SOFIA	SOTO	CASANOVA	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
04	RC	1122343711	BRYAN	ESTEBAN	VALENCIA	GUANGA	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
05	RC	1122343706	PAULA	SOFIA	DIAZ	MADROÑERO	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
06	RC	1140016023	DAVID	SANTIAGO	MELO	RUIZ	4	0		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
07	RC	1126144005	NINA	RIHANA MISHELL	INSUASTI	EVANJUANOY	4	0		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
08	RC	1122343703	VALERY	SOFIA	ROSERO	CHAPUEZ	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
09	RC	1122343687	EIMY	NATHALY	RUALES	CORDOBA	4	1		A	A	A	I	I	A	A	A	A														7	2	
10	RC	1122343676	ANALIA		LOPEZ	CONDE	4	1		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
11	RC	1122343662	GAEL	SEBASTIAN	ALVAREZ	ARIAS	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
12	RC	1122343668	ANAYD	SAMANTA	GOMEZ	ARBOLEDA	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
13	RC	1122343631	JANER	ALEXANDER	TRUJILLO	CASTRO	4	3		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
14	RC	1122343671	ALAN	CALIXTO	SOLARTE	YELA	4	3		I	I	A	A	A	A	A	A	A														7	2	
15	RC	1126460397	MARIANA		MERINO	ARISTIZABAL	4	3		I	A	A	I	I	A	A	A	A														6	3	
16	RC	1122343610	IAN	ZHAID	RUIZ	GOMEZ	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
17	RC	1126144032	JORDY	ELIAN	PANTOJA	CAJAS	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
18	RC	1122343579	ELIAM	MATIAS	MARTINEZ	POVEDA	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
19	RC	1122343572	MARIA	PAULA	MELO	SANCHEZ	4	5		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
20	RC	1197473748	JOAQUIN		SOLARTE	GONZALEZ	4	5		A	A	A	I	A	A	A	A	A														8	1	
																															TOTAL	15	29	

Verificacion De Cobertura	
	0
	20
	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal: LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): OLGA MILENA RENDON CC.: 41145413
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3214190858

Hoja 2 de 2

INFORMACION 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	1081067078	OSCAR	MANUEL	GUAMAN	CORTES	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
02	RC	1122343525	LIA	ALEJANDRA	MELO	PASCAL	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
03	RC	1122343534	HELLEN	ARYANA	AGUIRRE	TONGUINO	4	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	27	0	

Verificación De Cobertura	
	0
	3
	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

9-Mayo

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): MAYRA ROCIO VEGA VINCES CC.: 1121596777
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3142155274

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACION 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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									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	R.C	1118030457	VALERY	SOLANYI	NIETO	CHAVEZ	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
02	R.C	1122343701	SERGIO		AREVALO	PATIÑO	4	1		I	A	A	A	I	A	A	A	A														7	2	
03	R.C	1122343652	BRIAN	ANDRES	BELTRAN	ORTIZ	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
04	R.C	1123337138	ALAN	YESID	ORDOÑEZ	DIAZ	4	3		I	I	I	I	A	A	A	A	A														5	4	
05	R.C	1122343612	THIAGO	ELIEL	PASU	ACOSTA	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
06	R.C	1130147544	JUAN	MANUEL	MARTINEZ	VELASQUEZ	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
07	R.C	1122343567	BRIIAN	ALEXANDER	MORALES	PANTOJA	4	6		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
08	R.C	1122343805	CRISTIAN	DAVID	VILLASMIL	ARAUJO	4	7		A	I	I	I	A	A	A	A	A														6	3	
09	R.C	1122343554	ADRIAN	SAMUEL	GOMEZ	ORTEGA	4	7		I	I	I	I	I	A	A	A	A														4	5	
10	R.C	1122343551	VALERY	SOFIA	VELASCO	ZAMORA	4	7		I	A	A	A	A	A	A	A	A														8	1	
11	PPT	6062706	SHEHIDER	ELIAZAR	GUEVARA	MERCHAN	4	7		A	A	I	I	I	I	I	I	I														2	7	
12	R.C	1126144004	DIANA	YACKELINE	AGREDA	NARVAEZ	4	8		I	I	I	I	I	I	I	I	I														0	9	
13	R.C	1122343532	EILYN	MARIANA	LOPEZ	ZAMBRANO	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
14	R.C	1081288108	VELERY	JATHZIRY	VIDEZ	SALAS	4	8		I	I	I	I	I	A	A	A	A														4	5	
15	R.C	1122343500	DAMIAN	ALFREDO	FLORES	PASU	4	8		A	A	A	I	A	A	A	A	A														8	1	
16	R.C	1080071278	MATEO	ALEJANDRO	ROSERO	CASTILLO	4	8		I	I	I	I	A	A	A	A	I														4	5	
17	R.C	1122343493	JUAN	SEBASTIAN	HERRERA	LOPEZ	4	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
18	R.C	1122343510	JOSE	DANIEL	ARCINIEGAS	REVELO	4	9		I	I	I	I	I	I	I	A	A														2	7	
19	R.C	1120072109	IAN	MAEL	DUARTE	GUERRON	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
20	R.C	1122343492	JHOSELYN	KAROLINA	MUÑOZ	BRAVO	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
																														TOTAL	130	50	

Verificación De Cobertura	0
	20
	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

02 de Mayo

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): MAYRA ROCIO VEGA VINCES CC.: 1121596777
Código CUENTAME UDS: 867571126972 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ
Dirección UDS: BARRIO SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS: 3142155274

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						
									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	R.C	1122343461	HITANN	YOBANY	ALVAREZ	CORTEZ	4	11		I	I	I	I	A	A	A	A	A														15	4	
02	R.C	1058677876	EIMAR	SANTIAGO	CONDA	MUÑOZ	4	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
03	R.C	1126144770	MATHIUS	ABDIEL	NOLE	CUARTAS	5	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A														9	0	
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	23	4	

Verificacion De Cobertura	
	0
	3
	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

9 Hoy

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: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): MARIA NULMIS CAMASCA PAYOGUAJE CC.: 4118759
Código CUENTAME UDS: 867571137386 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ 1
Dirección UDS: PUERTO COLON Teléfono UDS: 321419058

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	PA	28421444	ALAIA	ZARID	GARCIA	MARTINEZ	1	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
02	RC	1122344400	LIAM	CAMILO	ALVARADO	AGUIRRE	1	5		I	I	I	I	I	A	A	A	A															4	5	
03	PA	2150811731	GABRIEL	DAVID	BARREIRO	CASTILLO	1	6		I	I	I	I	I	A	A	A	A															4	5	
04	RC	1122344325	NATHALY	SARAI	CARVAJAL	PRADO	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
05	PA	2150798011	MIA	CELESTE	NIÑO	RODRIGUEZ	1	7		/	/	/	/	/	/	/	/	/															0	0	V
06	RC	1122344323	JHOJAN	SANTIAGO	ZUÑIGA	DUQUE	1	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
07	RC	1126144603	EMILY	ADALET	CERDA	MEDINA	1	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
08	RC	1122344233	IAN	ALEJANDRO	LASSO	CORTEZ	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
09	RC	1126144751	LISHAN	ISABELA	MORENO	CUELLAR	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
10	RC	1122344181	LINDA	ANTONELA	TOVAR	ZAMBRANO	2	4		A	A	A	I	A	A	A	A	A															8	1	
11	RC	1122344163	DILVER	LUCIAN	GOMEZ	GARCIA	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
12	RC	1122344164	LEVI	DANEYCEP	GOMEZ	GARCIA	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
13	RC	1089489681	LIA	ISABELLA	GARCIA	GARCIA	2	7		I	I	I	I	/	/	/	/	/															0	4	V
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	88	15	

Verificación de Cobertura: 0 / 19 / 0

COORDINADOR(A) EA

María Camasca
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY PAOLA CALDERON NARVAEZ CC.: 1122342159
Código CUENTAME UDS: 867571137386 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ 1
Dirección UDS: PUERTO COLON Teléfono UDS: 3214190858

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						ASISTENCIA	INASISTENCIA	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			
01	RC	1077882951	ARIANA	VALENTINA	LLANOS	RONDON	2	7	A	I	A	A	A	A	A	I															7	2	
02	RC	1122344113	ALLISSON	DAYANNIS	VARGAS	RAMIREZ	2	7	I	A	A	A	A	I	A	A															7	2	
03	RC	1122344091	ADRIEL		ALVIRA	RAMIREZ	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
04	RC	1123337873	LICETH	CATALINA	HERRERA	ESPINOSA	2	8	A	A	I	A	A	I	A	A															7	2	
05	RC	1122344069	AKERLES	MATEO	NARVAEZ	TULCAN	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
06	RC	1122344060	MIA	ISABELLA	PEREZ	AGUIRRE	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
07	RC	1122344062	ALAN	JOSUE	NARVAEZ	ALVARADO	2	10	I	A	I	I	A	A	A	A															6	3	
08	RC	1126461159	VALERIN	TAMARA	BETANCUR	ROMO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
09	RC	1126461515	MIGUEL	ELIAS	LOPEZ	MERCADO	2	11	A	A	A	A	I	A	A	A															8	1	
10	RC	1122344021	MADDISON	JHEZABELL	HERAZO	MONTAÑO	2	11	A	A	I	A	A	A	A	I															7	2	
11	RC	1122344029	JUAN	PABLO	RODRIGUEZ	CHIGUANGO	2	11	A	I	A	I	A	I	A	A															6	3	
12	PPT	8070421	JORDANO	JOSE	POLANCO	HERNANDEZ	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
13	RC	1122344018	DOMINICK	ADRIAN	MONTIEL	SALAZAR	3	1	/	/	/	/	/	/	/	/															0	0	V
14	RC	1126144351	EMMANUEL		SALAZAR	ROMO	3	1	A	A	A	A	I	A	A	I															7	2	
15	RC	1122343952	VALERIN	NAYIBETH	DIAZ	CALDERON	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
16	RC	1126461483	MARIA	SALOME	MELO	CARRILLO	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
17	RC	1122343890	LIAN	DANIEL	TOBAR	ZUÑIGA	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
18	RC	1126144562	BREINER	SEBASTIAN	GUEVARA	SIMBAÑA	3	5	A	I	A	A	A	A	A	A															8	1	
19	RC	1122343829	MATHEO	ALEJANDRO	JUANIAS	MUÑOZ	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A															9	0	
20	RC	1130165228	DAYCI	ALEJANDRA	CARVAJAL	BARRETO	4	0	A	A	A	A	I	A	A	A															8	1	
																												TOTAL			152	19	

Verificación De Cobertura	
	0
	19
	0

COORDINADOR(A) EA

Leidy Calderon
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY PAOLA CALDERON NARVAEZ CC.: 1122342159
Código CUENTAME UDS: 867571137386 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ 1
Dirección UDS: PUERTO COLON Teléfono UDS: 3214190858

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	1122344126	KENYI	SAMUEL	TAPIA	YELA	2	7																						0	0	
02																																
03																																
04																																
05																																
06																																
07																																
08																																
09																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
																													TOTAL	0	0	

Verificación De Cobertura	
	0
	1
	0

COORDINADOR(A) EA

Leidy Calderon.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 2

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ALMA DE VIDA
NIT: 901.345.939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal LA HORMIGA Municipio: SAN MIGUEL
Nombre Agente Educativo (a): LIZETH ANDREA LOPEZ PANTOJA CC.: 1122341500
Código CUENTAME UDS: 867571137386 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRONTERAS DE PAZ 1
Dirección UDS: PUERTO COLON Teléfono UDS: 3214190858

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																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1122343845	BREINER	JHAZELL	CABEZAS	DELGADO	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
02	RC	1118383184	DAYLIN	BRIYITH	ROJAS	VAQUERO	3	8		A	A	A	A	A	I	A	A	A													8	1	
03	RC	1126144618	YAETLI	TZAYANA	CASANOVA	DUARTE	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
04	RC	1122343790	ESTHER	ARIANA	FLOREZ	BENAVIDES	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
05	RC	1122343813	DIANA	VANESSA	RODRIGUEZ	MELO	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
06	RC	1079392428	MARCOS	DAVID	RONDON	TIQUE	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
07	RC	1126144045	DAYNI	SARAI	MORENO	CUELLAR	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
08	RC	1122343735	EIMY	ANTHONELLA	CASTILLO	FLOREZ	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
09	RC	1122344122	NEYMAR	ESTIVEN	JIMENEZ	RUALES	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
10	RC	1122343731	LUCIANA	SOFIA	PERENGUEZ	ROSALES	4	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
11	RC	1122343720	MARIA	JOSE	CUELLAR	GREFA	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
12	RC	1126144087	IAN	NAHEL	ORTEGA	CHAPAL	4	2		A	A	A	A	A	I	A	A	A													8	1	
13	RC	1122343661	ELIAN	JESUS	SOLUTO	SANCHEZ	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
14	RC	1122343614	BRIAN	ALEXANDER	GUAÑARITA	MUÑOZ	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
15	RC	1122343617	JAHIDER	ARLEY	ROMBARITYAMA	VARGAS	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
16	RC	1122343608	JANNA	ALEJANDRA	ORDOÑEZ	OSPINA	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A													9	0	
17	RC	1122343592	PAULA	ANDREA	CARREÑO	CORDOBA	4	5		A	A	A	A	A	I	A	A	A													8	1	
18	RC	1122343547	JUAN	ESTEVAN	MUÑOZ	SANCHEZ	4	6		A	A	A	A	I	A	A	A	A													8	1	
19	SD	07735F18F	ADRIANNYS	ANTHONELLA	ARIAS	MENDEZ	3	7																							0	0	
20																																	
																													TOTAL	158	4	

Verificación De Cobertura

0	
18	
0	

COORDINADOR(A) EA

ANDREA LOPEZ
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

27 Mayo