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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo MERLIS VILLAREAL BETANCOURT C.C: 1007864785
Código CUENTAME UDS: 136571160353 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 25
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA																										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			
1	CC	1048934132	JEIMI	PAOLA	CARABALLO	POSSO	19	7				I										I									0	2	
2	CC	1002429041	SHEYLA	CLERY	CASTRO	ANDRADE	23	1				A										A									2	0	
3	CC	1047456701	JULIA	ELENA	CARMONA	MENDOZA	32	2				A										A									2	0	
4	RC	1249071636	GAEL	DAVID	BALLESTEROS	HERNANDEZ	0	4				A										A									2	0	
5	RC	1256018784	KATLEYA		VALDEZ	HOYOS	0	6				A										A									2	0	
6	RC	1048613841	DIANA	SOFIA	BALTAZAR	CHIMA	0	8				A										A									2	0	
7	RC	1051835535	LIZZ	ARIANA	CARPIO	ROMERO	1	2				A										A									2	0	
8	RC	1077095881	ANIBAL	ENRIQUE	BUELVAS	LOPEZ	1	4				A										A									2	0	
9	RC	1102899743	LIAM	DAVID	BARRETO	CONTRERAS	1	6				A										A									2	0	
10	RC	1051835243	GENESIS		TORDECILLA	COGOLLO	2	0				A										A									2	0	
11	RC	1051835260	ITZAYANA		SIERRA	YEPES	2	1				A										A									2	0	
12	RC	1051835023	LIZ	DANIELA	RAMOS	MARTINEZ	2	8				A										A									2	0	
13	RC	1143474790	NIKOL	ALEXANDRA	RUIZ	GUANCHEZ	2	8				A										A									2	0	
14	RC	1051834720	ANTONELLA		CASTRO	GUZMAN	3	6				A										A									2	0	
15	RC	1051834657	ALANIS	MICHELL	NARVAEZ	MENDOZA	3	10				A										A									2	0	
16	RC	1052101011	DEIMER	ANTONIO	MARTINEZ	FRUTO	4	1				A										A									2	0	
17	RC	1050485613	SARA	SOFIA	RAMOS	MARTINEZ	4	2				A										A									2	0	
18	RC	1051834480	SHARON	JULIANA	ANILLO	SIERRA	4	2				A										A									2	0	
19	RC	1160463049	LUISA	FERNANDA	PEDROZA	GOMEZ	4	7				A										A									2	0	
20	R.C	1048945249	GAEL	DAVID	HERRERA	PEREZ	4	8				A										A									2	0	
																														TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Katia Ramos
COORDINADOR(A) EA

Merlis Sandrid Villareal B.
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	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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo: ESTEPHANY ORDOÑEZ ALVAREZ C.C: 1051360211
Código CUENTAME UDS: 136571160349 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 21
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1002410190	ISAMAR		ESCOBAR	PEREZ	29	6				A										A										2	0	
2	CC	1193130689	MARIA	ALEJANDRA	ESCORCIA	ZAMORA	22	7				A										A										2	0	
3	RC	1051365720	ISAURA		REALES	SARMIENTO	0	1				A										A										2	0	
4	RC	1051365665	VICTORIA	JIREH	ROCHA	BERDUGO	0	3				A										A										2	0	
5	RC	1051365569	YAIRIG	LUCIA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	8				A										A										2	0	
6	RC	1051365568	SHAIRIG	LUCIA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	8				A										A										2	0	
7	RC	1051365549	GLORIANJELIS		PRENS	OROZCO	0	8				A										A										2	0	
8	RC	1051365528	ILIAN	DAVID	CASSIANI	OSPINO	0	9				A										A										2	0	
9	RC	1051365520	ISABELLA	SOFIA	PEREZ	OSPINO	0	10				A										A										2	0	
10	RC	1051365479	EMMANUEL	ELIAS	PARRA	MARTES	0	11				A										A										2	0	
11	RC	1051365466	JESHUA	DANIEL	SANTANA	CAICEDO	1	0				A										A										2	0	
12	RC	1051365382	LEIKER	JOSE	OSPINO	PAYARES	1	4				A										A										2	0	
13	RC	1240500297	SEBASTIAN	ANDRES	MARTINEZ	ROMERO	1	9				A										A										2	0	
14	RC	1049267703	LEYLAK	YOHANA	REALES	ESCOBAR	1	10				A										A										2	0	
15	RC	1048097187	SHALOME		BRITO	ECHEVERRY	1	11				A										A										2	0	
16	RC	1044239706	ANAILID	SOFIA	MARTINEZ	CAÑATE	2	0				A										A										2	0	
17	RC	1051365067	ELIANE		TORREGROSA	PEÑARANDA	2	6				A										A										2	0	
18	RC	1042982980	ALAN	DAVID	ESCORCIA	CABALLERO	2	7				A										A										2	0	
19	RC	1243763527	KYLIAN	ALEJANDRO	SARA	GUETTE	2	10				A										A										2	0	
20	RC	1051364670	JHORDAN	DAVID	MEZA	DE LEON	4	1				A										A										2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Katia Ramos
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	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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo BETTY NAVAS BARCAS C.C: 45525257
Código CUENTAME UDS: 136571160352 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 24
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ____

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	
1	CC	1051826018	ELIZABETH		MANJARREZ	DE LA HOZ	30	7										A						A								2	0	
2	CC	1044915387	DAYANA	PAULINE	PEREZ	GONZALEZ	35	11										A						A								2	0	
3	CC	1049483575	NERLYS	PATRICIA	PARRA	ARRIETA	31	1										A						A								2	0	
4	PPT	6267565	GLADIMAR	PATRICIA	PABON	FINOL	21	8										A						A								2	0	
5	RC	1249071819	LIAM	DAVID	YEPES	CONTRERAS	0	3										A						A								2	0	
6	RC	1051835762	AYLA	LUCIA	VILLA	PADILLA	0	4										A						A								2	0	
7	RC	1238352478	VICTORIA	ELENA	TORRES	LIGARDO	0	7										A						A								2	0	
8	RC	1051835556	LIAM	DAVID	CARO	SANCHEZ	1	2										A						A								2	0	
9	RC	1233931793	DANIS		ORTEGA	MARTINEZ	1	2										A						A								2	0	
10	RC	1050485738	JHAZLY	SORIALIS	AREAS	LOPEZ	1	7										A						A								2	0	
11	RC	1051835344	EMILIANO		MORALES	MAESTRE	1	9										A						A								2	0	
12	RC	1051835046	JAHAZIEL		TERAN	HERNANDEZ	2	7										A						A								2	0	
13	RC	1051834825	JUAN	SEBASTIAN	OLIVERA	ROMERO	3	3										A						A								2	0	
14	RC	1051834415	HAALAND	DAVID	SANCHEZ	ANDRADE	4	4										A						A								2	0	
15	RC	1160463047	JUAN	CAMILO	CASTRO	CARMONA	4	7										A						A								2	0	
16	RC	1051834326	HILARY	SOFIA	GONZALEZ	OSORIO	4	7										A						A								2	0	
17	RC	1050485258	EMANUEL	JOSE	BARRIOS	ROMERO	4	9										A						A								2	0	
18	RC	1018274176	LIAM	ESTEBAN	CALVO	CAICEDO	4	10										A						A								2	0	
19	RC	1050485216	DANIELA	PAOLA	BARRIOS	CASTRO	4	11										A						A								2	0	
20	RC	1050485152	JUAN	SEBASTIAN	CANTILLO	OLIVERA	5	0										A						A								2	0	
																							TOTAL								40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) SA

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	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: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo ROSMERIS CARMONA REYES C.C: 33273667
Código CUENTAME UDS: 136571160453 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 20
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
								SEMANAS																						
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																											
1	CC	1007738525	LUZ	MERY	GUZMAN	CRECO	26	4										A															2	0	
2	PPT	5939142	SARAY	JULIETH	VASQUEZ	TELLO	23	1										A															2	0	
3	CC	1002429959	KELLY	JOHANYS	ESCHORBO	SALCEDO	21	7										A															2	0	
4	CC	1050483424	SANDRA	EDITH	BELTRAN	CONTRERAS	19	4										A															2	0	
5	CC	1050482943	LUZ	NEIDY MARIA	CARMONA	TEJEDA	19	7										A															2	0	
6	CC	1007263407	LEILA	MARIA	MONTES	SIERRA	25	8										A															2	0	
7	CC	1043295913	DANNA	PAOLA	PADILLA	CARDENAS	20	7										A															2	0	
8	RC	1051835782	AILANY	SOFIA	DIAZ	CHAVARRIA	0	3										A															2	0	
9	RC	1051835734	ISABELLA	SOFIA	CUETO	GARCIA	0	5										A															2	0	
10	RC	1051835440	ADAZHA		BLANCO	RODRIGUEZ	1	6										A															2	0	
11	RC	1051835374	DAMIAN	DAVID	ARANDA	FERNANDEZ	1	8										A															2	0	
12	RC	1050485694	SALOME		RODELO	MONROY	1	9										A															2	0	
13	RC	1044022685	MARIA	FERNANDA	FERNANDEZ	CASTELLAR	2	2										A															2	0	
14	RC	1051835115	JOSE	MIGUEL	CAICEDO	HERRERA	2	6										A															2	0	
15	RC	1051835041	KARIME		CAMARGO	DE AVILA	2	7										A															2	0	
16	RC	1081766003	YORYEYH	MARIA	ZAMORA	CALVO	3	5										A															2	0	
17	RC	1050485507	LUIS	ANDRES	REALES	ARIAS	3	7										A															2	0	
18	RC	1051834412	THALIA	SOFIA	ESCHORBORGH	DE AVILA	4	4										A															2	0	
19	RC	1051834333	YULIANA	PATRICIA	RAMOS	ARRIETA	4	7										A															2	0	
20	RC	1051834266	VICTOR	JOSE	MERCADO	RAMOS	4	9										A															2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	7

Katya B B
COORDINADOR(A) EA

Rosmeris Carmona Reyes
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARIA OSORIO
Código CUENTAME UDS: 136571160346
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA

Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 45781664
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 17
Teléfono UDS: 3022947261

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	PPT	6275712	MARIELA	DEL CARMEN	INCIARTE	INCIARTE	19	7					A										A										2	0	
02	C.C	1051824122	WENDY	LORAINNE	PEREZ	REYES	32	0					A										A										2	0	
03	R.C	1051835789	DANIEL	DE JESUS	RIVERO	MORENO	0	2					A										A										2	0	
04	R.C	1051835755	KYLIAN		CARMONA	RAMIREZ	0	4					A										A										2	0	
05	R.C	1051835709	ISAAC	DAVID	VARELA	ALCAZAR	0	6					A										A										2	0	
06	R.C	1051835634	EMMANUEL	ANDRES	MARTINEZ	BARRERA	0	9					A										A										2	0	
07	R.C	1051835586	ISAIAS	NAIR	CAICEDO	CHAVEZ	0	11					A										A										2	0	
08	R.C	1050585737	BELEN	SOFIA	LUNA	FLOREZ	1	5					A										A										2	0	
09	R.C	1051835432	LUIS	ANGEL	MERCADO	REYES	1	5					A										A										2	0	
10	R.C	1050485678	MILAGRO	DE JESUS	ARRIETA	RODRIGUEZ	1	11					A										A										2	0	
11	R.C	1051835263	VICTORIA		DIAZ	ORTEGA	1	11					A										A										2	0	
12	R.C	1051834997	YURYANGEL		HERNANDEZ	DEULUFEUT	2	8					A										A										2	0	
13	R.C	1051834876	LUCCA		SALGADO	CASTILLO	3	0					A										A										2	0	
14	R.C	1052635157	XELENA	MICHEL	VELAZQUEZ	ALVAREZ	3	2					A										A										2	0	
15	R.C	1160463056	LUISA	ISABEL	LEONES	GOMEZ	3	3					A										A										2	0	
16	R.C	1050485519	MATEO	ANDRES	CUEVAS	GONZALEZ	3	5					A										A										2	0	
17	R.C	1050484509	NELFIS	CAROLINA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	3	7					A										A										2	0	
18	R.C	1138683197	EMELY	SOFIA	MUÑOZ	JULIO	3	9					A										A										2	0	
19	R.C	1050485395	ALISSON		LUNA	MENDOZA	4	1					A										A										2	0	
20	R.C	1052741667	BRAINER	DE JESUS	ALCAZAR	GARCIA	4	6					A										A										2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Katia Ramos
COORDINADOR(A) EA

Luz Maria Osorio.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S

NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOLÍVAR

Nombre Agente Educativo (a): WENDY TAPIA

Código CUENTAME UDS: 136571160350

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA

Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR

CC: 1052086473

Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 22

Teléfono UDS: 3246709172

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	C.C	1010124535	CINTHIA	IRLETH	BERRIO	DIAZ	24	7										A										A						
02	C.C	1051360211	ESTEPHANNY		ORDOÑEZ	ALVAREZ	31	10										A										A						
03	R.C	1051835705	ABIGAIL	SOFIA	ARIA	OCHOA	0	7										A										A						
04	R.C	1051835661	KEINER	JOSE	VERGARA	YEPES	0	9										A										A						
05	R.C	1051835667	SAMIL	DAVID	ROMERO	RINCON	0	9										A										A						
06	R.C	1051835592	EIMY	SOFIA	MENDOZA	VARGAS	0	11										A										A						
07	R.C	1050485753	CAMILO	ANDRES	CARREÑO	VALLES	0	11										A										A						
08	R.C	1051835599	VICTORIA		RODRIGUEZ	ARDILA	0	11										A										A						
09	R.C	1051835585	MIA	ISABELLA	FIGUEROA	GARCIA	1	0										A										A						
10	R.C	1051835623	DANNA	ISABEL	PEREZ	DIAZ	1	0										A										A						
11	R.C	1051835523	VALERIN	SOFIA	MAESTRE	GLORIA	1	2										A										A						
12	R.C	1051835499	GAEL	ANTONIO	CASTELLAR	VILLAMIL	1	3										A										A						
13	R.C	1051835483	ITAN	ANDRES	MARTINEZ	REYES	1	4										A										A						
14	R.C	1051835473	LUIS	MANUEL	VASQUEZ	CASTRO	1	4										A										A						
15	R.C	1051835491	EVA	SANDRID	VITOLA	CASTRO	1	5										A										A						
16	R.C	1051835408	MILAGROS		FERNANDEZ	PULGAR	1	6										A										A						
17	R.C	1051835189	ABRIL		MARTINEZ	HERNANDEZ	2	3										A										A						
18	R.C	1050485588	JUAN	DAVID	PATIÑO	ALVAREZ	2	11										A										A						
19	R.C	1050485545	KEREN	SALOME	BERMEJO	HERAZO	3	4										A										A						
20	R.C	1045311359	EDGAR	JOSE	VITOLA	CASTRO	3	11										A										A						
																																TOTAL		

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

Kafia Ramos
COORDINADOR(A) EA

Wendy Tapia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): BERTHA LEIVA
Código CUENTAME UDS: 136571160347
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 33339775
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 18
Teléfono UDS: 3107148049

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	C.C	1002429747	LAURA	DAYANA	GAZABON	DOMINGUEZ	22	2					A					A					A					A					20	0	
02	C.C	1051826503	MARIA	BERNARDA	BARRAZA	PEREZ	30	4					A					A					A					A					20	0	
03	R.C	1051830735	KATTY	PULIETH	MONROY	CARMONA	28	0					A					A					A					A					20	0	
04	C.C	1051835733	PAULINA		PARRA	MUÑOZ	0	4					A					A					A					A					20	0	
05	R.C	1051835737	KYLIAN		MARIN	GARCIA	0	4					A					A					A					A					20	0	
06	R.C	1050485786	LUISA	PAOLA	BARRAZA	HERRERA	0	5					A					A					A					A					20	0	
07	R.C	1253659915	MARIA	CELESTE	DIAZ	MARTINEZ	0	6					A					A					A					A					20	0	
08	R.C	1051835684	LUIS	SANTIAGO	HERRERA	OSORIO	0	7					A					A					A					A					20	0	
09	R.C	1051835511	MIA	SOFIA	MACHADO	PARRA	1	2					A					A					A					A					20	0	
10	R.C	1031189680	GIANNA	ISABEL	BARRIOS	RODRIGUEZ	1	8					A					A					A					A					20	0	
11	R.C	1051835352	LAILA	KATALEYA	YEPEZ	VELASQUEZ	1	8					A					A					A					A					20	0	
12	R.C	1051835347	JEYLIS	STER	BERMEJO	ANDRADE	1	9					A					A					A					A					20	0	
13	R.C	1050485698	NAYIBETH	HELENA	VIDES	MACHADO	1	9					A					A					A					A					20	0	
14	R.C	1051835274	ARIANNA		NUÑEZ	RODRIGUEZ	2	0					A					A					A					A					20	0	
15	R.C	1051835275	BRIANNA		NUÑEZ	RODRIGUEZ	2	0					A					A					A					A					20	0	
16	R.C	1052101125	YARED	DAVID	ARIAS	RESTREPO	2	0					A					A					A					A					20	0	
17	R.C	1051835170	MIGUEL	ESTEBAN	BARRIOS	RESTREPO	2	2					A					A					A					A					20	0	
18	R.C	1051835171	GABRIEL	JESUS	BARRIOS	RESTREPO	2	2					A					A					A					A					20	0	
19	R.C	1051835070	THIAGO	ANDRES	JIMENEZ	PALACIN	2	6					A					A					A					A					20	0	
20	R.C	1051835037	THIAGO		MARÍN	GARCÍA	2	7					A					A					A					A					20	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

Kottid Ramos
COORDINADOR(A) EA

Bertha Leiva Julio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): YULIANA HERRERA CERPA
Código CUENTAME UDS: 136571160348
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051815002
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 19
Teléfono UDS: 3128718263

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C.	1051828437	YULIETH	VANESA	TERAN	SIERRA	29	7					A									A											2	0	
02	C.C.	1193331679	NAYERIS	NATALIA	MARQUEZ	ESCOBAR	23	4					A									A											2	0	
03	C.C	1051826134	YASMIN	DEL CARMEN	VERGARA	ANILLO	30	11					A									A											2	0	
04	R.C	1051832557	MARIA	JOSE	OLIVERA	BLANCO	26	4					A									A											2	0	
05	R.C	1050485784	AXEL	DAVID	CALVO	SERRANO	0	5					A									A											2	0	
06	R.C	1051835713	JOHAN	ANDRES	ORTEGA	TERAN	0	6					A									A											2	0	
07	R.C	1051835688	KENDALL	SOFIA	OCHOA	ESCOBAR	0	7					A									A											2	0	
08	R.C	1050485769	SCARLETT		ROMERO	CASTELLAR	0	7					A									A											2	0	
09	R.C	1050485764	ALANYS	SOPHIA	ROMERO	VENCE	0	8					A									A											2	0	
10	R.C	1050485760	MARCOS	DE JESUS	YANEZ	SAENZ	0	9					A									A											2	0	
11	R.C	1140716373	EINER	DAVID	FERRER	PEREZ	1	1					A									A											2	0	
12	R.C	1051835526	MARIA	VICTORIA	MARQUEZ	BARRIOS	1	2					A									A											2	0	
13	R.C	1051835490	ERIANI		PINTO	ESCALANTE	1	3					A									A											2	0	
14	R.C	1051835471	ISSABELA		CANTILLO	OLIVERA	1	4					A									A											2	0	
15	R.C	1051835454	NAHOMI	SOFIA	BELTRAN	SERRANO	1	6					A									A											2	0	
16	R.C	1050485730	MARIA	BELEN	SANCHEZ	OLIVERA	1	6					A									A											2	0	
17	R.C	1051835369	JHOSUE	DAVID	BARRIOS	PADILLA	1	8					A									A											2	0	
18	R.C	1051835339	DIANA	PATRICIA	TAMARA	RODRIGUEZ	1	9					A									A											2	0	
19	R.C	1051835133	LEIA	GABRIEL	SANCHEZ	ARDILA	2	3					A									A											2	0	
20	R.C	1050485493	DEILITH	SOFIA	SANCHEZ	BELLO	3	7					A									A											2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Katia Ramos
COORDINADOR(A) EA

Yuliana Herrera Cerpa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): JENNIFER YEPES
Código CUENTAME UDS: 136571160351
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051820472
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 23
Teléfono UDS: 3228967722

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	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	C.C	1050483306	GENESIS		CARMONA	AGUDELO	19	1					A									A										2	0	
02	C.C	1052630932	KEYLA	MARCELA	FERNANDEZ	YEPES	18	10					A									A										2	0	
03	C.C	1051822777	DAYANIS	ESTER	REYES	PIMIENTA	34	7					A									A										2	0	
04	C.C	1051821329	KELLY	JOHANA	MORENO	CAMARGO	16	3					A									A										2	0	
05	R.C	1051835791	DYLAN	ANDRÉS	CONTRERAS	TAPIA	0	2					A									A										2	0	
06	R.C	1051835753	MOISES	DAVID	MONTALVO	HERNANDEZ	0	4					A									A										2	0	
07	R.C	1051835722	VALERY	SOFIA	BELTRAN	BOHORQUEZ	0	5					A									A										2	0	
08	R.C	1051835712	ABBY	MELEK	CASTRO	TORRES	0	6					A									A										2	0	
09	R.C	1051835730	AISAAC	GAEL	OSPINO	FERRER	0	6					A									A										2	0	
10	R.C	1051835703	MATEO	JOSE	CUELLO	CASTRO	0	8					A									A										2	0	
11	R.C	1051835613	DAHIAN	JOSUE	GARCIA	ARRIETA	0	11					A									A										2	0	
12	R.C	1238351297	CHRISTOPHER		PUERTAS	BRAVO	1	3					A									A										2	0	
13	R.C	1050485736	IVANNA		CASTRO	VILLALBA	1	5					A									A										2	0	
14	S.D	6F7806497CAF4330963778D54AD6C4654357	DAINER	JOSE	PARRALES		1	7					A									A										2	0	
15	R.C	1051835391	IVANNA	SOFIA	BUELVAS	BARRIOS	1	7					A									A										2	0	
16	R.C	1050485711	MAIA		FUENMAYOR	SERRANO	1	8					A									A										2	0	
17	R.C	1051835345	ASENETH	SOFIA	CARMONA	AGUDELO	1	9					A									A										2	0	
18	R.C	1050485647	VICTORIA		MORENO	VILLAR	2	5					A									A										2	0	
19	R.C	1051834895	MILAGROS		BARRIOS	BUELVAS	2	11					A									A										2	0	
20	R.C	1050485572	EMMANUEL	DAVID	FAJARDO	TORRES	3	1					A									A										2	0	
																														TOTAL	40	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Jennifer Yépez Jiménez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): BEATRIZ ADRIANA ACEVEDO DIAZ C.C: 33273034
Código CUENTAME UDS: 136571160336 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 7
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3136470796

Hoja ___ de ____

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	
1	CC	1051816617	VIVELIS	DAYANA	ROMERO	BERTEL	21	3								A										A							2	0	
2	CC	1051820028	LIZETH	DEL CARMEN	ANDRADE	RODELO	34	10								A										A							2	0	
3	RC	1051835807	EMILIANO		MENDOZA	DE LA HOZ	0	2								A										A							2	0	
4	RC	1050485793	AITANA	ISABEL	POLO	CASTELLAR	0	4								A										A							2	0	
5	RC	1052101745	SAMARA	ISABEL	ESTRADA	MERCADO	0	7								A										A							2	0	
6	RC	1051835644	MILAN	DAVID	BARRIOS	SALGADO	0	10								A										A							2	0	
7	RC	1051835561	CESAR	DAVID	ROMERO	SUAREZ	1	0								A										A							2	0	
8	RC	1051835520	KEYLOR	DAVID	BUELVAS	TRUJILLO	1	2								A										A							2	0	
9	RC	1051835507	DILAN	JOSE	CARMONA	VILORIA	1	3								A										A							2	0	
10	RC	1051835488	ALEXANDRA		CASTILLO	CASTILLO	1	3								A										A							2	0	
11	RC	1233931198	MIA	SOPHIA	PARRA	BARRAGAN	1	5								A										A							2	0	
12	RC	1050485715	JOHAN	DAVID	MANJARRES	CARMONA	1	8								A										A							2	0	
13	RC	1051835364	AMALIA	TERESA	GAZABON	LUNA	1	9								A										A							2	0	
14	RC	1051835318	LIAM		DE LA ROSA	BOHORQUEZ	1	10								A										A							2	0	
15	RC	1051835294	MIA	SOFIA	GARCIA	YEPES	1	11								A										A							2	0	
16	RC	1051835242	ABEL	DE JESUS	ACEVEDO	YEPEZ	2	1								A										A							2	0	
17	RC	1051835219	LUIS	DAVID	BALLESTERO	GUERRERO	2	1								A										A							2	0	
18	RC	1051835104	DIEGO	ANDRES	MELENDEZ	DIAZ	2	5								A										A							2	0	
19	RC	1196975690	LEIRYS	SOFIA	FLOREZ	FLOREZ	2	5								A										A							2	0	
20	RC	1140715022	CRISTIAN	JOSE	CARMONA	VILORIA	4	0								A										A							2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Edilsa Bulluras e. — COORDINADOR(A) EA

Beatriz Acevedo Diaz — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) LORENA SERRANO SIERRA C.C: 45781714
Código CUENTAME UDS: 136571160341 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 12
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3127171745

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1002439951	GREIEY	ELENA	TOVAR	GALVAN	33	7							A										A								2	0	
2	CC	1194747445	KARLA	ISABEL	POLO	GAZABON	22	9							A										A								2	0	
3	CC	1143400396	SHIRLY	CATALINA	ACOSTA	TRASLAVIÑA	28	2							A										A								2	0	
4	CC	1193223866	JOHANA	DE JESUS	VITAL	TERRRAZA	27	7							A										A								2	0	
5	CC	1143374097	MARYURIS	VANESSA	BELEÑO	HAAD	31	5							A										A								2	0	
6	CC	1049483597	MARGARETH	PAOLA	HERRERA	ARIZA	30	10							A										A								2	0	
7	CC	1047452644	KEYLA	LISETH	BARRIOS	PERSIA	32	8							A										A								2	0	
8	RC	1050485808	KYARA	SOFIA	ALVAREZ	URUETA	0	1							A										A								2	0	
9	RC	1051835812	EMILIANO		LAMBIS	MORALES	0	1							A										A								2	0	
10	RC	1051835718	EMMANUEL		FLOREZ	NAVARRO	0	7							A										A								2	0	
11	RC	1249070691	AITANA		QUINTANA	CARMONA	1	0							A										A								2	0	
12	RC	1043346112	MIGUEL	ANGEL	MEJIA	ROMERO	1	1							A										A								2	0	
13	RC	1126791290	JHONATAN	DAVID	MEJIA	OROZCO	1	10							A										A								2	0	
14	RC	1051835052	YEIRON	RAFAEL	MARQUEZ	SALCEDO	2	7							A										A								2	0	
15	RC	1050981038	OLIVER	JOSE	NAVARRO	HERRERA	2	9							A										A								2	0	
16	RC	1051834771	ARIANNA		CASTELLAR	HERRERA	3	5							A										A								2	0	
17	RC	1050485477	SAHILYN		BARRIOS	PADILLA	3	9							A										A								2	0	
18	RC	1238347650	MILAGRO	SOFIA	YEPES	FERNANDEZ	3	10							A										A								2	0	
19	RC	1051834363	XHAVI	ANDRES	SOLANO	MELENDEZ	4	6							A										A								2	0	
20	RC	1051834327	MARIA	VICTORIA	GUERRERO	YEPES	4	7							A										A								2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

Edilsa Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Losena Serrano Sierra
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATC 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo ZULMA ROMERO CHAMORRO C.C: 1051818383
Código CUENTAME UDS: 136571160338 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 9
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3205078991

Hoja ____ de _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1050488853	MARYURIS	BEATRIZ	YEPES	ARIAS	18	10							A										I								1	1	
2	TI	1050484159	KEYDIS	JOHANA	CARMONA	MENODZA	17	7							A										A								2	D	
3	CC	1051826961	EUGENIA	DEL CARMEN	GARCIA	OSPINO	32	0							A										A								2	D	
4	RC	1048946457	YOLVER	ANDRES	CASTELLAR	MELENDREZ	0	2							A										A								2	D	
5	RC	1051835781	ALICE	GUADALUPE	PEREZ	LUNA	0	3							A										A								2	D	
6	RC	1051835770	ROSMERIS		VILORIA	BALLESTA	0	4							A										A								2	D	
7	RC	1253659785	ELIAM	JOSE	VILLAR	BUSTILLO	0	8							A										A								2	D	
8	RC	1051835626	HEDA	ISABEL	DIAZ	ROZO	0	10							A										A								2	D	
9	RC	1051835580	ALLISSON	ANDREA	GARCIA	PEREZ	1	0							A										A								2	D	
10	RC	1051835528	ALAN	ANDRES	SERRANO	MONTES	1	1							A										A								2	D	
11	RC	1051835453	ALONSO	CAMILO	PEREZ	LUNA	1	5							A										A								2	D	
12	RC	1044944136	JEYLIS	SOFIA	PAREJA	MENDOZA	1	6							A										A								2	D	
13	RC	1051835430	ADRIAN		MEZA	CARMONA	1	6							A										A								2	D	
14	RC	1051835396	ADHARA	SOFIA	ANILLO	ARIAS	1	8							A										A								2	D	
15	RC	1051835353	ZAREEN	MICHELLE	LASTRA	CARBAL	1	9							A										A								2	D	
16	RC	1140716163	MAILY	CAROLINA	CANTILLO	ARGEL	1	9							A										A								2	D	
17	RC	1140716164	DAYANA	MICHEL	MORENO	ALVEAR	1	9							A										A								2	D	
18	RC	1051835302	JEAN	CARLOS	RODELO	CONTRERAS	1	10							A										A								2	D	
19	RC	1051835290	BETSY	LILIANA	FLOREZ	ESTRADA	1	11							A										A								2	D	
20	RC	1051835227	IRINA	ESTHER	CABARCAS	CONTRERAS	2	2							A										A								2	D	
																																	TOTAL	39	1	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Soluna Romero Ch
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo ESPERANZA MARTINEZ TROCHA C.C: 33338812
Código CUENTAME UDS: 136571160337 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 8
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3246709172

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1051835820	LUISA	FERNANDA	MENDEZ	GARCIA	0	0							I						I										0	2	
2	RC	1051835735	CILLIAN		MONTES	CARMONA	0	5							A						A										2	0	
3	RC	1051835723	DILAN	DAVID	HERRERA	GLORIA	0	5							A						A										2	0	
4	RC	1051835721	EDGAR		PEREZ	TORRES	0	6							A						A										2	0	
5	RC	1051835715	AYLIN	SOFIA	CASTELLAR	VASQUEZ	0	6							A						A										2	0	
6	RC	1051835676	ANA	SOFIA	MARTINEZ	RAMIREZ	0	8							A						A										2	0	
7	RC	1051835653	LIAN	DAVID	MONTERROSA	BUSTILLO	0	10							A						A										2	0	
8	RC	1253659480	SANTIAGO	DE JESUS	SANCHEZ	LOPEZ	0	10							A						A										2	0	
9	RC	1051835618	YEICOLL	ANDRES	CARMONA	MELENDEZ	0	10							A						A										2	0	
10	RC	1051835582	ALANNY	VICTORIA	TROCHA	PAYARES	1	0							A						A										2	0	
11	RC	1051835469	KIARA	SOFIA	BOSSA	MANJARREZ	1	5							A						A										2	0	
12	RC	1051835464	NEIKER	DAVID	NARVAEZ	VASQUEZ	1	5							A						A										2	0	
13	RC	1051835465	DAMIAN	ANDRES	CASTRO	DIAZ	1	5							A						A										2	0	
14	RC	1051835429	ANTONIO	RAFAEL	RAMOS	TAMARA	1	6							A						A										2	0	
15	RC	1050485729	KYLIAN		BARRIOS	OSORIO	1	7							A						A										2	0	
16	RC	1050485705	DARIANA	SOFIA	CARMONA	PALMERA	1	9							A						A										2	0	
17	RC	1050485696	EMMA	SOFIA	ROSARIO	NARVAEZ	1	9							A						A										2	0	
18	RC	1051835348	KILIAN	ANDRES	CENTENA	MENDEZ	1	9							A						A										2	0	
19	RC	1050485686	THIAGO	ANDRES	CARMONA	CARMONA	1	10							A						A										2	0	
20	RC	1051835018	BAIRON	JOSE	VASQUEZ	CANTILLO	2	8							A						A										2	0	
																														TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Edilsa Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Esperanza Martz.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativ GREIS PATRICIA LUNA ARRIETA C.C: 1051818503
Código CUENTAME UDS 136571160342 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 13
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3215453323

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1193602190	ESTEFFANY	PAOLA	SERRANO	DIAZ	23	10								A										A							2	0	
2	CC	1051832425	DINA	LUZ	POLONIA	CASTELLAR	28	7								A										A							2	0	
3	PPT	6206236	NELIDA	ROSA	SERRANO	FERRER	17	9								A										A							2	0	
4	RC	1051835769	FERNANDA		YEPEZ	TOVAR	0	4								A										A							2	0	
5	RC	1051835760	HAZIEL	DAVID	TAPIA	ACOSTA	0	4								A										A							2	0	
6	RC	1051835731	GABRIELA	MARCELA	YEPEZ	HURTADO	0	5								A										A							2	0	
7	RC	1050485785	MARIANGEL	SOFIA	GUETO	MACHADO	0	6								A										A							2	0	
8	RC	1051835696	KYLIE	VICTORIA	BOHORQUEZ	GUZMAN	0	7								A										A							2	0	
9	RC	1051835633	ANTHONY	ANDRES	MENDOZA	ESPRIELLA	0	10								A										A							2	0	
10	RC	1051835588	CAROLINA	ANDREA	DUARTE	RODELO	0	11								A										A							2	0	
11	RC	1051835565	ALEJANDRO	DAVID	DORIA	MORALES	1	0								A										A							2	0	
12	RC	1051835568	ISABELLA		GONZALEZ	VELASQUEZ	1	1								A										A							2	0	
13	RC	1051835515	MARIA	CELESTE	LORA	MEZA	1	2								A										A							2	0	
14	RC	1051835516	GAEL	DE JESUS	CAÑATE	VILORIA	1	3								A										A							2	0	
15	RC	1051835480	HELENA	SOFIA	REYES	TAPIA	1	4								A										A							2	0	
16	RC	1051835431	JUAN	ANDRES	JARABA	GARCIA	1	6								A										A							2	0	
17	RC	1051835397	HENDRICK	DAVID	CARMONA	PUA	1	7								A										A							2	0	
18	RC	1051835389	ELIAN	DE JESUS	ATENCIO	BRAVO	1	8								A										A							2	0	
19	RC	1051835286	DAHARA	SOFIA	DIAZ	ANILLO	1	11								A										A							2	0	
20	RC	1051835064	KEYLIS	ANDREA	CARDONA	MUÑOZ	2	7								A										A							2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Greis Jona Arrieta.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL — IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

NIT: __ 900126347-7 — NÚMERO DE CONTRATC 13003802025 — Regional: _____ BOLIVAR — Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR — Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR

MES: _____ JULIO — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educat YARLEIDIS MENDOZA CARMONA — C.C: 1051817425

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC — Código CUENTAME UD 136571160333 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 4

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC — Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA — Teléfono UDS: _____ 3006624835

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	EGUNDO NOMBR	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	
1	CC	1016010699	ALISON		MOTTA	CARMONA	19	0								A									A							2	0	
2	TI	1043982120	ANGIE	VANESSA	AGAMEZ	RICARDO	16	2								A									A							2	0	
3	CC	1051817012	QUENDRIS	PAOLA	CORONEL	VILORIA	37	5								A									A							2	0	
4	CC	1051816568	VALENTINA	DEL AMPARO	DIAZ	DIAZ	19	9								A									A							2	0	
5	RC	1050485777	GEMMA	MARINA	OJEDA	SERRANO	0	6								A									A							2	0	
6	RC	1051835738	KILIAN	ANDRES	GONZALEZ	GUERRERO	0	7								A									A							2	0	
7	RC	1050485756	JUAN	ANGEL	TAMARA	SERRANO	0	10								A									A							2	0	
8	RC	1043718546	VICTORIA		BARRAZA	CARO	0	10								A									A							2	0	
9	RC	1050485752	JOEL	DE JESUS	GUERRERO	MONTES	0	10								A									A							2	0	
10	RC	1051835636	YAISETH	DAVID	BERRIO	CARMONA	0	11								A									A							2	0	
11	RC	1051835532	DILAN	ANDRES	BOHORQUEZ	QUINTERO	1	1								A									A							2	0	
12	RC	1051835558	SEBASTIAN	ANDRES	MERIÑO	RODELO	1	1								A									A							2	0	
13	RC	1050485740	ETHAM	HANIEL	BRACAMONTE	ROMERO	1	4								A									A							2	0	
14	RC	1051835394	AGAPE		LORA	MARTINEZ	1	8								A									A							2	0	
15	RC	1051835337	IAN	ANDRES	MARTINEZ	AGAMEZ	1	9								A									A							2	0	
16	RC	1051835248	GABRIEL	ISAAC	CENTENA	CASTILLO	2	2								A									A							2	0	
17	RC	1051835185	MAITE	SOFIA	MEJIA	VARON	2	2								A									A							2	0	
18	RC	1051835020	SAMARA		BARRIOS	DEL TORO	2	8								A									A							2	0	
19	RC	1051835014	CARLOS	ANDRES	FUENTES	ARRIETA	2	8								A									A							2	0	
20	RC	1050485565	JUAN	PABLO	YEPES	MONTES	3	2								A									A							2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Edilsa Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Yarleidis Mendoza
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.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 8	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativ NEYDA ROSA ARIAS MARTINEZ C.C: 33339432
Código CUENTAME UDS 136571160335 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 6
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3106480510

Hoja ___ de ____

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	
1	CC	1051831519	ELDA	JULIETH	GARCIA	HERNANDEZ	27	4								A											A						2	0	
2	TI	1051818749	ANDREA	CAROLINA	MIER	RIVERA	17	11								A											A						2	0	
3	RC	1051835788	MARIANGELES		RODRIGUEZ	CARMONA	0	3								A											A						2	0	
4	RC	1051835687	GABRIELA	SOFIA	RODRIGUEZ	JIMENEZ	0	7								A											A						2	0	
5	RC	1051835685	SALOME		ROMERO	CORONELL	0	7								A											A						2	0	
6	RC	1051835674	JULIO	CESAR	GOMEZ	RODRIGUEZ	0	8								A											A						2	0	
7	RC	1050487565	ASHLEY	LUCIANA	DIAZ	QUINTANA	0	8								A											A						2	0	
8	CC	1051835652	AINHARA		BELTRAN	LEDESMA	0	9								A											A						2	0	
9	RC	1051835645	KIARA	SOFIA	MADRID	CASTRO	0	10								A											A						2	0	
10	RC	1051835612	DARA		RODRIGUEZ	BABILONIA	0	11								A											A						2	0	
11	RC	1051835560	JOSE	ALEJANDRO	RODELO	SANCHEZ	1	0								A											A						2	0	
12	RC	1051835547	ALEX	DAVID	BARRIOS	MARTINEZ	1	1								A											A						2	0	
13	RC	1051835519	SOFIA		RODRIGUEZ	SIERRA	1	2								A											A						2	0	
14	RC	1051835463	THIAGO	ANDRES	RODRIGUEZ	MERCADO	1	5								A											A						2	0	
15	RC	1051835423	EMANUEL	JOSE	MORENO	PALACIN	1	6								A											A						2	0	
16	RC	1249069732	DALIANYS	PAOLA	OROZCO	PALACIN	1	7								A											A						2	0	
17	RC	1051835321	ALANA	MARIA	SABALZA	YEPEZ	1	10								A											A						2	0	
18	RC	1051835298	ADHARA	MALENA	MARQUEZ	BAEZ	1	10								A											A						2	0	
19	RC	1052635388	LIAN	DANIEL	PIÑA	RODRIGUEZ	1	11								A											A						2	0	
20	RC	1051835255	CELESTE		PEREZ	ARIAS	2	0								A											A						2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Edilsa Bulcas e.
COORDINADOR(A) EA

Neyda Arias M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo MARCELA BARRIOS GUZMAN C.C: 1052080570
Código CUENTAME UDS: 136571160332 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 3
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3002725387

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
			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			
1	CC	1051825877	JAVIERA		MEJIA	SOLANO	30	9									A							A										2	0	
2	CC	1193595998	OLGA	PATRICIA	ROMERO	MUÑOZ	29	6									A							A										2	0	
3	CC	1051822022	MARYORIS	PAOLA	BERMEJO	YEPES	22	7									A							A										2	0	
4	T.I	1050483910	YAILETH	DEL CARMEN	MORENO	FERNANDEZ	17	9									A							A										2	0	
5	CC	1065137853	AMANDA	CAROLINA	JARAMILLO	DIAZ	28	2									A							A										2	0	
6	RC	1051835757	DOMINIC		NAVARRO	LOPEZ	0	4									A							A										2	0	
7	RC	1051835720	DANIELIS		HERRERA	PATERNINA	0	6									A							A										2	0	
8	RC	1051835694	LUIS	DANIEL	OROPEZA	CASTELLAR	0	7									A							A										2	0	
9	RC	1051835671	DULCE	MARIA	SANCHEZ	ALEAN	0	8									A							A										2	0	
10	RC	1051835605	LAURA	CAMILA	MACEA	MORENO	0	11									A							A										2	0	
11	RC	1047523753	VICTORIA	SOFIA	BELTRAN	VILORIA	1	0									A							A										2	0	
12	RC	1051835542	IANNA	CELESTE	MONTES	ALVAREZ	1	1									A							A										2	0	
13	RC	1051835517	ELIASIB	ANDRES	TAPIAS	NOVOA	1	2									A							A										2	0	
14	RC	1051835524	DONOVAN	ANDRES	CASTILLO	TAPIA	1	2									A							A										2	0	
15	RC	1051835459	DAMIAN	ANDRES	MORENO	GARCIA	1	5									A							A										2	0	
16	RC	1065144298	AISHA		JARAMILLO	DIAZ	1	5									A							A										2	0	
17	RC	1050485710	MILAM	DE JESUS	VEGA	BUELVAS	1	8									A							A										2	0	
18	RC	1050485677	MICHEL	SOFIA	NOVOA	LOZANO	2	0									A							A										2	0	
19	RC	1051835003	MARIA	ANGEL	HERNANDEZ	RUBIO	2	8									A							A										2	0	
20	RC	1201284257	SAMUEL	DAVID	BARRIOS	MARTINEZ	4	9									A							A										2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Edilsa Bulcas E.
COORDINADOR(A) EA

Marcela Barrios Guzman
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	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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) CARMEN RODELO SERRANO C.C: 33338434
Código CUENTAME UDS: 136571160334 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 5
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3166882992

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1051826009	YESICA	PAOLA	SIERRA	BALLESTEROS	31	2				A					A					A					A					2	0	
2	RC	1051835758	HALANNA		POSSO	CARDENAS	0	4				A					A					A					A					2	0	
3	RC	1050485783	LUIS	CARLOS	CHAMORRO	ZUÑIGA	0	6				A					A					A					A					2	0	
4	RC	1050485782	JOSE	CARLOS JR	HERNANDEZ	LEDESMA	0	6				A					A					A					A					2	0	
5	RC	1042276857	DARA	SOFIA	GONZALEZ	MEZA	0	6				A					A					A					A					2	0	
6	RC	1051835743	DILAN		BARRIOS	SERRANO	0	7				A					A					A					A					2	0	
7	RC	1051835698	AMALIA		RODELO	ROMERO	0	7				A					A					A					A					2	0	
8	RC	1050485778	MATHIAS	ANDRES	SOLANO	BUELVAS	0	7				A					A					A					A					2	0	
9	RC	1051835642	EMILY	SOFIA	HERRERA	MEZA	0	10				A					A					A					A					2	0	
10	RC	1051835621	LEIDER	DAVID	CRESPO	MORENO	0	10				A					A					A					A					2	0	
11	RC	1051835477	ESNEIDER	JOSE	BARRIOS	ROMERO	1	4				A					A					A					A					2	0	
12	RC	1051835435	LEONARDO	ANDRES	RODELO	ARIAS	1	6				A					A					A					A					2	0	
13	RC	1051835367	EMIR	GABRIEL	CARMONA	RODELO	1	9				A					A					A					A					2	0	
14	RC	1050485690	EMMA	SOFIA	GUEVARA	BOHORQUEZ	1	10				A					A					A					A					2	0	
15	RC	1051835308	ANALIA		BARRIOS	CAMPO	1	10				A					A					A					A					2	0	
16	RC	1050485747	SEBASTIAN	ANDRES	PEREZ	RODELO	1	2				A					A					A					A					2	0	
17	RC	1051835271	KAROLL	SOFIA	BELEÑO	ORTIZ	1	11				A					A					A					A					2	0	
18	RC	1050485616	YOJAN	ANDRES	CARMONA	SERRANO	2	9				A					A					A					A					2	0	
19	RC	1050485578	ADHARA	LUCIA	VASQUEZ	GARIZAHO	3	1				A					A					A					A					2	0	
20	RC	1051834749	LUZZIANA	MARGARITA	CALDERON	MARTINEZ	3	6				A					A					A					A					2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

Edilsa Bulvas C.
COORDINADOR(A) EA

Carmen Rodelo S
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL — IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ____

NIT: _ 900126347-7 — NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025 — Regional: _____ BOLIVAR — Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR — Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR

MES: _____ JULIO — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a) YANELIS HERRERA CASTELLAR — C.C: 1193563865

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC — Código CUENTAME UDS: 136571160345 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 16

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC — Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA — Teléfono UDS: _____ 3122818109

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	
1	CC	1002358472	MARIA	CAMILA	GARCIA	BARRETO	19	2									A										A							2	0	
2	CC	1047447131	YESENIA	ESTER	BARRIOS	BUELVAS	34	1									A										A							2	0	
3	CC	1050038638	NORMA	JUDITH	CASTELLAR	ANGULO	31	2									A										A							2	0	
4	CC	1051830762	VANESSA		BUENDIA	VASQUEZ	28	0									A										A							2	0	
5	CC	1051816000	YERELIN	PAOLA	GONZALEZ	TAPIA	20	1									A										A							2	0	
6	CC	1051832481	MARIA	JOSE	BERMEJO	DE ORO	26	5									A										A							2	0	
7	CC	1050482197	MARIS	FLOR	ACEVEDO	ARIÑA	18	5									A										A							2	0	
8	RC	1072682783	EITHAN	DAVID	ANDRADES	CRISTANCHO	0	3									A										A							2	0	
9	RC	1042598899	MARIA	CELESTE	CASTELLON	ANDRADE	0	9									A										A							2	0	
10	RC	1137544463	MARIA	CELESTE	LORA	LOPEZ	0	9									A										A							2	0	
11	RC	1051835616	BELLA	FLOR	PEREZ	COLON	0	10									A										A							2	0	
12	RC	1050485528	ALIS		ARIAS	SERRANO	3	5									A										A							2	0	
13	RC	1051834647	ZAID	DANIEL	CARMONA	BELTRAN	3	9									A										A							2	0	
14	RC	1194984157	ELIAN	ENRIQUE	GUTIERREZ	RAMIREZ	3	11									A										A							2	0	
15	RC	1050485434	AYLIN	SOFIA	LEDEZMA	CASTELLAR	4	1									A										A							2	0	
16	RC	1051834421	DULCE	MARIA	CAMPO	SALGADO	4	4									A										A							2	0	
17	RC	1051834402	LUCIANA		BUENDIA	ARDILA	4	4									A										A							2	0	
18	RC	1052099821	ANDRES	DAVID	ARIAS	SERRANO	4	7									A										A							2	0	
19	RC	1050485301	DEYMAR	JUNIOR	MONTES	ARRIETA	4	9									A										A							2	0	
20	RC	1050485229	LUISA	FERNANDA	ROSAS	SALTARIN	4	10									A										A							2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

Edilsa Bustos C. — COORDINADOR(A) EA

Yanelis Herrera Castellar. — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo MARCELA YEPEZ LOBELO C.C: 1051826514
Código CUENTAME UDS: 136571160339 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 10
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3113847128

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																			
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1051816301	KEIVIN	ANDREA	YEPES	MERCADO	19	11								A									A					2	0	
2	CC	1051820610	MARLY		MEZA	BUSTILLO	34	5								A									A					2	0	
3	CC	1193096941	CAMILA	ANDREA	CAYCEDO	NAVAS	26	0								A									A					2	0	
4	PPT	6233820	GENESIS	JHOANA	PEREZ	ROMERO	35	11								A									A					2	0	
5	CC	1048942457	CELESTE		SALVADOR	ZAMBRANO	27	7								A									A					2	0	
6	CC	1050483978	YULIETH	CAROLINA	ARIAS	MARTINEZ	22	1								A									A					2	0	
7	CC	1051829965	LORENA	LUZ	ARIAS	TORRES	28	8								A									A					2	0	
8	RC	1051835740	AARON	JESUS	VERGARA	ALAVARADO	0	5								A									A					2	0	
9	RC	1044242948	MATEO	EDUARDO	ROMERO	RODRIGUEZ	0	7								A									A					2	0	
10	RC	1046744738	JOSE JR		VARGAS	RODELO	0	8								A									A					2	0	
11	CE	O152778742	MATEO	DAVID	VILLALOBOS	PORTILLO	0	10								A									A					2	0	
12	RC	1104444648	CESAR	ALEJANDRO	SIMANCA	BRIÑEZ	1	1								A									A					2	0	
13	RC	1051835409	NICOLL		GLORIA	AHUMADA	1	7								A									A					2	0	
14	RC	1051835377	KAROL	JULIANA	SERRANO	DE LA ROSA	1	8								A									A					2	0	
15	RC	1050485681	JOHANA	CAROLINA	CASTILLO	GONZALEZ	2	0								A									A					2	0	
16	RC	1051835230	MAIRA	SOFIA	FLOREZ	CHIMA	2	1								A									A					2	0	
17	RC	1051835109	DULCE	JIRETH	CASTRO	CASTILLO	2	5								A									A					2	0	
18	RC	1050485621	DYLAN	JESUS	MONTES	ENSUNCHO	2	10								A									A					2	0	
19	RC	1051834926	AARON	JOSE	CASTRO	LEDESMA	2	11								A									A					2	0	
20	RC	1050286576	CAMILA	ANDREA	MERCADO	ARIAS	3	6								A									A					2	0	
																												TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

Edilsa Bustos C. — COORDINADOR(A) EA

Marcela Yepez Lobelo — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (ROSA BUELVAS CARDOZO C.C: 1051818467
Código CUENTAME UDS: 136571160330 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 1
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3013783602

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1052074171	EVA	SANDRITH	MONTES	PEREZ	18	10				A										A										2	0	
2	CC	1193643999	WENDY	PAOLA	SERRANO	TORRES	25	4				A										A										2	0	
3	CC	1051822728	YURIS	MARICELA	RODELO	ACOSTA	32	11				A										A										2	0	
4	CC	1002344256	ELSY	MARIA	ARRIETA	ORTEGA	23	1				A										A										2	0	
5	CC	1051825059	MABEL	DEL CARMEN	ATENCIO	RODELO	31	4				A										A										2	0	
6	RC	1137544880	IAN	ALEXANDER	RODRIGUEZ	ARIAS	0	1				A										A										2	0	
7	RC	1050485796	DARIAINIS	SOFIA	CALDERON	DE LA HOZ	0	2				A										A										2	0	
8	RC	1051835704	YOIFER	DE JESUS	LOBELO	GAMARRA	0	7				A										A										2	0	
9	RC	1051835689	MATHIAS	DAVID	SALTARIN	YEPEZ	0	7				A										A										2	0	
10	RC	1050485772	NASYA	ISABEL	BUELVAS	MEZA	0	7				A										A										2	0	
11	RC	1050485754	MARIANA		JASPE	MENDEZ	0	11				A										A										2	0	
12	RC	1050982141	AMELIA		LORA	BARRIOS	1	1				A										A										2	0	
13	RC	1051835544	DULCE	MARIA	MULFORD	BARRIOS	1	1				A										A										2	0	
14	RC	1051835567	MATHIAS	DANIEL	SARABIA	ARIAS	1	1				A										A										2	0	
15	RC	1051835387	ISABELLA		BUSTILLO	BELTRAN	1	8				A										A										2	0	
16	RC	1050485684	KEYLIN	YERETH	RIVERA	BUELVAS	1	10				A										A										2	0	
17	RC	1050485670	EMANUEL	JOSE	RODRIGUEZ	ROMERO	2	0				A										A										2	0	
18	RC	1050485665	MARY	PAZ	CUEVAS	CARMONA	2	1				A										A										2	0	
19	RC	1050485618	THALIANA		BROCHERO	MEZA	2	10				A										A										2	0	
20	RC	1051834680	GENESIS	MARIA	SACHEZ	CAICEDO	3	8				A										A										2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Edilsa Buelvas C.
COORDINADOR(A) EA

Rosa Margarita Buelvas Cardozo
RESPONSABLE DE GRUPO

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: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ROSILDA RAMOS C.C: 45781278
Código CUENTAME UDS: 136571160344 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 15
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3216973552

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1051825434	MARIA	ANGELICA	MENDOZA	TAPIA	31	1							A										A								2	0	
2	CC	1118838615	MERLY	ELENA	MON	CARMONA	34	5							A										A								2	0	
3	TI	1050484785	KAROLAYS	MICHELL	RODRIGUEZ	CARBAJALINO	16	5							A										I								1	1	
4	CC	1051833178	NELLYS	JOHANA	VASQUEZ	CORREA	25	8							A										A								2	0	
5	RC	1051835771	HASLY	SOFIA	RIVERA	CARO	0	4							A										A								2	0	
6	RC	1051835749	ARIANNA	MICHELL	ARRIETA	ESTRADA	0	4							A										A								2	0	
7	RC	1051835732	SOHARA	MARIA	OSPINO	DE LA ROSA	0	5							A										A								2	0	
8	RC	1051835677	SEBASTIAN	ANDRES	BARRIOS	CUEVAS	0	8							A										A								2	0	
9	RC	1051835630	LUCIA	ISABEL	ZAMBRANO	GARCIA	0	10							A										A								2	0	
10	RC	1051835575	DANNA	SOFIA	CONTRERAS	MARQUEZ	1	0							A										A								2	0	
11	RC	1051835546	IAM	DAVID	CASTELLAR	FERNANDEZ	1	1							A										A								2	0	
12	RC	1051835530	BRYAN	DAVID	SANCHEZ	MORENO	1	2							A										A								2	0	
13	RC	1051835474	ALAN	ANDRES	MARQUEZ	CARMONA	1	4							A										A								2	0	
14	RC	1051835411	CESAR	DANIEL	SIERRA	GONZALEZ	1	6							A										A								2	0	
15	RC	1051835351	MATEO		HERAZO	GAMBOA	1	9							A										A								2	0	
16	RC	1051835314	YASMIN		PADILLA	ROMERO	1	10							A										A								2	0	
17	RC	1051835158	SEBASTIAN	DAVID	OCHOA	VERGARA	2	3							A										A								2	0	
18	RC	1051835154	MATIAS	RAFAEL	CANTILLO	CASTELLAR	2	3							A										A								2	0	
19	RC	1051835019	MATEO	DE JESUS	HERNANDEZ	TORRES	2	8							A										A								2	0	
20	RC	1051834982	JHON	JAIRO	OCHOA	CARMONA	2	9							A										A								2	0	
																																TOTAL	39	1	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Rosilda Ramos
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 ____ de ____

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educati MARYORIS CASTELLAR MELENDEZ C.C: 1050035840
Código CUENTAME UDS 136571160343 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ MARYORIS CASTELLAR MELENDEZ
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3001414455

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			
1	CC	1002429154	ANDREA	LUCIA	RODELO	PARDO	22	10							A										A								2	0	
2	CC	1091969376	LILIANA	ALEJANDRA	MARTINEZ	BELTRAN	19	10							A										A								2	0	
3	CC	1051831153	GLADIS	DEL CARMEN	GOMEZ	MARTINEZ	27	9							A										A								2	0	
4	CC	1051815664	MAYERLI	DEL CARMEN	ROMERO	YEPEZ	38	6							A										A								2	0	
5	CC	1052067918	MELISSA	LINEIS	PATERNINA	VELAZCO	21	1							A										A								2	0	
6	CC	1050484160	LEIDIS	CAROLINA	ARIAS	LORA	21	2							A										A								2	0	
7	RC	1051835784	AXEL	DAVID	SANABRIA	MERCADO	0	3							A										A								2	0	
8	RC	1051835774	MATHIAS	DAVID	PUELLO	BLANCO	0	4							A										A								2	0	
9	RC	1051835711	AILANY	SOFIA	MORENO	HERRERA	0	7							A										A								2	0	
10	RC	1051835609	SAMUEL	DAVID	PEREZ	BELTRAN	0	11							A										A								2	0	
11	RC	1020853585	IAN	ANDRES	LEDESMA	TORRES	1	0							A										A								2	0	
12	RC	1050485742	SALMAH		DURAN	GONZALEZ	1	5							A										A								2	0	
13	RC	1051835470	SAYMAR		BENITEZ	CALDERON	1	5							A										A								2	0	
14	RC	1051835376	LUIS	DANIEL	TORRES	JULIO	1	9							A										A								2	0	
15	RC	1051835262	JOEL	DAVID	SERRANO	GOMEZ	2	1							A										A								2	0	
16	RC	1050485668	CARLOS	ANDRES	BEDOYA	TUBERQUIA	2	1							A										A								2	0	
17	RC	1050485661	ALFONSO	RAFAEL	RODRIGUEZ	LORA	2	2							A										A								2	0	
18	RC	1051835147	RAFAEL	DE JESUS	TAPIA	PUPO	2	4							A										X								2	0	
19	RC	1051834693	ISABELLA		RODELO	CASTRO	3	7							A										A								2	0	
20	RC	1051834605	SANTIAGO	DAVID	ANILLO	ARIAS	3	10							A										A								2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Edilsa Bulcas e
COORDINADOR(A) EA

Maryoris Castellar Melendez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo GINA PAOLA ORTEGA DIAZ C.C: 1051826422
Código CUENTAME UDS: 136571160331 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 2
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3001096852

Hoja ____ de _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1051820712	MARIA	DE LOS ANGELES	YEPES	GUZMAN	34	3							A									A								2	0	
2	CC	1051815193	ZEILY	MARIA	CASTELLAR	SANCHEZ	20	9							A									A								2	0	
3	RC	1051835802	ANALIZ		VERGARA	ESCALANTE	0	3							A									A								2	0	
4	RC	1256019052	CRISTOPHER		PAYAN	MANJARREZ	0	3							A									A								2	0	
5	RC	1044024696	ISABEL		AHUMEDO	CONTRERAS	0	4							A									A								2	0	
6	RC	1050485789	YEIKER	DAVID	NARVAEZ	PALACIN	0	6							A									A								2	0	
7	RC	1051835725	ARIANA	ISABEL	NARVAEZ	ANAYA	0	6							A									A								2	0	
8	RC	1051835797	BRIAN	DAVID	BALLESTEROS	MERCADO	0	7							A									A								2	0	
9	RC	1249071227	LUIS	ANGEL	DE ORO	MACEA	0	8							A									A								2	0	
10	RC	1051835658	ELIANIS	PAOLA	OROZCO	CASTELLAR	0	9							A									A								2	0	
11	RC	1051835638	ALAIA	ISABEL	CARMONA	RIVERA	0	10							A									A								2	0	
12	RC	1051835601	ALAN	MATHIAS	GALAN	HERNANDEZ	0	11							A									A								2	0	
13	RC	1051835552	KAYLEE		LOZANO	BARRETO	1	1							A									A								2	0	
14	RC	1043343847	ANGEL	DAVID	DE ORO	MACEA	2	4							A									A								2	0	
15	RC	1051835169	ADELAI		PEÑA	PEREZ	2	5							A									A								2	0	
16	RC	1048945850	ELLA	YUDITH	SELUAN	ARRIETA	2	11							A									A								2	0	
17	RC	1043342510	MARIA	LUCIA	ZAMBRANO	QUINTANA	2	11							A									A								2	0	
18	RC	1050485463	KEVILY		TAPIA	TEJADA	3	11							A									A								2	0	
19	RC	1104441620	SAMUEL		PERTUZ	MARTINEZ	4	1							A									A								2	0	
20	RC	1044015631	LUCIA		AHUMEDO	CONTRERAS	4	7							A									A								2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Edilsa Bulcas e.
COORDINADOR(A) EA

Gina Ortega
RESPONSABLE DE GRUPO

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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13002402024
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a KAREN ACEVEDO DIAZ C.C: 45781783
Código CUENTAME UDS: 136571160340 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 11
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3123073938

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1051833116	YOLIMA	ISABEL	DIAZ	CASTILLO	25	11			A					A					A					A					2	D	
2	CC	1051822162	LILIETH	PAOLA	SALGADO	CARILLO	33	6			I					I					I					I					D	2	
3	PPT	21039790	FABIANA	DEL CARMEN	FARIAS	COLINA	31	5			A					A					A					A					2	D	
4	RC	1050485792	ANGEL	DE JESUS	DIAZ	PEREZ	0	4			A					A					A					A					2	D	
5	RC	1051835751	SAMUEL	DAVID	HURTADO	TAPIA	0	4			A					A					A					A					2	D	
6	RC	1050485780	EHIDERTH	DAVID	SERRANO	LEAL	0	6			A					A					A					A					2	D	
7	RC	1066207920	LIAM	ALEJANDRO	BALLENA	ROJAS	0	6			A					A					A					A					2	D	
8	RC	1051835695	ORIANA		CARMONA	CARMONA	0	7			A					A					A					A					2	D	
9	RC	1051835540	JUAN	MIGUEL	TORRES	BARRIOS	1	1			A					A					A					A					2	D	
10	RC	1051835510	DAEL	MOISIÑO	BARRIOS	MONROY	1	2			A					A					A					A					2	D	
11	RC	1242390260	GABRIELA	ALEXANDRA	TAPIA	LOPEZ	1	3			A					A					A					A					2	D	
12	RC	1051835492	MILAGRO	MICHELL	CASTELLAR	PALENCIA	1	4			A					A					A					A					2	D	
13	RC	1051835495	JESUS	DANIEL	MENDOZA	PADILLA	1	4			A					A					A					A					2	D	
14	RC	1051835426	MARTIN	ANDRES	ARIAS	SERRANO	1	6			A					A					A					A					2	D	
15	RC	1051835418	MATEO	DE JESUS	MERCADO	ARIAS	1	6			A					A					A					A					2	D	
16	RC	1050485725	ALAIA	DARIANNA	DIAZ	BLANCO	1	7			A					A					A					A					2	D	
17	RC	1050485728	JARED		CARMONA	RUIZ	1	7			A					A					A					A					2	D	
18	RC	1050485708	GIANNA	SOFIA	TORRES	BUSTILLO	1	8			A					A					A					A					2	D	
19	RC	1242389939	MARIA	CELESTE	CORTEZ	MONTALVO	2	0			A					A					A					A					2	D	
20	RC	1051834688	YARETH	DE JESUS	MELENDREZ	VILLALBA	3	7			A					A					A					A					2	D	
																															TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Edilsa Bulvas e.
COORDINADOR(A) EA

Karen Acevedo Díaz
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

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547

Ingreso No: 1249344

Confirmado

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 01/julio/2025 09:39 a. m.

Médico: 1051672465 ANABEL BOHORQUEZ MULETH

Informacion Paciente: LILIETH PAOLA SALGADO CARRILLO

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1051822162 **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Entidad: EPS048 MUTUAL SER EPS **Edad:** 33 Años / 6 Meses / 3 Días **F. Nacimiento:** 28/12/1991

REPS Ingreso: **REPS Egreso:**

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Ingreso: 28/junio/2025 06:01 a. m. **Fecha Egreso:** 01/julio/2025 09:39 a. m.

Servicio de Egreso Ninguna

Motivo Consulta:

"ME DA DOLOR"

Estado Paciente: VIVO

Enfermedad Actual:

FEMENINA EN CONTEXTO D EEMABRAZOA TERMINO QUIEN INRGESA AMNFIESTANDO ELEV DOLRO EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO QUE NO SE IRRADIA, NEIGA SNAGRADO VGAINAL SALIDA D ELIQUIDO, REFIERE MOVNEITOS FETALES PRESENTES, NIEGA PREMONIROISO RAOZN POR AL CUAL CONSUTLA

Revisión del Sistema:

LO DESCRITO

Indica Med/Conducta:

Analisis:

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0

-EMBARAZO DE 38,4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE

-FETO ÚNICO VIVO

-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:

- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE

-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA

RIESGO TROMBÓTICO BAJO

SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS

-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS Y DESCRITOS QUIEN AL INGRESO SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE Y CLINICAMENTE ESTABLE, NORMOTENSA, NORMOSATURADA, NORMOTERMICA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE DE MANERA ADECUADA, SE VERIFICA BIENESTAR FETAL DADO POR MONITORIA FETAL CAT I, REACTIVO, LÍNEA DE BASE 135-140 LPM, REGISTRO DE ACTIVIDAD UTERINA 1/10MIN,NORMOCONFIGUIRADO APRA SEXO Y EDAD AL TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR CON DILATACIOND E 3-4CM, BORRMAIENTO DE <50% APXIMADMENTE, MEMBRANA SINETGRAS, NO SNAGRADO NO SALIDA D ELIQUIDO, SALIDA D ETAPON MCUOSO, LECORREA EN MODERADA CANTIDAD , POR LO ANTERIOR CONSIDERO APCIENTE ENT RABAJO DE APRTO FASE LATENTE, POR LO QUE DECIDO INRGESAR RPA ORDENAR RPALCICNISO, VALROAICON POR GIENOCLGOIA, Y VIGILANCIA D ETRABAJO DE PARTO, REFIE RENTDE RYCAETPAR

Conducta

BOLO DE 500 CC LACTATO DE RINGER

CONTINAUR ORDENES MEDICAS INSTAURDAS

Conducta

CONTINUA EN VIUGIALNCOA DE SU TRABAJO DE PARTO

Conducta

SE ABRE FOLIO APRA CARGAR MEDICAMENTO

Conducta

TRASLADO A CIRUGIA

NADA VIA ORAL

PREPARAR PARA CESAREA

LACTATO DE RINGER PASAR A 100CC/H

CONTROL DE SIGNOS VITALES Y FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Conducta

Recomendaciones y signos de alarma:

- Observar la zona de aplicación: enrojecimiento leve o endurecimiento local es normal; sin embargo, consultar si hay aumento progresivo del tamaño, salida de pus o sangrado persistente.
- Fiebre mayor a 38.5°C persistente más de 48 horas después de la vacunación.
- Llanto inconsolable por más de 3 horas seguidas.
- Somnolencia excesiva o dificultad para despertar.
- Convulsiones o movimientos anormales.
- Dificultad respiratoria o hinchazón facial.
- Cualquier otro síntoma que genere preocupación o alarma a los cuidadores.

Conducta

HOSPITALIZAR

- DIETA NORMAL
- LACTATO DE RINGER PASAR 60 CC HORA
- CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
- DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- RETIRO DE SONDA VESICAL
- CSV Y AC

Conducta

HOSPITALIZAR

DIETA NORMAL

LACTATO DE RINGER PASAR 60 CC HORA

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

N°85547 **Ingreso No: 1249344**

SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL CON HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, SIN SALIDA DE SECRESIONES, NI SNAGRADO, GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS, SIN SANGRADO ACTIVO. EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION APARENTE. GLASGOW 15/15.
RECIEN NACIDO: RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO, REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SIN SUPURACIONES, CON CLAMP UMBILICAL , GU NORMOCONFIGURADO SNC SIN DEFCIT APARENTE MORO PRESENTE SUCCION PRESENTE.
PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS EN SU PUERPERIO INMEDIATO EN BUENA RECUPERACION DE SU POP. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE A NIVEL GINECOBSTÉTRICO: ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, SE PALPA ÚTERO EN INVOLUCIÓN NORMOTENSO A NIVEL INFRAUMBILICAL, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CON APOSITO LIMPIO, ESCASOS LOQUIOS HEMÁTICOS EN CANAL VAGINAL SIN SANGRADO ACTIVO. SE RETIRA SONDA VESICAL, RESTO DE EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA. SE ENCUENTRA NEONATO A SU LADO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCIÓN Y LACTANCIA, SE DA EDUCACIÓN PARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD Y RECOMENDACIONES GENERALES ACERCA DEAMBULACIÓN TEMPRANA. POR TODO LO ANTERIOR SE DECIDE CONTINUAR IGUALES ÓRDENES MÉDICAS POR GINECOLOGÍA, CUMPLIENDO TIEMPO DE OBSERVACIÓN DE PUERPERIO INTRAHOSPITALARIO, A DETERMINAR CONDUCTA SEGÚN EVOLUCIÓN.

30/06/2025 07:48 MENCO SOLANO CAROLINA

ANALISIS SUBJETIVO
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 21+50 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO MASCULINO
-PUERPERIO MEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

PACIENTE QUIEN REFIERE BUENA ESTANCIA, REFIERE BUENA INTERACCION CON RECIEN NACIDO. YA INICIO LACTANCIA MATERNA, SE VERIFICA TECNICA Y SE INSTRUYE EN LA MISMA, NIEGA PICOS FEBRILES, PERDIDAS VAGINALES EXCESIVAS, VOMITOS, DIARREA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, SE RETIRA SONDA VESICAL, CON DIURESIS POSITIVA, AFIRMA CANALIZACION DE FLATOS.
ANALSIS OBJETIVO
NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, TRAQUEA MOVIL, CENTRADA, TIROIDES NO PALPABLE, SIN INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS NI ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS NI AGREGANTES, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL, SIN CREPITOS NI SIBILANTES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO EN CUADRANTES INFERIORES, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL, CON HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, SIN SALIDA DE SECRESIONES, NI SNAGRADO, GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS, SIN SANGRADO ACTIVO. EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION APARENTE. GLASGOW 15/15.

RECIEN NACIDO: RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO, REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SIN SUPURACIONES, CON CLAMP UMBILICAL , GU NORMOCONFIGURADO SNC SIN DEFCIT APARENTE MORO PRESENTE SUCCION PRESENTE.

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS EN SU PUERPERIO INMEDIATO EN BUENA RECUPERACION DE SU POP. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE A NIVEL GINECOBSTÉTRICO: ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, SE PALPA ÚTERO EN INVOLUCIÓN NORMOTENSO A NIVEL INFRAUMBILICAL, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CON APOSITO LIMPIO, ESCASOS LOQUIOS HEMÁTICOS EN CANAL VAGINAL SIN SANGRADO ACTIVO. RESTO DE EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA. SE ENCUENTRA NEONATO A SU LADO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCIÓN Y LACTANCIA, SE DA EDUCACIÓN PARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD Y RECOMENDACIONES GENERALES ACERCA DEAMBULACIÓN TEMPRANA. POR TODO LO ANTERIOR SE DECIDE CONTINUAR IGUALES ÓRDENES MÉDICAS POR GINECOLOGÍA, CUMPLIENDO TIEMPO DE OBSERVACIÓN DE PUERPERIO INTRAHOSPITALARIO, A DETERMINAR CONDUCTA SEGÚN EVOLUCIÓN.

01/07/2025 09:33 MARTINEZ MONTOYA MARLON MARCELL

ANALISIS SUBJETIVO

-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 21+50 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO MASCULINO
-PUERPERIO MEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUERPERIO MEDIATO, CUMPLIENDO 48 HORAS DE SU POST QUIRURGICO DE CESAREA, SIN COMPLICACIONES, SE ENCUENTRA ESTABLE HEMIDINAMICAMENTE AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE, CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTONICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SUPURACIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL, AL TACTO VAGINAL CON LOQUIOS ESCASOS NO FETIDOS, PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA STISFACTORIA SE DA EGRESO CON TRATAMIENTO RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE DA LICENCIA DE MATERNIDAD, SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR A FAMILIAR Y PAQCIENTE QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN.
ANALSIS OBJETIVO

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTONICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SUPURACIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL, AL TACTO VAGINAL CON LOQUIOS ESCASOS NO FETIDOS

01/07/2025 09:38 BOHORQUEZ MULETH ANABEL

ANALISIS SUBJETIVO
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 10+35 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO FEMENINO
-PUERPERIO MEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA BAJO RIESGO (0)

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, FOSFENOS, ACUFENOS, ESCOTONAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE L CAMA, DEAMBULACION SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARAM. EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO EL CUAL SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, ROSADO, S. SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL CON LLANTO FUERTE, BUEN INICIO DE LACTANCIA MATERNA SUCCION FUERTE, SIN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO VERIFICADOS SEGÚ AIEPI.

OBJETIVO:
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CABELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOEACTIVAS A LA LUZ, OROFARIN NORMAL., CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE CARDIOPULMONAR NORMAL. NO SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESI BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTONICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SUPURACIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS INFECCION LOCAL, GU: NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA , SNC SIN DEFICIT .

ACOMPAÑADA DE RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASA ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS,ON SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SNC SIN DEFICIT APARENTE, MORO PRESENTE, SUCCION PRESENTE.
ANALSIS OBJETIVO
ANALISIS;
PUERPERA MEDIATA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, TRANQUILA CON BUENA RECUPERACION DE SU POP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLE VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACION, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD POR DEBAJO DE LA CICIATRIZ UMBILICAL,LOQUIOS ESCAS PREMONITORIOS, EN COMPAÑIA DE RECIEN NACIDO SIN SIGNOS DE ALARMA O SIGNOS GENERALES DE PELIGRO, VALORADA EN CONJUNTO ESPECIALISTA EN RONDA MEDICA MAÑANA DE HOY QUIEN ORDENA DAR DE ALTA CON MANEJO AMBULATORIO RECOMENDACIONES Y EXPLICANDO SIGNOS DE ALARMA. CITA PALNIFICACION FAMILIAR. CITA CONTR RECIEN NACIDO.

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547 **Ingreso No: 1249344**

-ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
-CITA CONTROL POR PEDIATRIA EN 3 DIAS
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
• EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
• SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL LAVADO DE MANOS.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
• NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

ALTA MEDICA

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS

-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES

-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES

-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEGRAS, PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-ACIDO FOLICO TAB DE 1 MG #30
DILUIR 1 TAB EN 10 CC DE AGUA Y DAR DIARIO POR 30 DIAS
-VITAMINA D3 5600 UI/ML/10ML SOLORO FRASCO GOTERO X 1 NUCTIS D # 1
DAR 2 GOTAS DIA POR 1 MES
-CALCIO + VITAMINA D + ZINC FRASCO DE 7.5 MG - 300 MG -100 UL /5 ML (KID CAL)# 1
DAR 0.2 CC DIARIO POR 1 MES
-SULFATO FERROSO GOTAS DE 20ML # 1
DAR 3 GOTAS DIARIA POR 1 MES.
-CITA POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA
-ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
-CITA CONTROL POR PEDIATRIA EN 3 DIAS

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN] NIT [900196346-9]

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547 **Ingreso No: 1249344**

-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- RETIRO DE SONDA VESICAL
- CSV Y AC
Conducta
HOSPITALIZAR
- DIETA NORMAL
- LACTATO DE RINGER PASAR 60 CC HORA
-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- RETIRO DE SONDA VESICAL
- CSV Y AC
Conducta
HOSPITALIZAR
- DIETA NORMAL
- LACTATO DE RINGER PASAR 60 CC HORA
-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- CSV Y AC
Conducta

ALTA MEDICA CON TRATAMIENTO ORAL RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
Conducta
SE INFORMA ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DISPONIBLES SEGÚN PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTETRI
QUIEN REFIERE QUIERE PLANIFICAR CON AMPOLLA TRIMESTRAL LA CUAL SERA APLICADA POR ENFERMERIA ANTES DE SU ERGESO.

SE HACE PEGAGOGIA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

SANGRADO INTERMENSTRUAL O MANCHADO, SENSIBILIDAD EN LAS MAMAS, DOLORES DE CABEZA, NÁUSEAS, HINCHAZÓN ABDOMINAL.
AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, AUMENTO DE PESO.

ORDENES DE SALIDA CESAREA

ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA
-MEDROXIPROGESTERONA AMPOLLA 150 MG # 1
USO: APLICAR IM, SEGUIR CADA 3 MESES POR PLANIFICACION FAMILIAR
-PRESERVATIVOS # 15
-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEG
PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CED
ACETAMINOFEN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-ACIDO FOLICO TAB DE 1 MG #30
DILUIR 1 TAB EN 10 CC DE AGUA Y DAR DIARIO POR 30 DIAS
-VITAMINA D3 5600 UI/ML/10ML SOLORO FRASCO GOTERO X 1 NUCTIS D # 1
DAR 2 GOTAS DIA POR 1 MES
-CALCIO + VITAMINA D + ZINC FRASCO DE 7.5 MG - 300 MG -100 UL /5 ML (KID CAL)# 1
DAR 0.2 CC DIARIO POR 1 MES
-SULFATO FERROSO GOTAS DE 20ML # 1
DAR 3 GOTAS DIARIA POR 1 MES.
-CITA POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

N°85547

Ingreso No: 1249344

-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
• EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
• SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL LAVADO DE MANOS.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
• NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

Estado Ingreso:

CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, TRANQUILA, INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, TOLERA VIA ORAL, TOELRA O2 AMBIENTE, SIN SIGNOS DE ALARMA A LA INSPECCIÓN

Antecedentes:

Tipo:Médicos Fecha: 30/04/2024 06:05 p. m.
Detalle: PATOLOGICOS: NO. QX: NO. TOXICO ALERGICOS: NO.

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Físico:

Sistema Nervioso Central:
SIN DEFICIT MOTOR NIS EITNVO APARNETE
Craneo Cara y Cuello:
NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, TABIQUE NASAL CENTRAL, NARINAS PERMEABLES, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS NI PASIVOS, TRAQUEA CENTRAL SIN ADENOPATIAS
Torax:
TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS BIEN TIMBRADOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BUEN VENTILADOS CON MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN SOBREAGREGADOS
Abdomen:
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, AU: 31 CM FETO UNICO VIVO LONGUITUDINAL DORSO IZQUIERDO DE LA MADRE FCF: 145 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS.
Piel y Faneras:
SIN LESIONE SNI EHRIDAS
Genito-Urinario:
NORMOCONFIGUIRADO APRA SEXO Y EDAD AL TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR CON DILATACIOND E 3-4CM, BORRMAIENTO DE <50% APXIMADMENTE, MEMBRANA SINETGRAS, NO SNAGRADO NO SALIDA D ELIQUIDO, SALIDA D ETAPON MCUOSO, LECORREA EN MODERADA CANTIDAD
Extremidades:
EIUTROFICAS SIN EDEMA LLENADO CPIAALR <2SGD, PULSOS DITALE SPRESENTES

Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547 **Ingreso No: 1249344**

FETO UNICO EN CEFALICA
FCF: 145
TONO UTERINO: NORMAL
CONTRACCIONES UTERINAS : 3*10*10
GINECOLOGICO: ESTIGAMS DE SANGRADO
CERVIX POSTEROP CORTO 8 CM B: 60 %
MEMBRANAS INTEGRAS
PELVIS ADECUADA

PACIENTE FEMNEINA DE 33 AÑOS, CON DIAGNSOTICOS PREVAIMENTE DESCRITOS, ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE Y CLINICAMENTE ESTABLE, NORMOTENSA, NORMOSATURADA, NORMOTERMICA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE DE MANERA ADECUADA, SE VERIFICA BIENESTAR FETAL DADO POR MONITORIA FETAL , CON INDUCCION FALLIDA POR LO MOTIVO A CESAREA, SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR CONDUCTA A SEGUI QUINE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

29/06/2025 07:58 ORTEGA BALDOVINO ANA MARIA

ANALISIS SUBJETIVO
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)
VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
De acuerdo con el esquema nacional de vacunación, se aplican las siguientes vacunas al recién nacido:
Datos del paciente:
• Fecha de nacimiento: 28-06-2025
• Fecha de aplicación: 29-06-2025
Biológicos administrados:
1. Hepatitis B (monovalente):
- Dosis: Recién nacido
- Aplicación: Antes de las 12 horas de nacido
- Lote: 0323X019E
- Fecha de vencimiento: 30/05/2026
- Sitio de aplicación: Tercio medio de la cara antero lateral del muslo Derecho
- Aguja N. ° 23
2. BCG:
- Dosis: Única
- Lote: 0373MA117
- Fecha de vencimiento: 30/06/2026
- Sitio de aplicación: Región subescapular izquierda
- Aguja N. ° 26
ANALSIS OBJETIVO
Orientación brindada.
• Se explica de manera amplia la importancia de la vacunación, los biológicos aplicados y las enfermedades que previenen (Hepatitis B y meningitis tuberculosa).
• Se entrega carnet de vacunación infantil con el registro de dosis aplicadas.
• Se deja copia del carnet de vacunación en la historia clínica de la paciente.
• Se programa control en 2 meses en su IPS de atención primaria para continuar con el esquema de vacunación.

29/06/2025 09:49 PULGAR TORRES MARIA PAULA

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX :
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 21+50 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO MASCULINO
-PUERPERIO INMEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL INTENSO O SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE, NIEGA OTROS SINTOMAS DE IMPORTANCIA. ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO, FORTALECIMEINTO BINOMIO MADRE E HIJO
ANALSIS OBJETIVO
EXAMEN FISICO: NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, TRAQUEA MOVIL, CENTRADA, TIROIDES NO PALPABLE, SIN INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS NI ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS NI AGREGANTES, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL, SIN CREPITOS NI SIBILANTES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO EN CUADRANTES INFERIORES, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS Y SECOS . GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS, SIN SANGRADO ACTIVO. SIN REQUERIMEINTO DE MASAJE BIMANUAL ADICIONAL EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION APARENTE. GLASGOW 15/15.

RECIEN NACIDO: RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO, REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SIN SUPURACIONES, CON CLAMP UMBILICAL , SNC SIN DEFCIT APARENTE MORO PRESENTE SUCCION PRESENTE.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACION, AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA. SE ENCUENTRA NEONATO A SU LADO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRON RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCIÓN Y LACTANCIA, SE DA EDUCACION DE TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA Y SU IMPORTANCIA DE SER EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD Y RECOMENDACIONES GENERALES ACERCA DEAMBULACION TEMPRANA. POR TODO LO ANTERIOR SE DECIDE CONTINUAR IGUALES ORDENES MEDICAS POR GINECOLOGIA, CUMPLIENDO TIEMPO DE OBSERVACION DE PUERPERIO INTRAHOSPITALARIO, A DETERMINAR CONDUCTA SEGUN EVOLUCION. QUEDAMOS ATENTOS A CAMBIOS.

29/06/2025 09:53 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX :
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 21+50 HORAS)
-RECIÉN NACIDO UNICO VIVO SEXO MASCULINO
-PUERPERIO INMEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

* M SIENTO BIEN *
ANALSIS OBJETIVO
PACIENTE QUE SE NCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , CON SIGNOS VITALES EN PARAMETROS NORMALES, TOLERNADO VIA ORAL Y OIXGENO AMBIENTE , COPN BUEN PATORN CARDIOPULMONAR , SIN SIGNOS DE IRIRIATCION PERITOENAL , CON HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTDO UBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS Y SECOS , ORINA CLARA , SIN EDMEA SIN DEFICIT NEUROLOGICO , CONTINUA HOPSITALIZADA CUMPLIENDO TIEMPO REGLAMENTARI DE PUERPERIO INTRAHOSPITALARIO. ATENTOS A EVOLUCION

30/06/2025 07:44 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE QUIEN REFIERE BUENA ESTANCIA, REFIERE BUENA INTERACCION CON RECIEN NACIDO. YA INICIO LACTANCIA MATERNA, SE VERIFICA TECNICA Y SE INSTRUYE EN LA MISMA, NIEGA PICOS FEBRILES, PERDIDAS VAGINALES EXCESIVAS, VOMITOS, DIARREA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, SE RETIRA SONDA VESICAL, CON DIURESIS POSTERIOR AL RETIRO POSITIVA, AFIRMA CANALIZACION DE FLATOS.
ANALSIS OBJETIVO
NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, TRAQUEA MOVIL, CENTRADA, TIROIDES NO PALPABLE, SIN INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS NI ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS NI AGREGANTES. MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL, SIN CREPITOS NI SIBILANTES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO EN CUADRANTES INFERIORES. BOLO DE

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547 **Ingreso No: 1249344**

-ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
-CITA CONTROL POR PEDIATRIA EN 3 DIAS
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
• EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
• SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL LAVADO DE MANOS.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
• NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

ALTA MEDICA

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS

-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES

-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES

-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEGRAS, PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-ACIDO FOLICO TAB DE 1 MG #30
DILUIR 1 TAB EN 10 CC DE AGUA Y DAR DIARIO POR 30 DIAS
-VITAMINA D3 5600 UI/ML/10ML SOLORO FRASCO GOTERO X 1 NUCTIS D # 1
DAR 2 GOTAS DIA POR 1 MES
-CALCIO + VITAMINA D + ZINC FRASCO DE 7.5 MG - 300 MG -100 UL /5 ML (KID CAL)# 1
DAR 0.2 CC DIARIO POR 1 MES
-SULFATO FERROSO GOTAS DE 20ML # 1
DAR 3 GOTAS DIARIA POR 1 MES.
-CITA POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA
-ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
-CITA CONTROL POR PEDIATRIA EN 3 DIAS

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN] NIT [900196346-9]

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547

Ingreso No: 1249344

Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☑
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Egreso	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Egreso	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☑
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑

EVOLUCIONES MEDICAS

28/06/2025 10:55 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Subjetivo
TENGO DOLOR

REFIERE ACTUALMENTE SENTIRSE BIEN NIEGA PREMONITORIOS

28/06/2025 12:13 BARRETO ACUÑA LEONIDAS DEL CARMEN

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE REFIERE DOLOR , NIEGA PREMONITORIOS .
Analisis Objetivo
MONITORIA FETAL DE 11:30 LINEA DE BASE ENTRE 140150 LPM, SIN ASCELEACIONES SIN , DESACELERACIONES VARIABILIDAD MODERADA, ACTIVIDAD UTERINA 3 CONTRACCIONES MOVIMIENTOS FETALES REGISTRADOS. SE CONSIDERA REACTIVO, CATEGEORIA I

AL EXAMEN FISICO
GENITOURINARIO : POSTERIOR COIRTO SALIDA DE TAPON MUCOSO ESTIGMA DE SANGRADO MEMBRANAS INTEGRAS DILATACION 6 CM BORRAMIENTO DEL 70 %

28/06/2025 18:29 BOHORQUEZ MULETH ANABEL

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS ANTERIORMENTE, QUIEN SE ENCUENTAR ESTABE AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS, AL TV CON CUELLO POSTERIOR, DILATACION DE 8 CM BORRAMIENTO DE 80% ESTACION 0 MEMBRANAS INTEGRAS, MONITORIA FETAL REACTIVA CAT I, CON ASCELERACIONES PRESENTES, VARIABILIDAD MODERADA, DINAMICA UTERINA PRESENTE, CONTINUA EN VIGLANCIA DE SU TRABAJO DE PARTO.

28/06/2025 18:41 BARRETO ACUÑA LEONIDAS DEL CARMEN

Analisis Subjetivo
SE ABRE FOLIO APRA CAGAR MEDICAMENTO

28/06/2025 21:27 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE
Analisis Objetivo
BUENAS CONDICIONES GENERALES
CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO
AU: 34

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

Nº85547

Ingreso No: 1249344

Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	✔
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Egreso	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	✔
Egreso	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	✔
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✔

EVOLUCIONES MEDICAS

28/06/2025 10:55 — FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Subjetivo
TENGO DOLOR

REFIERE ACTUALMENTE SENTIRSE BIEN NIEGA PREMONITORIOS

28/06/2025 12:13 — BARRETO ACUÑA LEONIDAS DEL CARMEN

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE REFIERE DOLOR , NIEGA PREMONITORIOS .
Analisis Objetivo
MONITORIA FETAL DE 11:30 LINEA DE BASE ENTRE 140150 LPM, SIN ASCELEACIONES SIN , DESACELERACIONES VARIABILIDAD MODERADA, ACTIVIDAD UTERINA 3 CONTRACCIONES MOVIMIENTOS FETALES REGISTRADOS. SE CONSIDERA REACTIVO, CATEGEORIA I

AL EXAMEN FISICO
GENITOURINARIO : POSTERIOR COIRTO SALIDA DE TAPON MUCOSO ESTIGMA DE SANGRADO MEMBRANAS INTEGRAS DILATACION 6 CM BORRAMIENTO DEL 70 %

28/06/2025 18:29 — BOHORQUEZ MULETH ANABEL

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS ANTERIORMENTE, QUIEN SE ENCUENTAR ESTABE AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS, AL TV CON CUELLO POSTERIOR, DILATACION DE 8 CM BORRAMIENTO DE 80% ESTACION 0 MEMBRANAS INTEGRAS, MONITORIA FETAL REACTIVA CAT I, CON ASCELERACIONES PRESENTES, VARIABILIDAD MODERADA, DINAMICA UTERINA PRESENTE, CONTINUA EN VIGLANCIA DE SU TRABAJO DE PARTO.

28/06/2025 18:41 — BARRETO ACUÑA LEONIDAS DEL CARMEN

Analisis Subjetivo
SE ABRE FOLIO APRA CAGAR MEDICAMENTO

28/06/2025 21:27 — FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO: 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE
Analisis Objetivo
BUENAS CONDICIONES GENERALES
CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO
AU 34

Powered by CamScanner

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 RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): GLENIA PEREZ MARQUEZ CC: 1051359432
Código CUENTAME UDS: 136571160355 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 27
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3045436536

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	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	C.C	1049265247	ELENA	MARGARITA	ESCORCIA	PEREZ	17	2			A													A								2	0	
02	C.C	1051359699	MAYERLIS		PIÑA	DE LEON	32	11			A													A								2	0	
03	R.C	1051363223	AMALFI	ISABEL	ARTETA	RIVERA	26	9			A													A								2	0	
04	R.C	1051365637	ISABELA	SOFIA	CANTILLO	SAGBINI	0	5			A													A								2	0	
05	R.C	1240502347	CRISTAL	JOAHANA	CARRASQUILLA	JIMENEZ	0	5			A													A								2	0	
06	R.C	1051365582	GREIMER	DANIEL	REALES	ESCORCIA	0	7			A													A								2	0	
07	R.C	1051365578	MAILYN	SOFIA	GUTIERREZ	GARCIA	0	8			A													A								2	0	
08	R.C	1051365438	ALAYNNA		HERRERA	REALES	1	1			A													A								2	0	
09	R.C	1051365440	YELIANI	ANDREA	PEREZ	CABALLERO	1	2			A													A								2	0	
10	R.C	1050008889	LIZ	PAOLA	JULIO	ORTEGA	1	2			A													A								2	0	
11	R.C	1051365349	SAMUEL	DAVID	CASTILLA	SEQUEA	1	5			A													A								2	0	
12	R.C	1049267708	GUELMI	JOSE	MARTINEZ	GARCIA	1	9			A													A								2	0	
13	R.C	1051365075	JARISAN	PAOLA	RAMOS	GUTIERREZ	2	5			A													A								2	0	
14	R.C	1049267647	LUISA	FERNANDA	ARRIETA	MORENO	2	7			A													A								2	0	
15	R.C	1249068053	IBRIANY	ANDREA	AMOR	PADILLA	2	8			A													A								2	0	
16	R.C	1050008881	CESAR	ANDRES	REALES	CASTILLO	2	9			A													A								2	0	
17	R.C	1049267582	LUNA	SOFIA	SANSO	CASTELLAR	3	2			A													A								2	0	
18	R.C	1240698221	LUCIANA		CASTILLO	PALMERA	3	2			A													A								2	0	
19	R.C	1045311211	YEILIANA	YULIETH	RAMOS	RODELO	4	9			A													A								2	0	
20	R.C	1049267386	KEYLIN	SOFIA	LLERENA	PIÑA	5	2			A													A								2	0	
																															TOTAL	40		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	25
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

glenia maria Perez marquez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): HAYDETH BARRIOS
Código CUENTAME UDS: 136571160369
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 45544957
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 39
Teléfono UDS: 3106329353

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	C.C	1051814432	ROSA	MARIA	MENDOZA	MEZA	25	1													A								A			20	0	
02	C.C	1143233681	SHARON	NICOLL	THORREN	MIER	18	3													A								A			20	0	
03	C.C	1051823623	GLISETH	PAOLA	BUELVAS	BUELVAS	32	10													A								A			20	0	
04	C.C	1051814195	MARY	NELLY	CASTRO	VASQUEZ	21	7													A								A			20	0	
05	R.C	1007263343	EVA	SANDRID	NAVARRO	DE ORO	24	10													A								A			20	0	
06	PPT	31267771	ALBELYN	JOSEFINA	AMAYA	RIVERO	23	6													A								A			20	0	
07	R.C	1051835806	MAITE	SOFIA	SILVIA	OROZCO	0	2													I								A			11	1	
08	R.C	1051835752	KILIAN	YESY	GUZMAN	CASTELLAR	0	5													A								A			20	0	
09	R.C	1051835660	JHOSELYN	SOFIA	MARTELO	GARCIA	0	10													A								A			20	0	
10	R.C	1256018074	CELESTE	IMITOLA	ESPINOZA	CELESTE	0	11													I								A			11	1	
11	R.C	1051835579	JUAN	DAVID	YEPES	LORA	0	11													A								I			11	1	
12	R.C	1051835559	KENDRY	SOFIA	CASTRO	ARIAS	1	0													A								A			20	0	
13	R.C	1051835478	MIA	KATTALEYA	YEPES	MOLINA	1	4													A								A			20	0	
14	R.C	1051835462	RANDY	JOSE	BARRIOS	MEZA	1	5													A								A			20	0	
15	R.C	1051835358	NATALIA	SOFIA	AVILEZ	SERRANO	1	8													I								I			02	2	
16	R.C	1051835354	MARIA	JOSE	SERRANO	PADILLA	1	9													A								A			20	0	
17	R.C	1050485687	NAYERLIS	SOFIA	CASTELLAR	RIVERO	1	10													A								A			20	0	
18	R.C	1050485669	SOPHIA	PAZ	CONTRERAS	MUÑOZ	2	0													A								A			20	0	
19	R.C	1043343898	MATEO		BARRIOS	ACOSTA	2	3													A								A			20	0	
20	R.C	1051835152	LUCIANA		NARVAEZ	SALCEDO	2	3													A								A			20	0	
21	R.C	1051834391	JUAN	JOSE	CASTILLO	PIEDRAHITA	4	4													A								A			20	0	
																															TOTAL			

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Haideth Jovana Barrios. I.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): YOLEIDA REALES CC: 22474115
Código CUENTAME UDS: 136571160357 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 29
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3003307009

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	C.C	1051827252	AMALFI	ESTHER	CASTILLO	SALCEDO	29	2													A								A			2	2	
02	C.C	1050973780	HILDA	CECILIA	ORTIZ	ESPINOSA	27	4													A								A			2	0	
03	C.C	1051820970	CARMEN	JULIA	ROMERO	BERMEJO	35	1													A								A			2	0	
04	C.C	1050483954	FANNY	ESTHER	MARTINEZ	HERRERA	24	2													A								A			2	0	
05	C.C	1050485805	MATHIAS		VILLALBA	PAJARO	0	1													A								A			2	0	
06	R.C	1051835741	SARA	LUZ	MARRIAGA	ROMERO	0	5													A								A			2	0	
07	R.C	1051835742	ESTER	LUZ	MARRIAGA	ROMERO	0	5													A								A			2	0	
08	R.C	1051835738	GAEL		PEREIRA	CAICEDO	0	5													A								A			2	0	
09	R.C	1051835647	NILSON	ENRIQUE	RODELO	TORRES	0	9													A								A			2	0	
10	R.C	1201293811	CHRISTOPHER	ANDRES	RIOS	SERRANO	0	11													A								A			2	0	
11	R.C	1050485749	ISAIAS	JOSE	RIVERA	CARO	0	11													A								A			2	0	
12	R.C	1072267837	THIAGO	JOSE	ROQUEME	FLOREZ	1	1													A								A			2	0	
13	R.C	1051835581	LIA	CAROLINA	ORTEGA	ARRIETA	1	3													A								A			2	0	
14	R.C	1051835486	OMAIRA		LARA	GARCIA	1	3													A								A			2	0	
15	R.C	1051835361	KIARA	SOFIA	CARO	ROCHA	1	9													A								A			2	0	
16	R.C	1051835332	KAIL		RODRIGUEZ	TORRES	1	9													A								A			2	0	
17	R.C	1051835281	MARIANA		LARA	PEREIRA	2	0													A								A			2	0	
18	R.C	1201292269	EMILIO	ANDRES	MOLANO	TAPIA	2	0													A								A			2	0	
19	R.C	1050485635	MATHIAS	DE JESUS	DEAVILA	ARIAS	2	7													A								A			2	0	
20	R.C	1051834823	ALI	DAVID	TORRES	PEREZ	3	3													A								A			2	0	
																															TOTAL			

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

Angelica Balanta S
COORDINADOR(A) EA

Yoleida Reales P
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S

NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025

MES: JUNIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO

Nombre Agente Educativo (a): MARTHA BARRIOS CC: 33339373

Código CUENTAME UDS: 136571160358 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 30

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3017757224

Hoja ___ de ___

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																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1002428889	NOHEMI	ESTHER	SERRANO	VELILLA	23	9												A									A				2	0	
02	T.I	1050482692	DRIANA	MARIA	CARMONA	BERMEJO	22	1												A									A				2	0	
03	C.C	1051823103	YESICA	PAOLA	BARRIOS	RODRIGUEZ	32	7												A									A				2	0	
04	T.I	1051818696	MARIA	ALEJANDRA	QUINTANA	TOVAR	17	11												A									A				2	0	
05	C.C	1051826601	MARCELA	PATRICIA	BARRIOS	CASTELLAR	30	2												A									A				2	0	
06	R.C	1235054499	GABRIELA		PEREZ	ARIAS	0	2												A									A				2	0	
07	R.C	1050485787	SANTIAGO		VASQUEZ	BENITEZ	0	4												A									A				2	0	
08	R.C	1051835727	SAMUEL	ELIAS	BARRIOS	AVENDAÑO	0	4												A									A				2	0	
09	R.C	1043497351	GAEL	DAVID	BUELVAS	SERRANO	0	7												A									A				2	0	
10	R.C	1140716519	LUIS	JUNIOR	PACHECO	CHARRYS	0	8												A									A				2	0	
11	R.C	1051835617	MARIA	SALOME	VERGARA	RIVERA	0	9												A									A				2	0	
12	R.C	1051835620	ALANNA		RODRIGUEZ	DIAZ	0	9												A									A				2	0	
13	R.C	1051835577	GABRIELA		BUELVAS	SERRANO	0	11												A									A				2	0	
14	R.C	1051835563	MARISOL		RIVERO	PORTILLO	0	11												A									A				2	0	
15	R.C	1051835496	ISABELLA	SOFIA	PUELLO	MENDOZA	1	2												A									A				2	0	
16	R.C	1051835468	GABRIEL	DAVID	GARZON	HERNANDEZ	1	4												A									A				2	0	
17	R.C	1051835416	ISABELA	PATRICIA	LUZARDO	GRAJALES	1	6												A									A				2	0	
18	R.C	1051835400	YOSTIN	GABRIEL	CASTELLAR	SIMANCA	1	6												A									A				2	0	
19	R.C	1051835342	JESUS	DAVID	REYES	RODELO	1	7												A									A				2	0	
20	R.C	1042598012	SEBASTIAN	EMILIO	ATEHORTUA	BASTIDAS	2	2												A									A				2	0	
																																TOTAL			

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

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Martha Barrios B
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): JANET POSSO
Código CUENTAME UDS: 136571160370
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 33341650
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 40
Teléfono UDS: 3135899362

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1051831295	MARIA	JOSE	ACOSTA	MADRID	27	7											A										A					2		
02	C.C	1051820953	LAURA	STEFANNY	BUSTILLO	VELEZ	34	1											A										A					2		
03	C.C	1143408578	TATIANA	PAOLA	ARANDA	DE AVILA	26	9											A										A					2		
04	C.C	1193512814	DENIS	BEATRIZ	ALVAREZ	TORRES	23	11											A										I					1	1	
05	R.C	1256019010	MAXIMILIANO		YEPES	CASTIBLANCO	0	3											A										A					2		
06	R.C	1051835736	ALANNA	SOFIA	CASTRO	CARABALLO	0	5											A										A					2		
07	R.C	1051835673	MARISOL	SOFIA	YEPES	BERMEJO	0	8											A										A					2		
08	R.C	1051835597	NOHEMI		BUELVAS	ROJANO	0	10											A										A					2		
09	R.C	1051835487	CELESTE	SOFIA	GAZABON	DE LA ROSA	1	3											A										A					2		
10	R.C	1051835427	SARA	SOFIA	BARRIOS	RODELO	1	6											A										A					2		
11	R.C	1051835267	VIOLETA	JUDITH	VERGARA	MONTERROSA	1	11											A										A					2		
12	R.C	1051835225	ASHLEY	CAROLINA	LARA	FERNANDEZ	2	1											A										A					2		
13	R.C	1249066732	LAURA	VICTORIA	CABARCAS	ALFARO	2	2											A										A					2		
14	R.C	1051835137	ENYERLIS	SOFIA	LEIVA	GONZALEZ	2	3											A										A					2		
15	R.C	1051365083	YEIKER	ELIAS	OROZCO	PALLARES	2	5											A										A					2		
16	R.C	1222255270	ISAAC		BARRIOS	OLIVERA	2	9											A										A					2		
17	R.C	1050485594	GABRIELA	SOFIA	BARRIOS	ARIA	2	11											A										A					2		
18	R.C	1051834865	MARIA	GUADALUPE	ARRIETA	CARO	3	0											A										A					2		
19	R.C	1051834815	DANIEL	DAVID	LEONES	PATERNINA	3	3											A										A					2		
20	R.C	1051834714	HANNAH	ISABEL	TORRES	CARMONA	3	7											A										A					2		
21	R.C	1051834559	GABRIELA	JUDITH	PERCIA	LEONES	3	11											A										A					2		
																																	TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Angelica Bolanta V
COORDINADOR(A) EA

Janet Posso Osorio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA BETANCOURT CC: 45780140
Código CUENTAME UDS: 136571160365 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 35
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3205752733

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1051832485	PAULA	ANDREA	BETANCOURT	GONZALEZ	26	6											A										A					2		
02	C.C	1051830993	KEILY	CAROLYTH	ROMERO	ROMERO	22	8											A										A					2		
03	C.C	1051814523	GLORIA	MISHELL	GUEVARA	ANGARITA	21	1											A										A					2		
04	C.C	1003645533	ANA	MARCELA	PERTUZ	OLIVERO	31	7											A										A					2		
05	C.C	1051826852	SANDRA	MILENA	ANILLO	MORALES	30	2											A										A					2		
06	C.C	1051830855	ANGIE	PAOLA	CASTELLAR	OTERO	27	10											A										A					2		
07	R.C	1051835796	ALBEIRO	JOSE	ESQUIVEL	MARTINEZ	0	2											I										I						2	
08	R.C	1050485800	EMMANUEL		ROMERO	HERAZO	0	2											I										I						2	
09	R.C	1051835648	CRISTIAN	ANDRES	SALVADOR	OSPINO	0	9											A										A					2		
10	R.C	1051835632	EMILY	SOFIA	CUETER	BARRIOS	0	10											A										A					2		
11	R.C	1051835596	ISABELL	SOPHIA	GOMEZ	BUSTILLO	0	11											A										A					2		
12	R.C	1051835566	SARA	SOFIA	AMADOR	PÌNTO	1	0											A										A					2		
13	R.C	1051835527	ELAINE		ROMERO	LAMBIS	1	1											A										A					2		
14	R.C	1051835382	HANNA	SOFIA	CARRASQUILLA	GUARICUCO	1	7											A										A					2		
15	R.C	1043344737	MATEO		MEJIA	BARRIOS	2	0											A										A					2		
16	R.C	1051835139	MIKAL	SOFIA	CASTRO	ALFARO	2	3											A										A					2		
17	R.C	1050485643	ANGEL	DE JESUS	CAICEDO	BORREO	2	7											A										A					2		
18	R.C	1051834884	ALEXANDRA		MARTINEZ	MERCADO	3	0											A										A					2		
19	R.C	1051834525	JOSE	DAVID	CARMONA	BUELVAS	4	0											A										A					2		
20	R.C	1051834310	ARIANY	SANDRID	CASTRO	ALFARO	4	8											A										A					2		
21	R.C	1050485263	ALISSON	PAOLA	ROMERO	SAENZ	4	9											A										A					2		
																															TOTAL	38	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Sandra Betancourt Castellar
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): DANDRIS DE ORO
Código CUENTAME UDS: 136571160360
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051818089
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 32
Teléfono UDS: 3107131058

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			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	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1051447049	GLEYDE	ESTELA	OSPINO	VELENZUELA	33	6														A								A			2	0	
02	C.C	1051832154	SILVIA	YULIANA	PUERTAS	MENDOZA	26	10														A								A			2	0	
03	C.C	1051817954	MARIA	JOSE	YEPES	BUELVAS	27	9														A								A			2	0	
04	R.C	1051835813	ANA	ISABELLA	HERRERA	SERRANO	0	1														A								A			2	0	
05	R.C	1050485798	EITHAN	JOSEPH	MUÑOZ	LOBELO	0	2														A								A			2	0	
06	R.C	1050485779	AILEEN	DANIELA	SERRANO	ORTEGA	0	5														A								A			2	0	
07	R.C	1104019915	AILANY	VERUZCA	CUADRO	BROWN	0	6														A								A			2	0	
08	R.C	1050485768	DOMINIC		MERCADO	GONZALEZ	0	7														A								A			2	0	
09	R.C	1043346385	AARÓN	DAVID	ESCOBAR	GONZÁLEZ	0	11														A								A			2	0	
10	R.C	1043346042	SAULO	JOSE	CARMONA	MARTINEZ	1	1														A								A			2	0	
11	R.C	1196975895	MAUREN	SOFIA	RAMOS	ORTIZ	1	11														A								A			2	0	
12	R.C	1050485584	JUAN	JOSE	RODRIGUEZ	SERRANO	3	0														A								A			2	0	
13	R.C	1140714974	MARIA	CELESTE DE DIOS	ORTEGA	VELASQUEZ	4	0														A								A			2	0	
14	R.C	1050485432	HECTOR	JULIO	GAZABON	PEREZ	4	2														A								A			2	0	
15	R.C	1051834492	INNARA	ISABELL	RODRIGUEZ	BUELVAS	4	2														A								A			2	0	
16	R.C	1051834386	ANA	LUCIA	CASTELLAR	PIÑEREZ	4	5														A								A			2	0	
17	R.C	1050485337	JULIA	CAROLINA	PEREZ	PUA	4	5														A								A			2	0	
18	R.C	1051834370	CAMILO	ANDRES	CASTELLAR	DIAZ	4	5														A								A			2	0	
19	R.C	1051834337	GENEXIS	SOFIA	SANCHEZ	GALLARDO	4	7														A								A			2	0	
20	R.C	1050485244	MATHIAS	DE JESUS	BARRETO	PUA	4	10														A								A			2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Dandris de Oro O.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): ELENA CASTRO CC: 57438936
Código CUENTAME UDS: 136571160364 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 34
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3205875700

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	SEMANAS																												
			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	C.C	1043440572	WUENDIS	PAOLA	HERNANDEZ	TAPIA	20	6														A								A				2	0	
02	T.I	1052544881	NATALIA	SOFIA	REDONDO	CONTRERAS	13	8														A								I				7	7	
03	C.C	1051832646	GLORIA	VANESSA	GAMARRA	SERRANO	26	3														A								A				2	0	
04	R.C	1049484715	EMYLIANA		ROMERO	MARTINEZ	0	1														A								A				2	0	
05	R.C	1051835799	IANA		PUERTA	RUIZ	0	2														A								A				2	0	
06	R.C	1043202675	JAYLETH		CARRASQUILLA	RODRIGUEZ	0	2														A								A				2	0	
07	R.C	1051835793	THIAGO	ANDRES	REBOLLO	MONTENEGRO	0	3														A								A				2	0	
08	R.C	1051835765	JESUS	DAVID	PASO	ROMERO	0	4														A								A				2	0	
09	R.C	1038150453	ANGEL	DONAY	MANJARREZ	CHARRIS	0	5														A								A				2	0	
10	R.C	1050485775	DAPHNE	SAMARA	LEGUIA	CASTILLA	0	9														A								A				2	0	
11	R.C	1051835615	THALIANA	MICHELL	RICARDO	REYES	0	10														A								A				2	0	
12	R.C	1051835610	BRAYTIAGO		HERNANDEZ	HERNANDEZ	0	10														A								A				2	0	
13	R.C	1051835598	HELIZ	MARIA	CAMPO	SANCHEZ	0	11														A								A				2	0	
14	R.C	1051835589	VIOLETTA		CASTRO	CERVANTE	0	11														A								A				2	0	
15	R.C	1051835562	LIAM	DAVID	DIAZ	PULIDO	1	0														A								A				2	0	
16	R.C	1051835555	HEYDIS	SOFIA	SANCHEZ	HIL	1	0														A								A				2	0	
17	R.C	1051835522	IAN	DAVID	PEREZ	HERNANDEZ	1	1														A								A				2	0	
18	R.C	1137544032	JAZLIN	MARIA	YEPEZ	MARTINEZ	1	5														A								A				2	0	
19	R.C	1051835319	AHMED	DAVID	MALDONADO	OQUENDO	1	9														A								A				2	0	
20	R.C	1051835289	MARLEYS	PAOLA	ARDILA	MENDEZ	1	10														A								A				2	0	
																																	TOTAL	39	1	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	31
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Elena M Castro C
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): DUFAY DEULUFEUTH CC: 33273524
Código CUENTAME UDS: 136571160356 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 28
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3177086500

Hoja ___ de ___

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																								
									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	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1051831070	KELLY	JOANA	BUELVAS	ARIZA	27	8														A							A				12	0	
02	C.C	1051827604	MABEL	CRISTINA	OROZCO	CASTRO	30	5														A							A				12	0	
03	C.C	1051816438	ANDREA	MARCELA	SALCEDO	GOMEZ	33	9														A							A				12	0	
04	C.C	1051831174	JOHANA	MARCELA	DE AVILA	YEPES	27	7														A							A				12	0	
05	C.C	1143388240	MARIA	JOSE	QUIMBAYO	HERNANDEZ	29	6														A							A				12	0	
06	C.C	1051818045	VALENTINA		BUELVAS	ARIAS	18	11														A							A				12	0	
07	R.C	1051835815	CARLOS	ANTONIO	SIERRA	CARMONA	0	1														A							A				12	0	
08	R.C	1051835809	ESTER	MILENA	ARROYO	HERRERA	0	1														A							A				12	0	
09	R.C	1137544656	NOAH	DE JESUS	VAUDO	ROMERO	0	7														A							A				12	0	
10	R.C	1238350446	ELIAS	DAVID	BUSTAMANTE	CASTELLAR	1	9														A							A				12	0	
11	R.C	1143422992	ANA	ISABEL	SANCHEZ	BALLESTEROS	1	11														A							A				12	0	
12	R.C	1051835045	HELENA	SOPHIA	DE ORO	ACOSTA	2	6														A							A				12	0	
13	R.C	1050485605	JOSE	ALEJANDRO	GUARDELA	RODRIGUEZ	2	10														A							A				12	0	
14	R.C	1050485513	LEONARDO	ANDRES	CASTELLAR	ARIAS	3	6														A							A				12	0	
15	R.C	1051834577	KEISMY		MARTINEZ	BERTEL	3	10														A							A				12	0	
16	R.C	1050485420	EVELYN	SOPHIA	HERAZO	BALLESTERO	4	0														A							A				12	0	
17	R.C	1050485387	JAVIER	DAVID	MONTES	LORA	4	1														A							A				12	0	
18	R.C	1051834472	LUISA	FERNANDA	VELASQUEZ	NARANJO	4	2														A							A				12	0	
19	R.C	1051485383	JORDAN		CASTILLA	MEJIA	4	3														A							A				12	0	
20	R.C	1050485256	ANDRES	CAMILO	HERNANDEZ	MORENO	4	10														A							A				12	0	
																																TOTAL	240	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	7

Angelica Balanta D
COORDINADOR(A) EA

Dufay Deulufeuth R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): MIRLEY NEIRA CC: 1091666428
Código CUENTAME UDS: 136571160362 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 33
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3132015142

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	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	C.C	1051814536	ARID	DAYANA	NAVARRO	MUÑOZ	21	2													A								A			2	0	
02	C.C	1051819441	NICOL		MERCADO	CUETO	19	5													A								A			2	0	
03	T.I	1050482526	LINETH	PAOLA	VILORIA	YEPES	18	2													A								A			2	0	
04	C.C	1050484728	ESTEFANY	JUDITH	BARRIOS	ARIAS	17	7													A								A			2	0	
05	C.C	1143412901	KENYA	CAROLINA	TERAN	MONTES	26	2													A								A			2	0	
06	R.C	1051835798	CATALEYA		RIVERA	DURAN	0	2													A								A			2	0	
07	R.C	1051835679	OSTIN	DAVID	CASTELLAR	CARO	0	7													A								A			2	0	
08	R.C	1070997202	ETHAN	DE JESUS	OROZCO	CARRASQUILLA	0	11													A								A			2	0	
09	R.C	1140716346	ISAIAS		HERNANDEZ	ORTEGA	1	3													A								A			2	0	
10	R.C	1050287020	JONAS	DAVID	NARVAEZ	ESTRADA	1	4													A								A			2	0	
11	R.C	1051835502	ELIEL	JAEL	MERCADO	PEREZ	1	4													A								A			2	0	
12	R.C	1050485735	LUIS	ALFREDO	DE AGUSTIN	CARMONA	1	5													A								A			2	0	
13	R.C	1249069681	JULIETHA	NICOL	OSORIO	NOVOA	1	7													A								A			2	0	
14	R.C	1051835386	BRIANA	LUCIA	MONTES	LAMBRAÑO	1	8													A								A			2	0	
15	R.C	1050485714	LIAM	DAVID	CORREA	BALLESTERO	1	8													A								A			2	0	
16	R.C	1051835359	NAYLIN	MARGARITA	GARRIDO	MERCADO	1	9													A								A			2	0	
17	R.C	1194986633	THIAGO	DAVID	SERRANO	CAMPO	2	1													A								A			2	0	
18	R.C	1051834951	LUIS	DAVID	RODRIGUEZ	TOVAR	2	10													A								A			2	0	
19	R.C	1051834585	MEISY	LIZ	ESPRIELLA	ROMERO	3	10													A								A			2	0	
20	R.C	1051834558	SAMARA	SOFIA	ARENAS	LAMBRAÑO	3	11													A								A			2	0	
																															TOTAL	4	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Mirley Neira C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ ELENA SIERRA CC: 1102797346
Código CUENTAME UDS: 136571160366 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 36
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3005015092

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	C.C	1044000732	VALERIA	SOFIA	ROMERO	ROMERO	19	0													A								A			20		
02	C.C	1051820823	GENESIS	ASTRID	PALMERA	MONTIEL	25	11													A								A			20		
03	C.C	1005440892	CINDY	PAOLA	CASTRO	NAVARRO	25	7													A								A			20		
04	R.C	1051835726	AYLEN	SOFIA	RODELO	SALGADO	0	5													A								A			20		
05	R.C	1051835564	HELENA	SOFIA	MUÑOZ	MENDOZA	1	0													A								A			20		
06	R.C	1051835537	SANTIAGO	JOSE	OSPINO	FERNANDEZ	1	1													A								A			20		
07	R.C	1051835525	KRISTIANYS		CAMPO	HERNANDEZ	1	2													A								A			20		
08	R.C	1050485743	MARTIN	ELIAS	COTTA	TORRES	1	3													A								A			20		
09	R.C	1249070097	MARIA	CELESTE	MENDOZA	MEZA	1	4													A								A			20		
10	R.C	1051835433	MARCELO		MERIÑO	RAMIREZ	1	6													A								A			20		
11	R.C	1043345206	TALIANA	ISABEL	ESPAÑA	ROMERO	1	7													A								A			20		
12	R.C	1051835343	MAXIMILIANO		RIVERA	BARRIOS	1	8													A								A			20		
13	R.C	1051835142	VALERIA	ISABEL	CASTILLO	ESTRADAS	2	3													A								A			20		
14	R.C	1051835113	TALIANA		TORRES	ARRIETA	2	4													A								A			20		
15	R.C	1044021800	GUADALUPE		DEL TORO	AGUIRRE	2	6													A								A			20		
16	R.C	1051834676	GENESIS	SOFIA	SALINAS	ROMERO	3	8													A								A			20		
17	R.C	1235544454	GUSTAVO	AARON	OCHOA	PEREZ	3	11													A								A			20		
18	R.C	1050485384	DAIRA	JOSE	BARRIOS	ROMERO	4	2													A								A			20		
19	R.C	1050485328	SANTIAGO	JOSE	RAMIREZ	ARRIETA	4	7													A								A			20		
20	R.C	1050485197	JEFFERSON	DAVID	CORTEZ	YÉPEZ	4	11													A								A			20		
21	R.C	1040714261	MARGARET		REYES	ROMERO	4	11													A								A			20		
																															TOTAL	420		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

Angelica Bafanta D
COORDINADOR(A) EA

Luz Elena Sierra Olivera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): ALBA LLAMAS TRUJILLO CC: 1052086252
Código CUENTAME UDS: 136571160359 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 31
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3150457930

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	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	PPT	3110645	YULIETH	CAROLINA	MEZA	MONTES	20	6													A									A			2	0	
02	C.C	1002429018	LAURA	MARIA	MARTINEZ	FLOREZ	23	7													A									A			2	0	
03	C.C	1051818430	MAGALYS	ROCIO	YEPES	CARMONA	43	10													A									A			2	0	
04	C.C	1051830215	DERLY	DEL CARMEN	MON	CARMONA	28	10													A									A			2	0	
05	C.C	1051826012	BLEIDYS	ELENA	RICARDO	CARMONA	31	5													A									A			2	0	
06	R.C	1051835801	LUIS	FELIPE	BARRIOS	MEZA	0	1													A									A			2	0	
07	R.C	1050287230	DERECK		GAMARRA	ACOSTA	0	2													A									A			2	0	
08	R.C	1052101916	CAMILO		ARISTIZABAL	BELTRAN	0	3													A									A			2	0	
09	R.C	1051835777	ANTONY	JAVIER	HERRERA	BUSTILLO	0	3													A									A			2	0	
10	R.C	1249070850	CHLOE	SOFIA	CARO	COA	0	11													A									A			2	0	
11	R.C	1051835340	EDUARDO	DE JESUS	LUNA	CARMONA	1	9													A									A			2	0	
12	R.C	1051835173	ALFREDO	DE JESUS	ROSAS	SALTARIN	2	2													A									A			2	0	
13	R.C	1138685210	ANA	VICTORIA	VITAL	DIAZ	2	6													A									A			2	0	
14	R.C	1201290323	HILLARD	JOSE	ATENCIO	TAPIA	2	9													A									A			2	0	
15	R.C	1051834857	EMMA	CELESTE	BALLESTEROS	ARANDA	3	1													A									A			2	0	
16	R.C	1246798145	SAMUEL		RAMOS	MON	3	8													A									A			2	0	
17	R.C	1246798146	GABRIEL		RAMOS	MON	3	8													A									A			2	0	
18	R.C	1051834473	SHAYRA	SOFIA	VERGARA	MEDINA	4	2													A									A			2	0	
19	R.C	1050485371	MAILEN	JOHANA	CARMONA	BELTRAN	4	2													A									A			2	0	
20	R.C	1051834414	JULIETA	CAROLINA	TAPIA	FLOREZ	4	4													A									A			2	0	
																															TOTAL	4	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Alba llamas trujillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): YINA HUGUET CC: 1051815298
Código CUENTAME UDS: 136571160371 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 41
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3113305154

Hoja ___ de ___

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	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	C.C	1051822216	DINA	LUZ	MARTINEZ	OLIVERO	33	5														A								I			1	1	
02	C.C	1004461977	ARLENIS	VANESA	ORTEGA	RIVERO	23	8														A								A			1	0	
03	R.C	1051835794	ALANNA	PAOLA	BUSTILLO	VASQUEZ	0	2														I								I			0	1	
04	R.C	1051835767	ALID	DAVID	BELTRAN	CALVO	0	3														A								A			1	0	
05	R.C	1051835699	ABIGAIL		BELTRAN	BERMEJO	0	6														A								A			1	0	
06	R.C	1050485773	AILANY	SOFIA	GARCIA	SIBIRA	0	7														A								A			1	0	
07	R.C	1051835664	MAIKEL	DAVID	BUELVAS	VERGARA	0	8														A								A			1	0	
08	R.C	1051835640	OLIVER	ANDRES	CASTELLAR	MERCADO	0	9														A								A			1	0	
09	R.C	1051835602	KARLA	SOFIA	TORRES	BLANCO	0	11														A								A			1	0	
10	R.C	1051835603	JUAN	JOSE	NUÑEZ	CALDERON	1	0														A								A			1	0	
11	R.C	1051835481	ISMAEL	JOSE	OLIVERA	CARO	1	4														A								A			1	0	
12	R.C	1051835447	JAROL	JUNIOR	TOVAR	GLORIA	1	5														A								A			1	0	
13	R.C	1051835442	EINER	DAVID	MEZA	FLOREZ	1	5														A								A			1	0	
14	R.C	1051835403	KIARA	JHOANA	PUA	PEREZ	1	8														A								A			1	0	
15	R.C	1050485709	ADDY	LUZ	MELENDEZ	BELTRAN	1	8														A								A			1	0	
16	R.C	1051835350	SALOME		MARTINEZ	TORRES	1	8														A								A			1	0	
17	R.C	1051835329	SANTIAGO		ARIAS	ORTEGA	1	9														A								A			1	0	
18	R.C	1051834978	VALERIA	SOPHIA	ANILLO	ARIAS	2	9														A								A			1	0	
19	R.C	1140715718	KEYLOR	MANUEL	PUA	PEREZ	2	9														A								A			1	0	
20	R.C	1049090230	LIZ	ADRIANA	MARTINEZ	CORTEZ	3	3														A								A			1	0	
21	R.C	1051834261	GABRIELA	SOFIA	DEULUFEUT	LOPEZ	4	10														A								A			1	0	
																															TOTAL		39	3	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Angelica Batanta T
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): INES LARA YEPES CC: 1051826291
Código CUENTAME UDS: 136571160373 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 43
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3122178314

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1193083265	ELENA	MARIA	DE LA ROSA	GARCIA	22	8											I											I				0	2	
02	C.C	1082068926	ANYI	PAOLA	GARCIA	BARLANOA	27	8											I											I				0	2	
03	C.C	1005387932	ELIZABETH		TORRES	ORTEGA	25	2											I											I				0	2	
04	C.C	1002429941	JULIA	ROSA	BERMEJO	YEPES	25	0											I											I				0	2	
05	R.C	1002429923	CAMILA	DEL CARMEN	BARRERA	DE LA ROSA	21	11											A											A				2	0	
06	R.C	1050485771	ANTHONY		MARTINEZ	MEZA	0	7											A											I				1	1	
07	R.C	1051835651	YEILOR		ROMERO	VASQUEZ	0	9											I											I				0	2	
08	R.C	1137544473	AYSHA		BARRERA	HERRERA	0	9											A											A				2	0	
09	R.C	1050485751	EMMA	SOFIA	ROMERO	MUÑOZ	0	10											A											A				2	0	
10	R.C	1235053735	LIAM	DAVID	PATERNINA	BARRIOS	1	1											A											A				2	0	
11	R.C	1051835460	ANDRES	DAVID	DE LA ROSA	BELTRAN	1	4											A											A				2	0	
12	R.C	1051835461	JORDIN	DAVID	DE LA CRUZ	VASQUEZ	1	5											A											A				2	0	
13	R.C	1050485732	MARIANGEL		VASQUEZ	MARTINEZ	1	6											A											A				2	0	
14	R.C	1051835405	VALENTINA		RODELO	YEPES	1	6											A											A				2	0	
15	R.C	1048098075	ROSA	ISABEL	CASTILLO	YEPES	1	9											A											A				2	0	
16	R.C	1140716074	JULIANA	ISABEL	RIVERA	MERCADO	1	11											A											A				2	0	
17	R.C	1051835266	JAIDER	DE JESUS	CABALLERO	PADILLA	1	11											A											A				2	0	
18	R.C	1051835246	JOSE	DAVID	DE LA ROSA	GARCIA	2	0											A											A				2	0	
19	R.C	1051835212	IAN	DARIO	BUELVAS	MACHAO	2	1											A											A				2	0	
20	R.C	1050485660	JONNAS		MENDOZA	PIEDRAITA	2	1											A											A				2	0	
21	R.C	1050485654	MATHIAS		YEPES	PEREZ	2	8											A											A				2	0	
																															TOTAL		31	11	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Ines Maria Lara Yepes
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): MADERLEIN TEHERAN
Código CUENTAME UDS: 136571160372
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051821262
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 42
Teléfono UDS: 3135010291

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	C.C	1071348095	LEDYS	MARIA	GONZALEZ	ORTEGA	35	7														A									A		20		
02	C.C	1050035407	KARINA	PATRICIA	NADER	MOVILLA	37	10														A									A		20		
03	C.C	1051816200	DANIELA	PATRICIA	CARVAL	RAMIREZ	20	3														A									A		20		
04	C.C	22705751	YOCELY		ROMERO	GERONIMO	39	6														A									A		20		
05	C.C	1051831455	ADRIANA	ALEXANDRA	ARIAS	ANDRADES	27	4														A									A		20		
06	R.C	1051835822	LUCAS	DAVID	RODELO	JARAMILLO	0	0														A									A		20		
07	R.C	1048613926	CATHALEYA		SERRANO	CHIQUILLO	0	4														A									A		20		
08	R.C	1242390614	ADELE	SOPHIA	MARTINEZ	ROMERO	0	8														A									A		20		
09	R.C	1051835594	LEIKER	DAVID	CORONEL	FERIA	0	11														A									A		20		
10	R.C	1051835590	ALAIA	CELESTE	URUETA	MOSQUERA	0	11														A									A		20		
11	R.C	1051835371	SHALEIMA	CECILIA	RODELO	RIVERO	1	8														A									A		20		
12	R.C	1051835349	SANTIAGO	JOSÉ	RIVERA	CARMONA	1	9														A									A		20		
13	R.C	1051835317	KENNER	NEOMAR	BARRIOS	VILLARROEL	1	10														A									A		20		
14	R.C	1051835305	MAITE	SOFIA	ARRIETA	DIAZ	1	10														A									A		20		
15	R.C	1051835313	THALIANA		YEPES	FERNANDEZ	1	10														A									A		20		
16	R.C	1051835264	IAN	DAVID	YEPEZ	CARMONA	1	11														A									A		20		
17	R.C	1231841340	EMMANUEL		DUQUE	MARTINEZ	2	2														A									A		20		
18	R.C	1050485653	RODRIGO		BERRIO	CONTRERAS	2	3														A									A		20		
19	R.C	1051834742	EVELYN		VASQUEZ	CARVAL	3	6														A									A		20		
20	R.C	1051834491	LUIS	FERNANDO	GOMEZ	RODRIGUEZ	4	1														A									A		20		
21	R.C	1081842034	ANDRÉS	FELIPE	ABELLO	PÉREZ	4	2														A									A		20		
																															TOTAL	42		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Angelica Balanta D
COORDINADOR(A) EA

Maderlein Teheran Castillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): INGRIS NARVAEZ ALVIS CC: 1002306463
Código CUENTAME UDS: 13657116036 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 37
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3148701141

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	T.I	1050484094	ROSA	ANGELICA	FERIA	MARTINEZ	14	9														A										2	0	
02	C.C	1002429495	KENDRYS	ISABEL	PADILLA	CASTELLAR	22	9														A								A		2	0	
03	R.C	1051835786	ELUNEY		DIAZ	SARABIA	0	2														A								A		2	0	
04	R.C	1051835729	XIOMARA		VILLAMIL	SALGADO	0	5														A								A		2	0	
05	R.C	1051835678	ISABELLA		SALGADO	YEPES	0	8														A								A		2	0	
06	R.C	1050287073	SARA		SIERRA	ARAGÓN	0	10														A								A		2	0	
07	R.C	1249070753	OSMEL	ALEJANDRO	SALLAS	MACHADO	0	11														A								A		2	0	
08	R.C	1051835584	DANIEL	YESITH	GUZMAN	MEJIA	0	11														A								A		2	0	
09	R.C	1051835578	BYRON	DAVID	BUELVAS	SERRANO	0	11														A								A		2	0	
10	R.C	1050485744	HECTOR	ALEJANDRO	MEDRANO	PAZ	1	2														A								A		2	0	
11	R.C	1051835422	AHINARA		CARO	DOMINGUEZ	1	6														A								A		2	0	
12	R.C	1051835406	JUAN	PABLO	VERGARA	MEDINA	1	7														A								A		2	0	
13	R.C	1050485688	MARTINA		LOZANO	ROMERO	1	9														A								A		2	0	
14	R.C	1050286843	JUAN	ELIAS	SIERRA	ARAGÓN	1	11														A								A		2	0	
15	R.C	1051835119	MONTSERRAT		GILL	CAMARGO	2	4														A								A		2	0	
16	R.C	1051835055	BRAYAN	DAVID	ARIAS	GOMEZ	2	6														A								A		2	0	
17	R.C	1052100762	ADHARA	LUCIA	DE LA CRUZ	CAUSADO	2	8														A								A		2	0	
18	R.C	1051834946	MARCELA	SOFIA	BELTRAN	BUELVAS	2	10														A								A		2	0	
19	R.C	1052545329	SANTIAGO	JOSE	CASTRO	YEPEZ	3	4														A								A		2	0	
20	R.C	1051834341	MATHIAS	DAVID	CALVO	CARO	4	6														A								A		2	0	
21	R.C	1051834407	MAILIN	SOFIA	RUIDIAZ	MARTINEZ	4	7														A								A		2	0	
																															TOTAL	42	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Angelica Balanta D
COORDINADOR(A) EA

Ingris Narvaez Alvis
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): KAREN TEHERAN CC: 1051819100
Código CUENTAME UDS: 136571160368 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 38
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3135903353

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1067959369	LEIDY	MARCELA	SIBAJA	MARTINEZ	27	3													A								I	J		1	1	
02	C.C	1049828244	ANGIE	PAOLA	SUAREZ	PUELLO	22	10													A								I			1	1	
03	C.C	1081000002	YISETH	GABRIELA	ROMERO	CASTELLAR	21	7													A								A			2	0	
04	C.C	1081760303	SHIRA	MARCELA	MOSQUERA	IBAÑEZ	18	9													A								A			2	0	
05	R.C	1051835823	LUCCA		POMBO	PIEDRAHITA	0	0													I								I			0	2	
06	R.C	1051835810	GAEL	DAVID	OSORIO	VILLALBA	0	1													I								I			0	2	
07	R.C	1051835803	KIARA	SOFIA	BUELVAS	MERCADO	0	2													A								A			2	0	
08	R.C	1051835662	DYLAN	ANDRES	LAMBRAÑO	FLOREZ	0	9													A								A			2	0	
09	R.C	1043717719	MONTSERRAT		GALEZZO	CARVAJAL	1	10													A								I			1	1	
10	R.C	1051835134	MURIEL	SOFIA	BUELVAS	URANGO	2	3													A								A			2	0	
11	R.C	1051854979	ISAAC	DAVID	GALVIS	SIBAJA	2	8													A								A			2	0	
12	R.C	1051834686	NICOL	SOFIA	ANAYA	VITAL	3	8													A								A			2	0	
13	R.C	1051834701	JUAN	JOSE	BARRIOS	BARRIOS	3	8													A								A			2	0	
14	R.C	1015001023	SAMUEL	DAVID	SIABATO	PEREZ	4	0													A								A			2	0	
15	R.C	1050485386	MARION	SOFIA	MANJARREZ	CASTRO	4	2													A								A			2	0	
16	R.C	1051834423	ANGEL	YESID	CASTRO	ROMERO	4	4													A								A			2	0	
17	R.C	1043339037	MATIAS	DAVID	ESPAÑA	RICARDO	4	7													A								A			2	0	
18	R.C	1050485264	SEBASTIAN	CAMILO	RODRIGUEZ	SUAREZ	4	9													A								A			2	0	
19	R.C	1050485284	LIZ	SAMANTHA	SALINA	ROMERO	4	9													A								A			2	0	
20	R.C	1050485294	MAIRA	ALEJANDRA	HERNANDEZ	OCHOA	4	9													A								A			2	0	
21	R.C	1050485193	NICOLLE	SOFIA	ARIAS	ORTEGA	4	11													A								A			2	0	
																															TOTAL	33	7	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Karen Teheran C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): RITA TORRES
Código CUENTAME UDS: 136571160374
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 30844330
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 44
Teléfono UDS: 3117221314

Hoja ___ de ___

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	R.C	1050008981	ELIAN	ANDRES	MENDOZA	REALES	0	5								A															A		20		
02	R.C	1051365493	AARON	ANDRES	PEREZ	CERDA	0	11								A															A		20		
03	R.C	1051365468	BREYMARIS	DANIELA	CARRASQUILLA	PEREZ	1	0								A															A		20		
04	R.C	1240501511	SHADDAY	SOFIA	CERDA	MEZA	1	0								A															A		20		
05	R.C	1050008900	EMMA	SOFIA	JULIO	CASSIANI	1	0								A															A		20		
06	R.C	1051365370	ZOE	SHARITH	MARTINEZ	ALTAHONA	1	4								A															A		20		
07	R.C	1252958105	GREILYS	ISABEL	OROZCO	IRIARTE	1	4								A															A		20		
08	R.C	1051365339	SANTIAGO	ANDRES	PACHECO	CORTES	1	6								A															A		20		
09	R.C	1051365264	DUVIEILIS	CAROLINA	CASSIANI	ROMERO	1	7								A															A		20		
10	R.C	1051365210	ADEILIS	ELENA	PEREZ	PEREZ	1	11								A															A		20		
11	R.C	1240700928	ASLAN	DAVID	ORTIZ	SALAS	2	1								A															A		20		
12	R.C	1051365146	IZAEL	JAVIER	OSPINO	OSPINO	2	2								A															A		20		
13	R.C	1051365086	EMMANUEL	ANDRES	GOMEZ	TORRES	2	5								A															A		20		
14	R.C	1051364994	DAINER	JOSUE	JIMENEZ	PARRA	2	11								A															A		20		
15	R.C	1049267584	BRIAN	DAVID	PEREZ	OLIVO	3	2								A															A		20		
16	R.C	1051364906	JAFET	DE JESUS	TINOCO	TORRES	3	3								A															A		20		
17	R.C	1048945680	THIAGO	ANDRES	TORRES	TORRES	3	4								A															A		20		
18	R.C	1076255077	JESEYLIS		CAÑATE	CASSIANI	3	4								A															A		20		
19	R.C	1051364804	KELAYNIS		SARA	CAÑATE	3	8								A															A		20		
20	R.C	1051364851	FRANYELIS		PAEZ	ROMERO	3	8								A															A		20		
21	R.C	1047243246	JHON	ANGEL	MEJIA	ACOSTA	4	0								A															A		20		
																															TOTAL	420		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	21

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

RITA TORRES
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 ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): WENDY MARTINEZ
Código CUENTAME UDS: 130571102354
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA

Centro Zonal: CZ 13-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1002410971
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 26
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Teléfono UDS: 3001419785

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO 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	C.C	1049264048	GAILA	GABRIELA	GARCIA	GARCIA	21	8									A																A		2	3	
02	C.C	1121330949	SADITH	PAOLA	BARRIOS	BECERRA	25	2									A																A		2	0	
03	C.C	1045309368	REBECA	ESTER	CARRILLO	ESCORCIA	29	7									A																A		2	0	
04	R.C	1002409996	VIVIANA		MORALES	GUERRERO	25	9									A																A		2	0	
05	R.C	1051365681	AILANYS	CHARLOTTE	HERNANDEZ	ZAMORA	0	2									A																A		2	0	
06	R.C	1051365645	MANUEL	DAVID	VALDEZ	MARTINEZ	0	4									A																A		2	0	
07	R.C	1051365642	SALOME	DE DIOS	MATUTE	ALVAREZ	0	5									A																A		2	0	
08	R.C	1051365529	ANTONELLA		PAEZ	RODRIGUEZ	0	9									A																A		2	0	
09	R.C	1045311554	LUZ	ADRIHAINYS	CASSIANI	AGUILAR	0	10									A																A		2	0	
10	R.C	1051365476	SHADIA	NICOLLE	CASSIANI	ESCORCIA	0	11									A																A		2	0	
11	R.C	1045311539	LEAN	DAVID	CASSIANI	CASSIANI	0	11									A																A		2	0	
12	R.C	1051365449	ANA	PAOLA	MUNIVE	DE LA HOZ	1	2									A																A		2	0	
13	R.C	1051835370	JAZIEL		ARIAS	CASTELLAR	1	8									A																A		2	0	
14	R.C	1049267719	JOANYELIS	MICHELL	CONTRERAS	LEON	1	9									A																A		2	0	
15	R.C	1240299992	GREYSHA	VALERIM	ESCORCIA	UTRIA	1	11									A																A		2	0	
16	R.C	1051365201	ELIAM	DAVID	BROCHERO	CASSIANI	2	0									A																A		2	0	
17	R.C	1051365088	YORLENA		CASSIANI	GUERRERO	2	6									A																A		2	0	
18	R.C	1016122467	AYLLEN		OROZCO	CASSIANI	2	7									A																A		2	0	
19	R.C	1240699707	KIARA	CLAUDET	CERDA	ALMANZA	2	8									A																A		2	0	
20	R.C	1051364846	MIA	ISABEL	IRIARTE	MEDRANO	3	6									A																A		2	0	
																																	TOTAL		40		

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Angelica Balanta D
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

Powered by CamScanner