ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DIARIO DE ASISTENCIA JARDINES INFANTILES

| | |
|---|---|
| Código: FOR-PSS-160 | |
| Versión: 3 | |
| Fecha: Marzo 03/2017/5/0 - 24/08/2024 | |
| Página: 1 de 1 | |

Razón social de la unidad operativa: **FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA**

Operador: **JARDIN INFANTIL COFINANCIADO FANA**

Nivel: **SALA MATERNA**

Grupo: 2

Persona atención a la primera infancia: **MARTHA ISABEL RODRIGUEZ CASTRO**

Mes: **JULIO**

Año: **2025**

CONVENCIONES: A: ASISTIO D: DIGESTIVA E: ERUPTIVA N: NO MEDICAS O: OSTEOMUSCULAR P: OTRAS PATOLOGIAS MEDICAS R: RESPIRATORIA S: SUSPENDIDO EG: EGRESADO X: INASISTENCIA SIN JUSTIFICACION

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO ID | PRIMERA SEMANA | | | | | SEGUNDA SEMANA | | | | | TERCERA SEMANA | | | | | CUARTA SEMANA | | | | | QUINTA SEMANA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| 1 | CELESTE BALLESTEROS MORALES | 1028920061 | | A | A | A | A | A | A | A | A | P | P | P | P | P | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 2 | ALISSON BENAVIDES POLANCO | 1233932450 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | N | A | P | N | |
| 3 | ANDRES FELIPE CASTRO ZUÑIGA | 1019165726 | | A | A | A | A | A | A | A | A | N | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 4 | NATAN ANDRES GARZON GONZALEZ | 1031862207 | | N | N | N | N | X | N | N | N | N | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 5 | VALERIA HURTADO PAREDES | 1095324347 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 6 | EMMANUEL MENDEZ GOMEZ | 1031862266 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 7 | ZOE JULIETA MARTINEZ RIVERO | 1233932880 | | A | A | A | A | A | A | A | A | P | A | N | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 8 | ALI VICTORIA MIRANDA MANJARRES | 1233931732 | | A | P | P | P | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | N | |
| 9 | CARLOS EDUARDO PLAZA LORETO | CD 584095 | | A | A | A | N | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | N | |
| 10 | MAVIE SOFIA RODRIGUEZ MONTALVAN | 1233931904 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | 9 | 8 | 8 | 7 | 9 | 9 | 9 | 9 | 6 | 9 | 8 | 9 | 9 | | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 | 10 | 9 | 8 | |

Martha Rodriguez

FIRMA PROFESIONAL O TÉCNICA(O) A CARGO DEL GRUPO

Francia Rodriguez S.

FIRMA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA

OBSERVACIONES

15-07-2025

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Al. Victoria Milanda Manjarres |
| **Número de identificación:** | 1233937737 |

Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 1 | Yayell Dayana | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 | Yayell Dayana | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Yayell Dayana | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Angie Figueroa | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Yayell Dayana | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Emmanuel Mendez Gomez |
| **Número de identificación:** | 1031862766 |

Maternal

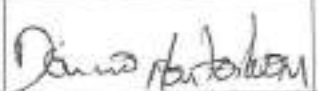
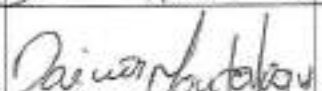
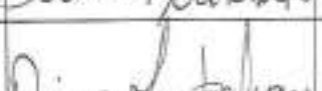
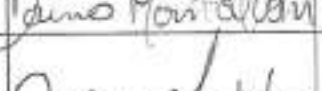
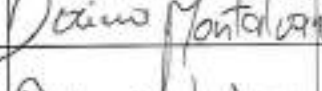
| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 |  | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Mavie Sofia Rodriguez Montalvan |
| **Número de identificación:** | 1233931904 |

Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 |  | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Celeste Ballesteros Morales |
| **Número de identificación:** | 1023920061 |

Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 | | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 4 | | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 0 | | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Valeria Hurtado Paredes |
| **Número de identificación:** | 1095324347 |

Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 | Wendy Hurtado | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 | Wendy Hurtado. | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Wendy Hurtado. | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Wendy Hurtado. | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Wendy Hurtado | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Natan Andrés Galzon Gonzalez |
| **Número de identificación:** | 1037862207 |

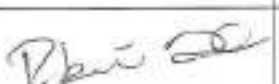
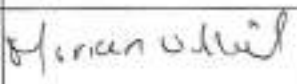
Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | Damaris Gonzalez | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 0 | Damaris Gonzalez | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Damaris G. | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Damaris G. | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Damaris G. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Andres Felipe Castro Zuñiga |
| **Número de identificación:** | 1019165728 |

Maternal

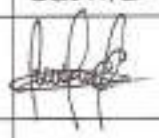
| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 |  | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Carlos Eduardo Plaza Loreto |
| **Número de identificación:** | CD 5840 95 |

Maternal

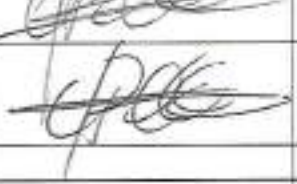
| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 3 |  | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Eduardo Sierra | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 |  | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Zoe Julieta Martinez Rivero |
| **Número de identificación:** | 1233932880 |

Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 4 |  | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 3 |  | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 |  | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 |  | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código: |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | | Fecha: mayo de 2025 |
| | | Página: 1 de 1 |

# FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
# CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
# ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Alisson Benavides Polanco |
| **Número de identificación:** | 1233932450 |

Maternal

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 | | |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 | | |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | | |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | | |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 1 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



# MATERNAL . 01-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 01-07-2025. ASISTENTES:8



MATERNAL . 03-07-2025. ASISTENTES:8




# MATERNAL . 04-07-2025. ASISTENTES:7




# MATERNAL . 07-07-2025. ASISTENTES:9




MATERNAL . 08-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 09-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 10-07-2025. ASISTENTES:9



# MATERNAL . 11-07-2025. ASISTENTES:6



MATERNAL . 14-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 15-07-2025. ASISTENTES:8



MATERNAL . 16-07-2025. ASISTENTES:9




# MATERNAL . 17-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 21-07-2025. ASISTENTES:10



# MATERNAL . 22-07-2025. ASISTENTES:10




MATERNAL . 23-07-2025. ASISTENTES:10



MATERNAL . 24-07-2025. ASISTENTES:10



MATERNAL . 25-07-2025. ASISTENTES:10



MATERNAL . 28-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 29-07-2025. ASISTENTES:10



MATERNAL . 30-07-2025. ASISTENTES:9



MATERNAL . 31-07-2025. ASISTENTES:8