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 :_____ IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT:_____ 800.164.908-8 NÚMERO DE CONTRATO:_____ 54002242025
MES:_____ MARZO AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN:_____ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN:_____ CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _NORTE DE SANTANDER_____ Centro Zonal ___ PAMPLONA Municipio: __ PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a):_____ MARIA OTILIA FERNANDEZ GARCIA CC___ 60261672
Código CUENTAME UDS:_____ 5451800129841 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención____ CDI ALEGRIA DE CRECER
Dirección UDS: _CALLE 16 A_____ Teléfono UDS: __ 324 1061066

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	RC	1094289964	BRYAN	EMILYANO	MALDONADO	LOPEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
02	RC	1094290187	OSCAR	YNNEY	JAIMES	CARVAJAL	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
03	RC	1093436979	ELIAN	GABRIELL	CAICEDO	FLOREZ	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
04	RC	1092193826	MATEO		SANTACRUZ	MESIAS	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
05	RC	1093857294	LYAN	JOHAN	GONZALEZ	CARRERO	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
06	RC	1093436911	LAUREN	SAMANTHA	DELGADO	ANTOLINEZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
07	RC	1094289826	SAMANTHA	ANTHONELLA	ESPINOZA	GARZON	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
08	RC	1094290184	ELYAN	GABRIEL	BENAVIDES	DAVILA	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A		A					17	1	
09	RC	1115750763	EDIZON	DAVID	GUERRERO	BENAVIDES	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A		A					17	1	
10	RC	1102397261	Gisell	Mariana	Angel	Lizcano	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A					18	0	
11	RC	1030052259	Neythan	Alessandro	Gomez	Ramirez	3	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	I		A	A	A		A					17	1	
12	RC	1093437038	Antonella		Ortiz	Navarro	2	11												A	A	A		A	A	A		A					7	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
																															TOTAL	202	3	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

21/03/2025
Jennifer A. Acosta T
A= 9
I= 3

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: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800.184.908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242026
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): KARINA ITZA DEL MAR GALVIS RICO CC: 60265839
Código CUENTAME UDS: 5451800129841 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI ALEGRIA DE CRECER
Dirección UDS: CALLE 16 A Teléfono UDS: 314 4870379

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	
01	RC	1181713208	ANA	PAULA	GARCIA	PISCIOTTI	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I			A	A	A			A					17	1	
02	RC	1030053750	ALAN	SANDU	ANGARITA	RAMIREZ	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I			A	A	A			A					17	1	
03	RC	1094290367	ASHLEY	IVETTE	RODRIGUEZ	ROZO	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			A					18	0	
04	RC	1094290706	EVELYN JASLIN	ANTONELA	PARADA	FERRER	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			A					18	0	
05	RC	1094290923	EMMANUEL		QUINTERO	MARQUEZ	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I			A	A	A			A					17	1	
06	RC	1093437174	LYAN	MATIAS	FLOREZ	ACEVEDO	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I			A	A	A			A					16	1	
07	RC	1102646043	MAIKER	JOHAN	RAMIREZ	REYES	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			A					18	0	
08	RC	1094291221	STEPHEN	EMMANUEL	FLOREZ	VARGAS	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			A					18	0	
09	RC	1094228057	WILSON	YESID	VARGAS	SANTOS	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I			A	A	A			A					17	1	
10	RC	1094291167	IRIS	NAYARDY	GELVEZ	ALVAREZ	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			A					18	0	
11	RC	1116879489	KYLIAM		ZAMBRANO	REYES	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A	A	A			A					18	0	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	192	5	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Karina Galvis Rico
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

21/03/2025
Jennifer A Técnico
A: 6
T: 5

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PR CIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	20/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja _ 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: _____ 800.164.908-8 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 54002242025
MES: _____ Marzo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): Kimberly Yadira Gomez CC: 1094273629
Código CUENTAME UDS: 5451800129841 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI ALEGRIA DE CRECER
Dirección UDS: CALLE 16 A Teléfono UDS: ##

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTA MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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			
01	RC	1093436630	ALEXA	FRAYERLIN	MENDEZ	BRITO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	I	A	A	A	A							17	1	
2	RC	1058978596	DANNA	ISABEL	MUÑOZ	ANACONA	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A								16	1	
3	RC	1093436677	DULCE	ANTONELLA	SANDOVAL	REYES	4	-	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
4	RC	1096315927	EMILY	GABRIELA	PARRA	PEREZ	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A								17	1	
5	RC	1093436782	IAN	SANTIAGO	ACEVEDO	MURCIA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
6	RC	1120391332	JENNY	VALENTINA	DIAZ	CARDENAS	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
7	RC	1093436398	JUAN	JOSE	SILVA	PEÑALOZA	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
8	RC	1093436432	LIAM	ADRIEL	SANTOS	SANCHEZ	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
9	RC	1093857135	LIAM	THOMAS	MONTAÑEZ	BARRERA	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
10	RC	1093436646	MANUEL	ALEJANDRO	MONTAÑEZ	VERA	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
11	RC	1239090192	NICOL	MARIANA	JAIMES	ROJAS	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A								17	1	
12	RC	1093857180	ZOE	MAILYN	SANTOS	SOLANO	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								18	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	211	4	

Verificación De Cobertura	
	0
	12
	0

COORDINADOR(A) EA

KIMBERLY GOMEZ
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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

21/03/2025
Jennifer A. Yañez
A: 8
E: 4

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: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800.164.908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): ROSA LIGIA HERNANDEZ CC: 60262047
Código CUENTAME UDS: 5,4518E+12 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI SAGRADA FAMILIA
Dirección UDS: CDI URB/SAGRADA FAMILIA Teléfono UDS: 322 8222965

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1029525286	HANNA	SALOME	MALDONADO	MATHEUS	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
02	RC	1030051759	CHRISTIAN	DANIEL	GARCIA	PEREZ	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
03	RC	1094290094	JESUS	ALEXANDER	GALVIS	LOPEZ	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	I	I		A						16	2	
04	RC	1093857302	ALISSON		CARDENAS	MANTILLA	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
05	RC	1093436986	NAZLY	CELESTE	PORTILLA	CONTRERAS	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
06	RC	1094290122	JHOAN	YESID	MALDONADO	RIVERA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
07	RC	1094227939	ASHLY	VALENTINA	ARRIETA	GALVIS	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
08	RC	1093436951	DEYLER	JHASIEL	ANAYA	TORRES	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
09	RC	1245728054	MARLON	ESTEBAN	ARANGO	CONTRERAS	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
10	RC	1093436888	SHAIRA	SALOME	CARRILLO	GARCÍA	3	5	A	A																								2		
11	R.C	1093437021	EVELYN	SAMAY	JAIMES	GAMBOA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		I	I	A		A						16	2	
12	RC	1093857267	LUIS	SANTIAGO	ORTEGA	ACEVEDO	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
13	R.C	1093436952	MELANI	NAHIARA	CRUZ	CAICEDO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
14	R.C	1093436960	YEREYMY	ALEJANDRA	GELVEZ	PABON	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
15	R.C	1093436931	BREAKER	SMITH	GAMBOA	RAMON	3	3	A	A	A	A	I	I	I	I	A	A		A	A	A		A	A	A		A						14	4	
16	R.C	1094289921	JOSETH	MATIAS	JAIMES	BARAJAS	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I		A	A	A		A						15	3	
17	R.C	1093436866	JARED	SAMARA	GOMEZ	LINDARTE	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A						18		
18	R.C	1094290286	SALOME		MONTOYA	JAIMES	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A		A	A	A		A						17	1	
19																																				
20																																				
																																TOTAL	304	12	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES.	0

COORDINADOR(A) EA

ROSA LIGIA HERNANDEZ
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800.164.908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5400224/2025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): NORA OMAIRA SIERRRA VALENCIA CC: 60263782
Código CUENTAME UDS: 5451800129871 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI SAGRADA FAMILIA
Dirección UDS: CDI URB/SAGRADA FAMILIA Teléfono UDS: 321 2618792

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	
01	RC	1093436578	EMILY	VALENTINA	GALVIS	CARDOSO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
02	RC	1093436606	DAMARA	SHAILOF	PULIDO	VILLAMIZAR	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
03	RC	1093436548	MILAN	SANTIAGO	MANTILLA	ANTELIZ	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
04	PPT	7111309	HEILY	SARAI	NARVAEZ	ARANGO	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
05	RC	1094289758	EHIKER	JHESUATH	GUTIERREZ	RAMIREZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
06	RC	1093857208	LAUREN	DAYANA	RONDON	JAIMES	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
07	RC	1091061404	LUIS	ALEJANDRO	GALVIS	PARRA	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
08	RC	1093436579	DAVID	SANTIAGO	ISIDRO	VILLAMIZAR	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
09	RC	1093436612	IKER	DAMIAN	MALDONADO	GONZALEZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
10	RC	1093436665	SHEILA	BRIGITTE	JAIMES	HERNANDEZ	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
11	RC	1094289815	LIAN	MATEO	CONDE	ARANGO	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
12	R.C	1053012893	MATEO	ANDRES	PINEDA	TORDECILLA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
13	R.C	1093436543	DANNA	JANURY	GUALY	CONTRERAS	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
14	R.C	1094289819	LIAN	EDUARDO	QUINTANA	FERNANDEZ	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
15	R.C	1094398340	CELESTE	VALENTINA	GUERRERO	BARAJAS	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
16	R.C	1093436455	EILIN	NAHIARA	ANDRADE	GAMBOA	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
17	PPT	7200760	ALISSON	JHORKELYS CAMILA	CALDERON	PIÑA	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
18	R.C	1094289771	ELAINE	SALOME	LOPEZ	HERNANDEZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
19	RC	1093436739	JEAN	CARLOS	SUAREZ	LOPEZ	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
20	SD		JESUS	DANIEL	VILLASMIL	VALERA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A		A							18	0	
																																		TOTAL	360	0	

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

COORDINADOR(A) EA

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	5/29/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: _____ 800.164.908-8 NÚMERO DE CONTRATO: __ 54002242025
MES: _____ MARZO AÑO: ___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: _NORTE DE SANTANDER_____ Centro Zonal _ PAMPLONA Municipio: _ PAMPLONA Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): EDITH BEATRIZ SEPULVEDA GALL CC__ 60265841
Código CUENTAME UDS: ___ 5451800129871
Dirección UDS: _CDI URB/SAGRADA FAMILIA_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Aten:CDI SAGRADA FAMILIA
Teléfono UDS: 316 4322638

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOL, JUEVES, VIERNES)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES			
01	PPT	8075169	SKARLETH	ISABEL	GUILLEN	BARRETO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
02	RC	1093437024	ERICK	ALEJANDRO	RANGEL	QUINTERO	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
03	PASAPORTE	1761138443	SARIANA	ANGELITH	VELANDIA	GUERRERO	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
04	PPT	8078740	ELIOMAR	JOSE	ZAMBRANO	GUILLEN	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
05	PPT	8029344	YOLMEIRYS	ANDREINA	GALVIS	GUILLEN	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
06	R.C	1094291069	LIAM	MATHEO	MORENO	ANTEQUERA	1	9	A	A	A	A	A	I	I	I	I	I		A	A	A		A	A	I			A					12	6	
07	R.C	1093057367	SHARLOTH	ABIGAIL	GELVEZ	JAIMES	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	I	I			A					16	2	
08	R.C	1094371877	EMMANUEL	JOSE	GUERRERO	BARAJAS	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
09	R.C	1094290839	AARON	ENRIQUE	MENDEZ	NIETO	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
10	RC	1093437165	ARANTH	FELIFE	MARTINEZ	JAIMES	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
11	R.C	1093437253	VALERY	SOFIA	GODOY	RAMOS	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
12	R.C	1094291233	MARIA	GABRIELA	CEDEÑO	ESCALANTE	1	6	A	A	A	A	A	I	I	I	A	A		I	A	A		A	A	A			A					13	5	
13	R.C	1093437288	LYAM	SAMUEL	CACUA	FUENTES	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
14	R.C	1093437206	ALAN	YAEL	FUENTES	SANTAFE	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
15	R.C	1053354397	NEITHAN	JAVIER	BARAJAS	ARANGO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
16	R.C	1094290376	KAREN	SALOME	VILLAMIZAR	MALDONADO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
17	R.C	1093437069	SAMUEL	ALEJANDRO	GELVES	GELVEZ	2	8	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					15	3	
18	RC	1094290313	DAVID	SANTIAGO ERIKMAR	GUTIERREZ	MENESES	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A	A	A			A					18		
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	308	16	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

EDITH SEPULVEDA G.
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 DE. SERVICIO: _____ IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: _____ 800.164.908-8 NÚMERO DE CONTRA"O: _____ 54002242025
MES: _____ MARZO AÑO: __2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ INSTITUCIONAL
SERV CIO DE ATENCIÓN: _____ CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja _ 1 de 1
Regional _NORTE DE SANTANDER_____ Centro Zonal ___ PAMPLONA Municipio: ___ PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): _____ LUDY OMAIRA CARVAJAL MORENO CC___ 60255001
Código CUENTAME UDS: _____ 5451800129879 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ CDI SOLECITOS
D rección UDS: _CRACK 3 0E BARRIO SANTA MARTA_____ Teléfono UDS: ___ 3213335356

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUAR O / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																													
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1094289626	ELIZABETH	DAYANNA	JAIMES	GELVES	4	6	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								17	1	
02	RC	10934337039	HAYLEN	VALENTINA	PARADA	PABON	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
03	RC	1094290479	IAN	STIVEN	CONTRERAS	CONDE	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
04	RC	1093436533	ISABELLA		SIERRA	MENDOZA	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
05	RC	1093437101	IKER	DAVIAN	VILLAMIZAR	ALVARADO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
06	RC	1093857268	JONATHAN	EDUARDO	SUAREZ	RINCON	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
07	PEP	1093314121	LAURA	ANALI	CACERES	CAMACHO	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
08	RC	1091452772	NICOLE	VALERIA	SUAREZ	CARVAJAL	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
09	RC	1093436939	MAXIMILIANO	LEONEL	RINCON	FLOREZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
10	RC	1092034390	ANTONI	JOSE	SUAREZ	RINCON	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
11	PEP	6268312	ARIANNA	SOFIA	JIMENEZ	PEREZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
12	RC	1093436465	DANNA	YISELA	RINCON	GONZALEZ	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
13	RC	1093436752	DYLAN	ELYAN	PARADA	RAMIREZ	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
14	RC	1093436938	EMILY	SAMAY	RINCON	EUGENIO	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
15	RC	1094289830	SAMUEL	DAVID	GAONA	CRUZ	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
16	RC	1239090677	CARLYD	ALEJANDRA	DELGADO	ROJAS	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
17	RC	1093436697	KEYLOR	DANIEL	MONTAÑEZ	GUTIERREZ	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
18	RC	1181713224	ERIC	GAEL	SOSA	CONDE	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
19	RC	1093854716	ADRIELY	SOFIA	MONTAÑEZ	JAUREGUI	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
20	RC	1054065398	JHAN	CARLOS	BUITRAGO	CAICEDO	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			A								18	0	
																																			TOTAL	35	1	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES 5 MESES ASISTENTES	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Diana Parra
COORDINADOR(A) EA

Judy Omaira Carvajal
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 ACIÓN 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: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800,164,908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (e): LUDY OMAIRA CARVAJAL MORENO CC: 60255001
Código CUENTAME UDS: 5451800129879 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI SOLECITOS
Dirección UDS: CRACK 3 0E BARRIO SANTA MARTA Teléfono UDS: 3213335356

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	RC	1094289887	ALAN	MAURICIO	MONTAÑEZ	ARBOLEDA	3	10	A	A	A	A	A	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	A						7	11	
02	RC	1094291061	ELIAS	YOSEED	ROJAS	BALZA	1	11	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	I			I	I	I							12	6	
03	RC	1094289692	MIGUEL	ARMANDO	RODRIGUEZ	RONDON	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			A					18	0	
04	RC	1093436667	Ashely	Dorangna	omaña	Pulido	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			A					16	0	
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	53	17	

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

COORDINADOR(A) EA

Ludy Omaira Carvajal 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	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): SHIRLEY GELVEZ CC 1090439491
Código CUENTAME UDS: 5451800126387 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención SENTIMIENTOS
Dirección UDS: LA UNION Teléfono UDS: 3216670801

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1157970461	MIA	LUCIANA	NUÑEZ	CABALLERO	0	4	A	A	A	A		4	0	
02	R.C	1093437440	EIMY	AZUCENA	ALBARRACIN	VERGARA	0	5	A	A	A	A		4	0	
03	R.C	1093857403	ALAN	GADIEL	SUAREZ	ACEVEDO	0	5	A	A	A	A		4	0	
04	R.C	1093437439	DARIEL		VERGARA	MOGOTOCORO	0	5	A	A	A	A		4	0	
05	SD		LUIS	ALEXANDER	PACHECO		0	10	A	A	A	A		4	0	
06	R.C	1093437334	EMILY	SAMANTA	VERGARA	MEAURY	1	3	A	A	A	A		4	0	
07	R.C	1181713266	MARIAN	CATALEYA	ALBARRACIN	VERGARA	1	4	A	A	A	A		4	0	
08	R.C	1094290821	HEIMER	YAIR	ALBARRACIN	CASTAÑEDA	2	0	A	A	A	A		4	0	
09	R.C	1093437005	MABEL	ESMERALDA	MALDONADO	VERGARA	3	0	A	A	A	A		4	0	
10	R.C	1094290154	MIA	KAILANY	VILLAMIZAR	MOGOTOCORO	3	2	A	A	A	A		4	0	
11	R.C	1093436957	MARINA	VICTORIA	MENDOZA	GOMEZ	3	2	A	A	A	A		4	0	
12	R.C	1091452768	HAISMAR	FERNANDA	MONTAÑEZ	MOGOTOCORO	3	3	A	A	A	A		4	0	
13	R.C	1093436787	ERICK	ELIAN	TOLOZA	CONTRERAS	3	9	A	A	A	A		4	0	
14	R.C	1094289912	EMMA	SOFIA	VILLAMIZAR	BARROSO	3	9	A	A	A	A		4	0	
15	R.C	1093436399	AILANI	SAMAY	SUAREZ	VERGARA	4	9	A	A	A	A		4	0	
16	R.C	1093436653	YARIANI	DAMIXA	LOPEZ	MONTAÑEZ	4	1	A	A	A	A		4	0	
17	PEP	6263632	SELEINE	YUNAY	FUENTES	PACHECO	4	10	A	A	A	A		4	0	
18	T.I	1090411691	ARLIN	YULEINE	RINCON	CARREÑO	17	4	A	A	A	A		4	0	
19	C.C	1005012076	MARIA	JOHANA	BARROSO	CABALLERO	21	5	A	A	A	A		4	0	
20																
													TOTAL	76	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Shirley Gelvez
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: _____ CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5402242025
MES: MARZO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): SHIRLEY GELVEZ CC 1090439491
Código CUENTAME UDS: 5451800126387 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SENTIMIENTOS
Dirección UDS: LA FENICIA Teléfono UDS: 3216570801

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	PPT	8081020	EDWISMAR	ISABELLA	LOZADA	CENTENO	2	3				A					A					A					A						4	0	
02	R.C	1093437163	JARED	MATEO	ESCALANTE	FIGUEROA	2	4				A					A					A					A						4	0	
03	R.C	1094290560	ITHIEL	FELIPE	FABER	CAMARGO	2	5				A					A					A					A						4	0	
04	SD		YOHANGEL	DANIEL	ROSAL	TINEO	2	9				A					A					A					A						4	0	
05	PPT	8081449	LUIS	MIGUEL	ACOSTA	ROSAL	2	11				A					A					A					A						4	0	
06	R.C	1093436999	LENNIER	ARLEY	JAIMES	VILLAMIZAR	3	0				A					A					A					A						4	0	
07	R.C	1093436965	AISLINN	ARIANDNA	JAIMES	RANGEL	3	2				A					A					A					A						4	0	
08	R.C	1094289982	ANYER	DAMIAN	DAZA	CARDENAS	3	7				A					A					A					A						4	0	
09	R.C	1094289922	LIAN	ELIECER	VILLAMIZAR	HERNANDEZ	3	8				A					A					A					A						4	0	
10	R.C	1094289778	MARLEY	SARAY	ANTOLINEZ	ALARCON	4	2				A					A					A					A						4	0	
11	PPT	8081015	ALIANNYS	ISABELLA	ASCANIO	CENTENO	4	5				A					A					A					A						4	0	
12	C.C	1091452062	YENDI	NATALI	MONTAÑEZ	ESCALANTE	19	4				A					A					A					A						4	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	48	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

Nancy Parra
COORDINADOR(A) EA

Shirley Gelvez
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: _____ CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: _ 5400242025
MES: MARZO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): SHIRLEY GELVEZ CC 1090439491
Código CUENTAME UDS: 5451800126387 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención SENTIMIENTOS
Dirección UDS: FONTIBON Teléfono UDS: 3216670801

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	1093437281	AILYN	LUCIANA	ANTOLINEZ	BAUTISTA	1	7				A					A					A					A							4	0	
02	R.C	1094290975	NICOLAS	ANDREY	JAIMES	VALBUENA	1	10				A					A					A					A							4	0	
03	R.C	1093437181	DEREK	JULIAN	VERA	MONCADA	2	2				A					A					A					A							4	0	
04	R.C	1094290674	DAMIAN	JACOB	GELVEZ	SUAREZ	2	3				A					A					A					A							4	0	
05	R.C	1094290648	LESLEY	MARIAN	CARREÑO	COTE	2	4				A					A					A					A							4	0	
06	R.C	1094290308	LAUREN	ANTONELLA	CARRILLO	SUAREZ	2	11				A					A					A					A							4	0	
07	R.C	1093436829	ZAIREY	ELIANNYS	ARBOLEDA	ORTA	3	7				A					A					A					A							4	0	
08	R.C	1093436786	JESLY	MARIAN	MONTAÑEZ	PABON	3	9				A					A					A					A							4	0	
09	R.C	1093436564	JHON	ARLEY	VERA	GRANADOS	4	4				A					A					A					A							4	0	
10	R.C	1093436571	CRISTOFER	ALEXIS	SANCHEZ	FLOREZ	4	4				A					A					A					A							4	0	
11	R.C	1093414795	EMILY	VALENTINA	LIZCANO	MORENO	4	5				A					A					A					A							4	0	
12	SD		ANDREA	CAROLINA	MARQUEZ	FERNANDEZ	16	6				A					A					A					A							4	0	
13	C.C	1094242558	JESSICA	JULIANA	RAMON	FLOREZ	20	0				A					A					A					A							4	0	
14	C.C	1005060827	ANYI	PAOLA	VERA	CASTELLANOS	22	7				A					A					A					A							4	0	
15	PPT	5065737	YOSELIN	PAOLA	SALCEDO	PEREZ	24	2				A					A					A					A							4	0	
16	C.C	1005062513	NUBIA	ROCIO	CONTRERAS	LEAL	25	2				A																						1		
17	C.C	1094280184	YULIETH	ANDREA	BARRERA	LEAL	27	6				A					A					A					A							4	0	
18	C.C	1094277686	NAILA	NATALIA PATRICIA	SANDOVAL	FLOREZ	28	6				A					A					A					A							4	0	
19	C.C	1093784491	KAROLL	MICHEL	VERA	CONTRERAS	29	3				A					A					A					A							4	0	
20	RC		GAEL	ALEJANDRO	PARADA	CONTRERAS	0	0									I					I					I								3	
																																	TOTAL	73	3	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	8

Nancy Rangel
COORDINADOR(A) EA

Shirley Gelvez
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: ___INGLESIA CENTRO CRISTIANO_____
NIT: _____900164968-8_____ NÚMERO DE CONTRATO: 540022/2025
MES: ___MARZO_____ AÑO: __2025___
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ____FAMILIAR Y COMUNITARIA_____
SERVICIO DE ATENCIÓN: ___EIH_____

IDENTIFICACIÓN
Regional: __NORTE DE SANTANDER____ Centro Zonal: ____PAMPLONA_____ Municipio: _____PAMPLONA_____
Nombre Agente Educativo (a): KEYBY SIERRA CC 1094247340
Código CUENTAME UDS: 5451880126415 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención (M NUEVA AVENTURA CHICHIRA A
Dirección UDS: CHICHIRA A Teléfono UDS: 3144275984

Hoja _1__ de __1__

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1094291428	THIAGO	ALESSANDRO	GUERRERO	RANGEL	1	1	A					A						A				A									4	0	
02	RC	1094291323	MARGARETH	PATRICIA	CAPACHO	VILLAMIZAR	1	4	A					A						A				A									4	0	
03	RC	1094290329	MARTIN	LEANDRO	LOBO	ARIAS	2	9	A					A						A				A									4	0	
04	RC	1093857247	AYLIN	SELENA	HERNANDEZ	VILLAMIZAR	3	11	A					A						A				A									4	0	
05	RC	1093437194	YONATAN	ESNEIDER	LOPEZ	MORENO	2	1	A					A						A				A									4	0	
06	RC	1094291876	DALIA DALESKA	NICOLE	GONZALEZ	ITRIAGO	0	1	A					A						A				A									4	0	
07	RC	1094291860	LIANM	GAEL	RIVERA	RANGEL	0	2	A					A						A				A									4	0	
08	RC	1093437027	EMILY	AZENETH	LEON	MOLINA	2	10	A					A						A				A									4	0	
09	CC	1091052561	YURANI	GISSELA	ARIAS	RODRIGUEZ	18	7	A					A						A				A									4	0	
10	RC	1100897925	EVERIN	DARIANA	RIVERA	LIZCANO	4	0	A					A						A				A									4	0	
11	RC	1094642407	JOSE	ANGEL	RIVERA	LIZCANO	1	10	A					A						A				A									4	0	
12	RC	1093437045	DYLAN	ALBEIRO	MENDOZA	PARRA	2	9	A					A						A				A									4	0	
13	RC	1066311316	EMMA	VICTORIA	VEGA	SANCHEZ	0	0	I					I						I				I									0	4	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	48	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Norelly Torres Pelet
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 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: INGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 900164088-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5409224025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIH

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER — Centro Zonal: PAMPLONA — Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): KEYBY SIERRA — CC 1094247340
Código CUENTAME UDS: 5451600126415 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención M NUEVA AVENTURA CHICHIRA B
Dirección UDS: CHICHIRA B — Teléfono UDS: 3144275984

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	PRIMERA: L	M	MI	J	V	SEGUNDA: L	M	MI	J	V	TERCERA: L	M	MI	J	V	CUARTA: L	M	MI	J	V	QUINTA: L	M	MI	J	V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1181713278	JUAN	JOSE	MANTILLA	MOGOLLON	1	2				A					A				A				A									4	0	
02	RC	1032516650	ROSA	LINETH	PRIETO	MORALES	1	9				A					A				A				A									4	0	
03	RC	1094289953	YORMAN	ALEJANDRO	LOPEZ	VILLAMIZAR	3	11				A					A				A				A									4	0	
04	RC	1094289998	DOMINICK	JHAMPIERT	LEAL	PARADA	3	5				A					A				A				A									4	0	
05	RC	1094290333	LIAN	DANIEL	CONTRERAS	RONDON	2	9				A					A				A				A									4	0	
06	RC	1092555505	JUAN	JOSE	CABALLERO	FLOREZ	1	4				A					A				A				A									4	0	
07	RC	1093436741	DAYLLER	NICOLAS	FONSECA	SANDOVAL	3	10				A					A				A				A									4	0	
08	RC	1115751218	DILLAN	ZABDIEL	CACERES	RIVERO	3	1				A					A				A				A									4	0	
09	RC	1094291688	MADELEYN	STHEFANY	VALENCIA	TORRES	0	6				A					A				A				A									4	0	
10	RC	1094291815	KAEL	SEBASTIAN	CARRILLO	CARVAJAL	0	3				A					A				A				A									4	0	
11	RC	1093436824	NOREYD	SALOME	CONTRERAS	BLANCO	3	8				A					A				A				A									4	0	
12	RC	1094291703	CHRISTOPHER	ALEJANDRO	QUINTANA	SIERRA	0	6				A					A				A				A									4	0	
13	RC	1094291380	NEVAEH	NAZARETH	IZAGUIRRE	BLANCO	1	3				A					A				A				A									4	0	
14	RC	1094291303	MELANY	GISELL	PEREZ	GOMEZ	1	4				A					A				A				A									4	0	
15	RC	1093437395	JORGE	LEONARDO	RODRIGUEZ	RIVERA	0	9				A					A				A				A									4	0	
16	RC	1096077456	KAREN	LISETH	VILLAMIZAR	FLOREZ	2	6				A					A				A				A									4	0	
17	RC	1093437156	MARTIN	JOSE	BARRERA	RODRIGUEZ	2	4				A					A				A				A									4	0	
18	RC	1093437456	EMILY	SALOME	VILLAMIZAR	DUARTE	0	3				A					A				A				A									4	0	
19	RC	1094290847	SAMUEL	ANDRES	DIAZ	SALAZAR	1	11				A					A				A				A									4	0	
20	RC	1092555842	ROBERTH	JARED	MARIN	VANEGAS	1	1				A					A				A				A									4	0	
																																	TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Norelly Torres Prieto
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.MC12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: INGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 900164963-6 NÚMERO DE CONTRATO: 54402242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIH

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): KEYBY SIERRA CC 1094247340
Código CUENTAME UDS: 5451800126415 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MI NUEVA AVENTURA CHICHIRA B
Dirección UDS: CHICHIRA B Teléfono UDS: 3144275984

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	RC	1094372029	JOHAN	GABRIEL	PEREZ	DELGADO	1	2				A					A					A					A														4	0	
02	CC	1127339831	ERIKA	NATHALIA	GUTIERREZ	AGUILAR	26	10				A					A					A					A														4	0	
03	CC	1094278228	LEIDI	MAYERLY	CHAPETA	GRANADOS	29	4				A					A					A					A														4	0	
04	RC	1093436815	JHEIDY	MARIAN	JAIMES	SANCHEZ	3	7				A					A					A					A														4	0	
05																																											
06																																											
07																																											
08																																											
09																																											
10																																											
11																																											
12																																											
13																																											
14																																											
15																																											
16																																											
17																																											
18																																											
19																																											
20																																											
																																								TOTAL	16	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Norelly Torres Pérez
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	29/06/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: INGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 900164808-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5402242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: BIF

IDENTIFICACIÓN
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (e): KEYBY SIERRA CC 1094247340
Código CUENTAME UDS: 5451800126415 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MI NUEVA AVENTURA NARANJO
Dirección UDS: NARANJO Teléfono UDS: 3144275884

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1094291453	DERECK	MATEO	DUQUE	COLMENARES	1	1		A					A					A					A								4	0	
02	RC	1094291141	ERICK	MATHIAS	CASTELLANOS	PRADA	1	7		A					A					A					A								4	0	
03	RC	1094553155	EIDAN	ZAMIR	CARDENAS	CAICEDO	3	6		A					A					A					A								4	0	
04	RC	1094553137	JHAKSSELL	JOSUE	TOLOZA	ACEVEDO	3	11		A					A					A					A								4	0	
05	RC	1094289961	LAURA	CAMILA	GELVEZ	CAICEDO	3	6		A					A					A					A								4	0	
06	RC	1094291853	EMMANUEL	JOSE	ORTEGA	CONTRERAS	0	2		A					A					A					A								4	0	
07	PPT	6749337	WILMARY	ISABEL	GARCIA	ZERPA	24	9		A					A					A					A								4	0	
08	RC	1094291935	DARKIEL	EMILIANO	CORONADO	GALVIS	0	0		I					I					I					I								0	4	
09	RC	1093437315	ASHLY	MARIBELLA	SANDOVAL	BECERRA	1	4		A					A					A					A								4	0	
10	RC	1094290569	ALAN	MATEO	RODRIGUEZ	CARRILLO	2	5		A					A					A					A								4	0	
11	RC	1094291194	DEILYN	VALERIA	RICO	ROJAS	2	6		A					A					A					A								4	0	
12	RC	1094291604	ANA	VICTORIA	BAUTISTA	ARCINIEGAS	0	9		A					A					A					A								4	0	
13	RC	1094290562	EYDAN	GAEL	LEAL	CHACON	2	6		A					A					A					A								4	0	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	48	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

Norelly Torres Pérez
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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : IGLECIA CENTRO CRISTIANO

NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025

MES: MARZO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: EIH SIN ARRIENDO

IDENTIFICACIÓN Hoja : 1 DE 1

Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA

Nombre Agente Educativo (a): FLOR DELAYDA RICO PARADA CC: 60260008

Código CUENTAME UDS: 5451800126533 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FAMILIAS EN PROYECTOS

Dirección UDS: VEREDA CUNUBA Teléfono UDS: 3112492861

No. de Orden	INFORMACION 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	
01	RC	1094290234	ANDERSON	DUVAN	JAUREGUI	PELAEZ	2	6	A					A								A		A									4	0	
02	RC	1093437117	ANDRES	LEONARDO	JAUREGUI	GELVEZ	2	5	A					A								A		A									4	0	
03	RC	1094290740	ANDY	SAMIR	JAUREGUI	SUAREZ	2	3	A					A								A		A									4	0	
04	RC	1093436826	ANGEL	DAYAN	SUAREZ	JAIMES	3	8	A					A								A		A									4	0	
05	RC	1093437237	BENJAMIN	JULIAN	CRUZ	PARADA	1	11	A					A								A		A									4	0	
06	RC	1093436719	BREYNER	JOHAN	RIVERA	PEÑA	4	0	A					A								A		A									4	0	
07	RC	1093436755	DYLAN	SAMUEL	GUERRERO	JAUREGUI	3	10	A					A								A		A									4	0	
08	RC	1093437285	DYLAN	SEBASTIAN	JAIMES	PABON	1	8	A					A								A		A									4	0	
09	RC	1094291608	KEVIN	DAVID	CRUZ	RICO	0	9	A					A								A		A									4	0	
10	RC	1093437389	LIAM	DANIEL	JAUREGUI	GELVEZ	0	10	A					A								A		A									4	0	
11	RC	1093436380	MILAN	ALEJANDRO	PEÑARANDA	GARCIA	4	9	A					A								A		A									4	0	
12	RC	1094290634	NELSON	LIONEL	CARRILLO	CRUZ	2	4	A					A								A		A									4	0	
13	RC	1093436486	WILSON	SANTIAGO	JAUREGUI	ACEVEDO	4	7	A					A								A		A									4	0	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	52	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MADRES GESTANTES ASISTENTES	0

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

Flor Delayda Rico
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 : IGLECIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIH SIN ARRIENDO

IDENTIFICACIÓN Hoja : 1 DE 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): FLOR DELAYDA RICO PAF CC: 60260008
Código CUENTAME UDS: 5451800126533 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FAMILIAS EN PROYECTOS
Dirección UDS: ALISOS 1 Teléfono UDS: 3112492861

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									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	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1093437333	ALAN	JHOSSUE	BARAJAS	ROJAS	1	5			A					A					A					A						4	0	
02	RC	1120394981	ALEIDY	XIOMARA	DIAZ	CARDENAS	1	2			A					A					A					A						4	0	
03	RC	1093857162	ALISON	SOFIA	RODRIGUEZ	RAMON	4	7			A					A					A					A						4	0	
04	RC	1093437472	ARIANNY	SALOME	PEÑA	JAIMES	0	2			A					A					A					A						4	0	
05	SD		CARMEN		ACOSTA	LOBATON	32	5			A					A					A					A						4	0	
06	RC	1093437375	DAHYLI	YESILETH	GALVIS	VERA	0	11			A					A					A					A						4	0	
07	RC	1094291646	DAMIAN	ADRIAN	JAIMES	VILLAMIZAR	0	8			A					A					A					A						4	0	
08	RC	1093437267	DYLAN	JOSE	ACEVEDO	RODRIGUEZ	1	9			A					A					A					A						4	0	
09	RC	1094291060	ELIAN	MATEO	CONTRERAS	JAIMES	1	10			A					A					A					A						4	0	
10	RC	1092030610	EVALUNA		HIGUERA	VILLAMIZAR	3	2			A					A					A					A						4	0	
11	RC	1253859201	JEYCOB	MATHIAS	MANTILLA	VALENCIA	0	3			A					A					A					A						4	0	
12	RC	1092032799	JULIANA	SALOME	CASTRO	GONZALEZ	2	7			A					A					A					A						4	0	
13	CC	1004820472	LEYCEE	MADELYN	VERA	HERNANDEZ	25	2			A					A					A					A						4	0	
14	CC	1004806246	MARIA	DE LOS ANGELES	LAZARO	JAIMES	22	11			A					A					A					A						4	0	
15	RC	1094291869	NASYA	ARIZBETH	ALVARADO	BARBOSA	0	2			A					A					A					A						4	0	
16	RC	1093614601	OSCAR	SAMUEL	MUÑOZ	LAGUADO	0	3			A					A					A					A						4	0	
17	RC	1094291764	SOFIA	VALENTINA	PAREDES	BASTIDAS	0	4			A					A					A					A						4	0	
18	RC	1094290906	TATIANA	ISABELLA	FLOREZ	GELVIS	1	11			A					A					A					A						4	0	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	72	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
	TOTAL MADRES GESTANTES ASISTENTES	3

Norelly Torres Prieto
COORDINADOR(A) EA

Flor Delayda Rico
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	F8.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : IGLECIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIH SIN ARRIENDO

IDENTIFICACIÓN
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): FLOR DELAYDA RICO PAF CC: 60260008
Código CUENTAME UDS: 5451800126533 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FAMILIAS EN PROYECTOS
Dirección UDS: ALISOS 2 Teléfono UDS: 3112492861

Hoja: 1 DE 1

No. de Orden	INFORMACION 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			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1093316637	ADARA	ANTONELLA	GUILLIN	JIMENEZ	1	11			A					A					A					A								4	0	
02	RC	1094290775	ADARA	ISABELLA	VELASCO	MANTILLA	2	2			A					A					A					A								4	0	
03	RC	1093857333	ALAN	RAFAEL	QUINTERO	VILLAMIZAR	2	7			A					A					A					A								4	0	
04	PPT	6791394	ANYERLY	AMANDA	RAMIREZ	ROLON	23	6			A					A																		2	0	
05	RC	1094291363	ASHLEY	PAULETT	FIERRO	CARVAJAL	1	4			A					A					A					A								4	0	
06	RC	1052419286	ASLAN	DAMIAN	QUINTERO	NIÑO	1	11			A					A					A					A								4	0	
07	RC	1094289828	BRIANNA	JASMIN	JAIMES	BARAJAS	4	1			A					A					A					A								4	0	
08	RC	1094291489	CHARLOTTE	ALAHIA	DIAZ	CONDE	1	1			A					A					A					A								4	0	
09	CC	1094269714	CHARON	SOLVEY	VILLAMIZAR	PARADA	32	5			A					A																		2	0	
10	RC	1093436767	DILAN	ISAAC	NARVAEZ	PATIÑO	3	11			A					A					A					A								4	0	
11	RC	1094291856	ENDRIK	JOEL	PINTO	BAUTISTA	0	3			A					A					A					A								4	0	
12	RC	1093437033	ELIAN	DAVID	RAMIREZ	BAUTISTA	2	11			A					A					A					A								4	0	
13	RC	1092971764	GUILLERMO		PORTILLA	VERA	1	7			A					A					A					A								4	0	
14	RC	1093437302	JHEINNER	ALEXANDER	VILLAMIZAR	MANTILLA	1	7			A					A					A					A								4	0	
15	RC	1093437070	MAXIMILIANO		TOLOZA	DELGADO	2	9			A					A					A					A								4	0	
16	RC	1094290683	MELODY	SOFIA	ROBLES	VELASCO	2	3			A					A					A					A								4	0	
17	RC	1090549094	MIA	GABRIELA	GONZALEZ	VIRAHONDA	1	5			A					A					A					A								4	0	
18	RC	1093436666	NOAH	JARETH	ALBARRACIN	DELGADO	4	1			A					A					A					A								4	0	
19	RC	1093436805	YURANY	ANJELYS	ROJAS	BARAJAS	3	9			A					A					A					A								4	0	
20	RC	1093852416	Thiago	Rafael	Quintero	Villamizar	0	1													I					I								0	2	
																																	TOTAL	74	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

Flor Delayda Rico
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	F&.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : IGLECIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIH SIN ARRIENDO

IDENTIFICACIÓN
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): FLOR DELAYDA RICO PAF CC: 60260008
Código CUENTAME UDS: 5451800126533 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FAMILIAS EN PROYECTOS
Dirección UDS: ALISOS 2 Teléfono UDS: 3112492861

Hoja : 1 DE 1

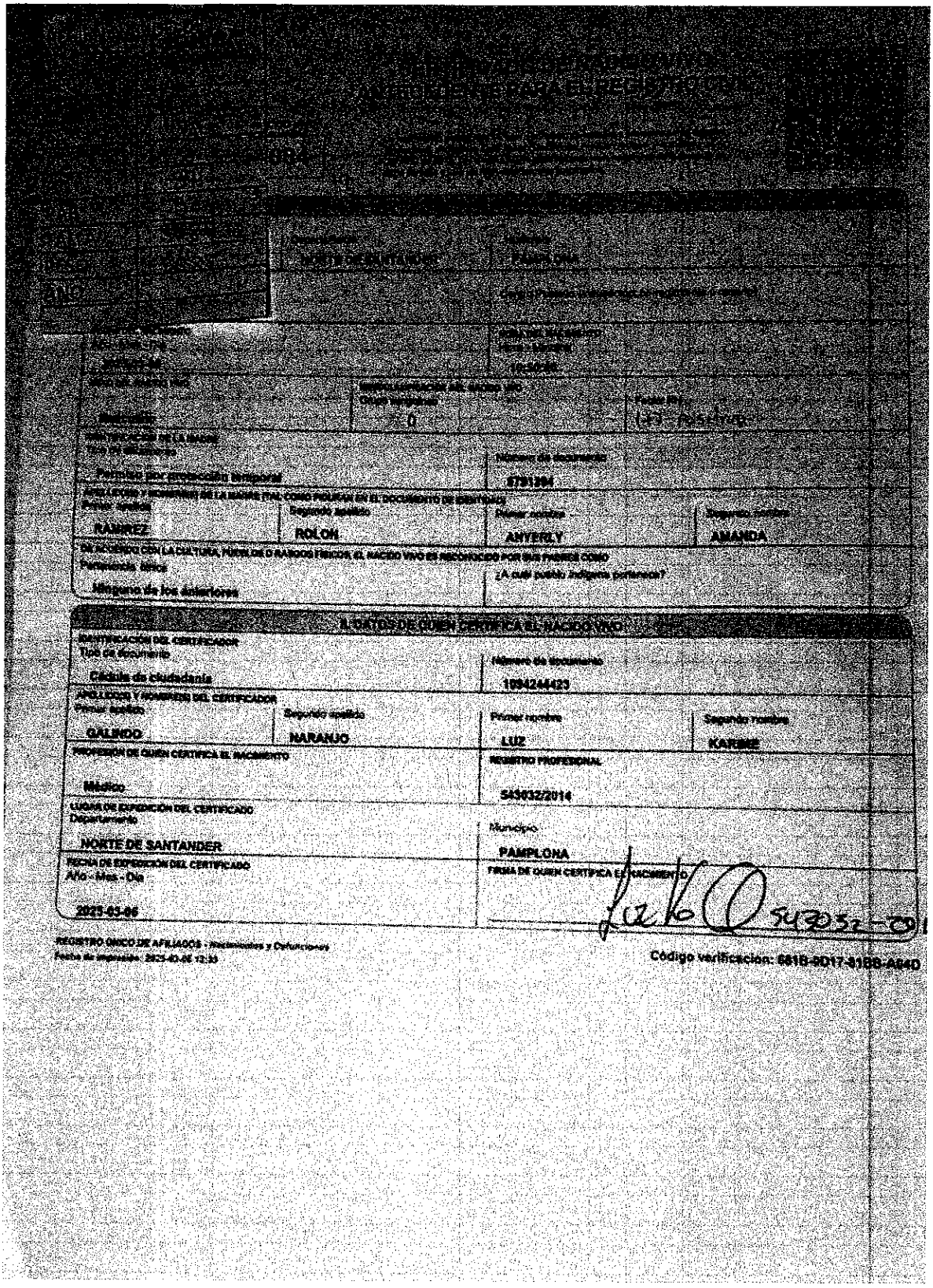
No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER 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			
01	CC		Ian	Miguel	Ramirez	Rolon.	0	0											I						I							0	2	
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	0	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MADRES GESTANTES ASISTENTES	0

Norelly Torres Peiat
COORDINADOR(A) EA

Flor Delayda Rico
RESPONSABLE DE GRUPO

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



Departamento
NORTE DE SANTANDER

Municipio
PAMPLONA

Área
Urbana

Clase de nacimiento
Hospital

Fecha de nacimiento
Año - Mes - Día
2023-03-06

Hora - Minutos
12:30

Sexo del nacido vivo
Masculino

Edad gestacional
Días completos
0

Peso (Gr)
(Gr) 2870

Tipo de documento
Pasaporte por Protección Temporal

Número de documento
8791384

Primer apellido
RAMIREZ

Segundo apellido
ROLON

Primer nombre
ANYERLY

Segundo nombre
AMANDA

Pertenencia étnica
Ninguno de los anteriores

¿A cuál pueblo indígena pertenece?

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Número de documento
1094244423

Primer apellido
CALINDO

Segundo apellido
NARANJO

Primer nombre
LUZ

Segundo nombre
KARIME

Profesión de quien certifica el nacimiento
Médico

Registro profesional
5430322014

Departamento
NORTE DE SANTANDER

Municipio
PAMPLONA

Año - Mes - Día
2023-03-06

Código verificacion: 681B-9D17-818B-A84D

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55591741

55591741

NUIP	1093857416

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					N 8 R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - PAMPLONA - NOTARIA 2 PAMPLONA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	VILLAMIZAR

Nombre(s): THIAGO RAFAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 13	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25031510084131

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VILLAMIZAR PARADA CHARON SOLVEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1094269714	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: QUINTERO CAPACHO RAFAEL ALEXIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1094264761	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUINTERO CAPACHO RAFAEL ALEXIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1094264761	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes MAR Día 19	DORELLY ROJAS FERNANDEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DORELLY ROJAS FERNANDEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: TOMO 34 F-0000109. ART. 118 LEY 1395 DE 2010:19/03/2025

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 2 PAMPLONA

ES FIEL Y EXACTA COPIA DEL ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL No. 55591741 Decreto 1260 de 1970 Artículo 115 Circular 1 de 1990 Pamplona 19 MAR 2025

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 6	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO:54002242025
MES: MARZO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EIH
SERVICIO DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): MARJORIE ALEJANDRA LINARES TOLOZA CC 60265759
Código CUENTAME UDS: 5451800126539 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención : LAZOS FAMILIARES- JURADO
Dirección UDS: VRA JURADO FINCA VILLA JULIAN Teléfono UDS: 3232892138

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)			TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES						
01	RC	1093436969	ASHLEY	VALERIA	CARVAJAL	ARIAS	3	1				4	0	
02	RC	1181713225	DAVID	ALESSANDRO	CABEZA	RUIZ	1	5				4	0	
03	RC	1094291582	EMILY	MARIANA	GELVEZ	ARREDONDO	0	10				4	0	
04	RC	1094290494	EMMANUEL	ALEJANDRO	LINARES	TOLOZA	2	6				4	0	
05	RC	1094070600	HELENA	ISABEL	MORA	ROJAS	0	10				4	0	
06	RC	1094290012	IAM	FELIPE	ARREDONDO	CARRILLO	3	10				4	0	
07	RC	1094290552	JACOB	EMILIANO	VILLEGAS	CORONA	2	3				4	0	
08	RC	1093436616	JHAYLIM	VALERIA	JAIMES	OSMA	4	2				4	0	
09	RC	1094291404	JHOSDEYBER	DUVAN	ARREDONDO	CARRILLO	1	2				4	0	
10	RC	1093436973	KAROL	VALENTINA	GELVEZ	ARREDONDO	3	5				4	0	
11	RC	1093437383	LIAM	EMANUEL	CARRERO	RUIZ	0	10				4	0	
12	RC	1222255495	MARIANGEL		ORTIZ	VILLAREAL	0	1				4	0	
13	RC	1094291676	MIA	ISABELA	AGUIRRE	CARDENAS	0	6				4	0	
14	RC	1093437121	MIA	THALIANA	CARRERO	RUIZ	2	6				4	0	
15	RC	1093436660	SOL	MARIANA	LEAL	FLOREZ	4	1				4	0	
16	RC	1093436801	YIRLEY	ANTHONELLA	RAMIREZ	PALMAR	3	9				4	0	
17	RC	1094291283	ZOE	YARETHZI	ARREDONDO	CARRILLO	1	11				4	0	
18														
19														
20														
											TOTAL	68	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	16

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

Marjorie Alejandra Linares Toloza
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 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO:54002242025
MES: MARZO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EIH
SERVICIO DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): MARJORIE ALEJANDRA LINARES TOLOZ/ CC 60265759
Código CUENTAME UDS: 5451800126539 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención : LAZOS FAMILIARES-ANMES 1
Dirección UDS: ANIMES CASA 12 Teléfono UDS: 3232892138

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	RC	1094291603	ASHEY	DANIELA	HERNANDEZ	CONDE	0	9	A					A								A			A								4	0	
02	RC	1094291411	ASHEY	EVANGELINE	PEÑA	SUAREZ	1	2	A					A								A			A								4	0	
03	RC	1093436894	CARLOS	DAVID	GUINA	CHACON	3	4	A					A								A			A								4	0	
04	RC	1093437322	DYLAN	OMAR	JAIMES	BECERRA	1	11	A					A								A			A								4	0	
05	RC	1094291572	ERICK	MIGUEL	CACUA	FIGUEROA	0	9	A					A								A			A								4	0	
06	RC	1094294445	GAEL	ALEJANDRO	GONZALES	RAMIREZ	1	1	A					A								A			A								4	0	
07	RC	1094290502	IKHER	ESTIVEN	BECERRA	BECERRA	2	6	A					A								A			A								4	0	
08	RC	1094291313	ISAIAH	EMANUEL	JAIMES	JARRO	1	5	A					A								A			A								4	0	
09	RC	1093437366	JAKE	DAMIAN	VERGARA	FLOREZ	0	11	A					A								A			A								4	0	
10	RC	1093437223	JOYNER	ISAAC	CRISTANCHO	VILLAMIZAR	1	11	A					A								A			A								4	0	
11	RC	1093437286	LEONAR	MATEO	TORRES	VILLAMIZAR	1	7	A					A								A			A								4	0	
12	RC	1094291444	LIAM	SANTIAGO	PARADA	CRUZ	1	1	A					A								A			A								4	0	
13	CC	1094282189	LUISA	FERNANDA	ROJAS	ESCALANTE	26	8	A					A								A			A								4	0	
14	RC	1097158913	MATIAS		ROJAS	ACEVEDO	0	0	I					I								I			I								0	4	
15	RC	1094291770	MICHAEL	JARED	JAIMES	VILLAMIZAR	0	4	A					A								A			A								4	0	
16	CC	1094243909	NANCY		PARRA	ACEVEDO	38	2	A					A								A			A								4	0	
17	RC	1093437338	WENDY	CRISMERLY	LEAL	MONSALVE	1	3	A					A								A			A								4	0	
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	64	4	

Verificacion De Cobertura	
[illegible]	2
[illegible]	14
[illegible]	1

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

MarjorieA Linares
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 :IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO:54002242025
MES: MARZO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EIH
SERVICIO DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): MARJORIE ALEJANDRA LINARES TOLOZA CC 60265759
Código CUENTAME UDS: 5451800126539 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención : LAZOS FAMILIARES-ANIMES 2
Dirección UDS: ANIMES CASA 12 Teléfono UDS: 3232892136

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	RC	1253858567	ALMA	SOFIA	AGUILAR	GALVIS	1	3		A					A								A			A							4	0	
02	RC	1094291195	ANIBAL	EMILIANO	CEBALLOS	RODRIGUEZ	1	6		A					A								A			A							4	0	
03	RC	1094290743	CARLOS	EMILIO	VERA	ARAQUE	2	1		A					A								A			A							4	0	
04	RC	1093437397	JOAN	SANTIAGO	BECERRA	PEÑALOZA	0	9		A					A								A			A							4	0	
05	RC	1093437384	JUAN	FELIPE	PEREZ	MENDOZA	0	11		A					A								A			A							4	0	
06	RC	1053453607	LIAM	JOSE	LOPEZ	JAIMES	1	5		A					A								A			A							4	0	
07	RC	1094290219	LIAM	YADIEL	MENDOZA	CONTRERAS	3	0		A					A								A			A							4	0	
08	RC	1244781358	MAXIMILIANO		MANDUANO	CUEVA	0	1		A					A								A			A							4	0	
09	RC	1093857324	NAEF	JULIETA	ROJAS	PARADA	2	8		A					A								A			A							4	0	
10	RC	1093437193	NASLY	YICEL	CAICEDO	JAIMES	2	1		A					A								A			A							4	0	
11	RC	1116557298	RAMSU	ISMAEL	CAMARGO	ORTIZ	4	5		A					A								A			A							4	0	
12	RC	10942900280	SARAI	NICOLL	VERA	GELVEZ	2	11		A					A								A			A							4	0	
13	CC	1090179039	TANIA	YASNEURY	SUAREZ	CARDENAS	26	4		A					A								A			A							4	0	
14	RC	1094290911	URIEL		CAMARGO	ORTIZ	1	11		A					A								A			A							4	0	
15	TI	1095804339	VALENTINA		FERNANDEZ	ROMAN	16	11		A					A																		2		
16	CC	1094240515	YISED	ALEJANDRA	SANTOS	PORTILLA	22	10		A					A								A			A							4	0	
17	RC	1095804339	Jhon	Marek	Vera	Fernandez	0	0															I			I							0	2	
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	62	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MATRICULADOS EN LA MODALIDAD	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MATRICULADOS EN LA MODALIDAD	1
	TOTAL GENERAL DE USUARIOS ASISTENTES	14

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

Marjorie A Linares Tolosa
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 :IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO:2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN ELE HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR-COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja :1de:1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): YAMILE PEÑA VERA CC: 60265257
Código CUENTAME GA: 5461800126769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: G.A ANGELITOS DE AMOR
Dirección UA: SABANETA Teléfono GA: 3116734037

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1099210471	ELIZABETH		SARMIENTO	ORTIZ	32	4	A					A					A					A										4	0	
02	RC	1094291520	IAN	SANTIAGO	VOLCANES	ACEVEDO	0	11	A					A					A					A										4	0	
03	RC	1181713299	WENDY	VALERIA	JAIMES	BURGOS	1	1	A					A					A					A										4	0	
04	RC	1101701130	JULIO	ARTURO	FLOREZ	OBREGON	1	6	A					A					A					A										4	0	
05	RC	1093437266	EMILY	ISABELLA	VERA	CONTRERAS	1	9	A					A					A					A										4	0	
06	RC	1093437261	JULIETH	ANTONELLA	JAIMES	ACEVEDO	1	9	A					A					A					A										4	0	
07	RC	1093437249	LIAM	SAMUEL	CAICEDO	MOGOTOCORO	1	10	A					A					A					A										4	0	
08	RC	1094290593	THIAGO	SAMIR	ALBARRACIN	BECERRA	2	5	A					A					A					A										4	0	
09	RC	1093437037	VALERY	ISABELLA	GELVEZ	SUAEZ	2	10	A					A					A					A										4	0	
10	RC	1093436980	ARELIS	DANIELA	JAIMES	SUAREZ	3	1	A					A					A					A										4	0	
11	RC	1093436854	HEYDER	SAMUEL	CONTRERAS	CAICEDO	3	6	A					A					A					A										4	0	
12	RC	1098833835	NOAN	GAEL	SUAREZ	CAICEDO	3	9	A					A					A					A										4	0	
13	RC	1093436683	YEISI	IVAN	GELVEZ	JAUREGUI	4	1	A					A					A					A										4	0	
14	RC	1093436549	JHOAN	ESTIVEN	SUAREZ	LEAL	4	5	A					A					A					A										4	0	
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	56	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Norelly Torres Perez
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 :IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800194908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5400224/2025
MES: MARZO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN:MODALIDAD FAMILIAR-COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja :1de:1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): YAMILE PEÑA VERA CC: 60265257
Código CUENTAME GA: 5451800126769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GA ANGELITOS DE AMOR
Dirección UA: MONTEADENTRO 1 Teléfono GA: 3118734037

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	AÑOS	MESES																									
01	CC.	1104864786	AMIRA	SOFIA	LOPEZ	ALVAREZ	36	11	A					A					A					A									4	0	
02	PPT.	5368758	ZUGEIDY	COROMOTO	ROJO	RAMIREZ	28	11	A					A					A					A									4	0	
03	RC.	1094291823	GAELD	ALEXANDER	ESPAÑA	PALENCIA	0	4	A					A					A					A									4	0	
04	RC.	1094291814	THIAGO	JOEL	MANTILLA	FERNANDEZ	0	4	A					A					A					A									4	0	
05	RC.	1093437430	GISELLE	ALEXANDRA	GAMBOA	PEÑA	0	6	A					A					A					A									4	0	
06	RC.	1094291633	IKER	DANIL	VILLAMIZAR	ROJAS	0	8	A					A					A					A									4	0	
07	RC.	1181713297	NOHA	LUCIANA	PARRA	CAÑAS	1	1	A					A					A					A									4	0	
08	RC.	1093437330	KEVIN	ESTEBAN	GOMEZ	PINZON	1	4	A					A					A					A									4	0	
09	RC	1181713263	DILAN	MATIAS	ANGEL	BUITRAGO	1	4	A					A					A					A									4	0	
10	RC	1092556333	ELIETTE	SALOME	PARADA	VERA	1	7	A					A					A					A									4	0	
11	RC	1093437279	AXEL	DAVID	CONDE	PEREZ	1	8	A					A					A					A									4	0	
12	RC	1093436963	SARAY	NATALIA	PINEDA	BAUTISTA	3	3	A					A					A					A									4	0	
13	R.C	1093857282	ELIAM	ANDRES	RIASCOS	DIAZ	3	3	A					A					A					A									4	0	
14	R.C	1093857279	OSCAR	JAVIER	VERA	LUNA	3	3	A					A					A					A									4	0	
15	R.C	1094289810	LUCIANA		MOGOTOCORO	ZABALA	4	1	A					A					A					A									4	0	
16	RC.	1093436561	EMILY	SAMARA	SANTOS	CAICEDO	4	5	A					A					A					A									4	0	
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	64	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES AS STENTES	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Norelly Torres Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5400224/2025
MES:MARZO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR-COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN Hoja :1de:1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zona: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): YAMILE PEÑA VERA CC: 60265257
Código CUENTAME GA: 5451800126769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención :G.A ANGELITOS DE AMOR
Dirección UA: MONTEADENTRO 2 Teléfono G.A: 3118734037

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	1094279258	YESICA	DANIELA	SUAREZ	MOGOLLON	27	10		A					A					A					A													4	0	
02	RC.	1093437495	YASMELI	ANTONELLA	RIVERA	PORTILLA	0	0		I					I					I					I													0	4	
03	RC.	1094291945	UAM	ISAAC	VALERO	ACUÑA	0	0		A					A					A					A													4	0	
04	RC.	1093437489	ANDRES	FELIPE	GONZALEZ	VERA	0	0		I					I					I					I													0	4	
05	RC.	1094291791	KENDRY	EMILIANO	PORTILLA	ACUÑA	0	4		A					A					A					A													4	0	
06	RC.	1093437449	AARON	GAEL	GARCIA	LOPEZ	0	4		A					A					A					A													4	0	
07	RC.	1094291674	AILANY	SAMANTHA	ANGARITA	VEGA	0	7		A					A					A					A													4	0	
08	RC.	1093437402	JULIETA		CONTRERAS	DELGADO	0	8		A					A					A					A													4	0	
09	RC.	1094291573	CRISTIAN	JOSE	DIAZ	PORTILLA	0	10		A					A					A					A													4	0	
10	RC.	1093437377	LUISA	GABRIELA	VERA	MOGOTOCORO	0	11		A					A					A					A													4	0	
11	RC.	1093857356	OLIVER	ANDRES	GARCIA	PORTILLA	2	2		A					A					A					A													4	0	
12	RC.	1093437136	YARETZI	LUCIANY	CARRILLO	PEÑA	2	6		A					A					A					A													4	0	
13	RC.	1094290497	KERIM	ELIAN	VALERO	ACUÑA	2	7		A					A					A					A													4	0	
14	RC.	1093437066	SARA	ISABELLA	SERRANO	RAMIREZ	2	9		A					A					A					A													4	0	
15	RC.	1093436958	ESMED	JULIAN	FLOREZ	CACUA	3	2		A					A					A					A													4	0	
16	RC.	1093436908	LUIS	ANGEL	GIL	OVIEDO	3	5		A					A					A					A													4	0	
17	RC.	1094289992	BRIAM	FERNEY	PEÑA	VILLAMIZAR	3	7		A					A					A					A													4	0	
18	RC.	1094289756	AXEL	DAMIAN	PORTILLA	MONTAÑEZ	4	3		A					A					A					A													4	0	
19	RC.	1094289696	OSMAN	YAIR	PORTILLA	JAIMES	4	5		A					A					A					A													4	0	
20	RC.	1093436460	DILAN	ALEJANDRO	VALERO	ACUÑA	4	7		A					A					A					A													4	0	
																																							TOTAL	72	8	

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

Norelly Tares Pérez
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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1093437495

Indicativo Serial 60808197

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría X Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código N 7 R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - PAMPLONA - NOTARIA 1 PAMPLONA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVERA	PORTILLA

Nombre(s)

YASMELI ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 04	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - PAMPLONA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25032610072559

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PORTILLA PORTILLA ALIX ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1094273236	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RIVERA GUTIERREZ VICTOR DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1094246786	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVERA GUTIERREZ VICTOR DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1094246786	Víctor J. Rivera G.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes MAR Día 14	CIRO ALFONSO CAICEDO CAMARGO Nombre y firma

CIRO ALFONSO CAICEDO CAMARGO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

60808197

CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1093437489

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60808185

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					N 7 R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - PAMPLONA - NOTARIA 1 PAMPLONA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	VERA

Nombre(s)

ANDRES FELIPE

Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025	Mes FEB	Día 14		MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - PAMPLONA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25021210051696

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: VERA ORDUÑA MARIA GABRIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1005060591	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ PORTILLA RAMON ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1005061718	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ PORTILLA RAMON ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1005061718	Ramon Andres Gonzalez P

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
	CIRO ALFONSO CAICEDO CAMARGO

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes FEB Día 19	CIRO ALFONSO CAICEDO CAMARGO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5402242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): AURA LEONOR SUESCUN GAFARO CC: 1094244514
Código CUENTAME UDS: 5451800126769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIECESITOS
Dirección UDS: EL ROSAL Teléfono UDS: 3042171004

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	R.C	1093436483	ADRIANI	VANESA	MANTILLA	JAIMES	4	6				A				A				A				A				A							4	0	
02	R.C	1181713209	AINNARA	ABIGAIL	VILLAMIZAR	CELIS	1	6				A				A				A				A				A							4	0	
03	R.C	1030052068	CRISTOPHER	JADIEL	DUARTE	MONCADA	3	2				A				A				A				A				A							4	0	
04	R.C	1093437385	EITHAN	GAEL	CABALLERO	CASTELLANOS	0	10				A				A				A				A				A							4	0	
05	R.C	1094290267	ERICK	MATHEUS	VELAZCO	PUERTO	3	7				A				A				A				A				A							4	0	
06	R.C	1094290668	EVANGELYN	SARAY	RAMIREZ	PABON	2	3				A				A				A				A				A							4	0	
07	R.C	1094290414	GIELISA	JULIETH	MENDOZA	VILLAMIZAR	2	8				A				A				A				A				A							4	0	
08	R.C	1092553832	KATHERIN	ANTONELLA	ROSAS	MOJICA	2	8				A				A				A				A				A							4	0	
09	R.C	1094291580	LIAM	ADRIAN	SALAZAR	HERNANDEZ	0	6				A				A				A				A				A							4	0	
10	R.C	1094291730	LIAM	MIGUEL	VILLAMIZAR	CAÑAS	0	5				A				A				A				A				A							4	0	
11	R.C	1094291938	LIAM	JOSUE	RIVERA	VERA	0	1				A				A				A				A				A							4	0	
12	R.C	1093613230	LUIS	ANGEL	QUINTANA	CACUA	2	5				A				A				A				A				A							4	0	
13	R.C	1094291544	MADELYNE	LUCIANA	GALVIS	ROJAS	0	10				A				A				A				A				A							4	0	
14	R.C	1093437406	MARIA	JOSE	VILLAMIZAR	CARCIA	0	8				A				A				A				A				A							4	0	
15	R.C	1094291899	REY	EMANUEL	VELAZCO	FLOREZ	0	1				A				A				A				A				A							4	0	
16	R.C	1094290774	SALOME	VALERIA	VERA	VERA	2	1				A				A				A				A				A							4	0	
17	R.C	1094291456	SIDNEY	ELIET	RODRIGUEZ	BARRERA	1	1				A				A				A				A				A							4	0	
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
																																		TOTAL	68	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 3 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 3 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Norelly Torres Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): AURA LEONOR SUESCUN GAFARO CC: 1094244514
Código CUENTAME UDS: 5451800126769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIECESITOS
Dirección UDS: CRISTO REY 1 Teléfono UDS: 3042171004

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																																TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																																		
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA															
No. de Orden	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	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1093436607	ALAN	ALEJANDRO	ANDRADE	JAIMES	4	3			A					A					A					A															4	0	
02	R.C	1093437304	CARLOS	JAVIER	RICO	PARADA	1	6			A					A					A					A															4	0	
03	R.C	1094291377	EMMANUEL	MATIAS	RODRIGUEZ	VILLAMIZAR	1	3			A					A					A					A															4	0	
04	R.C	1094069654	JAIDEN	ANDRES	PARRA	VILLAMIZAR	1	11			A					A					A					A															4	0	
05	R.C	1023052288	JHON	ALEXANDER GAEL	LEAL	RODRIGUEZ	0	8			A					A					A					A															4	0	
06	R.C	1093437280	KAITLYN	VICTORIA	SUAREZ	VALENCIA	1	7			A					A					A					A															4	0	
07	R.C	1093857331	KAILANY	ZAMARA	CEBALLOS	GARCIA	2	6			A					A					A					A															4	0	
08	C.C	1094240027	KAREN	XIOMARA	GALVIZ	HERNANDEZ	21	3			A					A					A					A															4	0	
09	R.C	1093437188	KEYVER	YETZEL	PORTILLA	FLOREZ	2	2			A					A					A					A															4	0	
10	R.C	1094290204	LIAM	EDUARDO	ARAQUE	CHACON	3	0			A					A					A					A															4	0	
11	R.C	1093437372	LISBETH	ANTONELLA	CABALLERO	QUINTANA	0	6			A					A					A					A															4	0	
12	R.C	1094291475	MAYERLY	ISABELA	CONTRERAS	HERNANDEZ	1	0			A					A					A					A															4	0	
13	R.C	1093436425	MIGUEL	ANGEL	PEREZ	ACEVEDO	4	8			A					A					A					A															4	0	
14	R.C	1094291857	THIAGO	JESUS	PABON	PEÑALOZA	0	2			A					A					A					A															4	0	
15	R.C	1094290653	SARA	NIKOL	QUINTANA	QUINTANA	2	3			A					A					A					A															4	0	
16	C.C	1005326007	YESICA	ANDREA	SANCHEZ	DAZA	23	3			A					A																									2	0	
17	SO		AITANNA	SOFIA	SANCHEZ	DAZA															I					I															0	2	
18																																											
19																																											
20																																											
21																																											
																																							TOTAL	62	2	

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:	1

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/06/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): AURA LEONOR SUESCUN GAFARO CC: 1094244514
Código CUENTAME UDS: 5451800126769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIECESITOS
Dirección UDS: CRISTO REY 2 Teléfono UDS: 3042171004

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																																
01	SD		ANGELICA		JAIMES	RAMIREZ	15	5			A					A					A					A													4	0	
02	R.C	1093437324	ASLIN	CAMILA	GUTIERREZ	PARADA	1	4			A					A					A					A													4	0	
03	R.C	1093436636	BREINNER	YAHIR	SALCEDO	VERA	4	3			A					A					A					A													4	0	
04	R.C	1094289864	BRENDA	YULIETH	SOLANO	MALDONADO	3	11			A					A					A					A													4	0	
05	R.C	1094809376	DANNA	SOPHIA	BAUTISTA	VILLAMIZAR	4	7			A					A					A					A													4	0	
06	R.C	1094291589	ERICK	SANTIAGO	VELASCO	BAUTISTA	0	10			A					A					A					A													4	0	
07	R.C	1094290714	ERIK	ALEJANDRO	MORA	PELAEZ	2	3			A					A					A					A													4	0	
08	R.C	1030055070	ESNEIDER	JONIEL	VERA	RANGEL	2	1			A					A					A					A													4	0	
09	R.C	1093437468	KAREN	DAYANA	SALAZAR	LIZARAZO	0	2			A					A					A					A													4	0	
10	R.C	1181713275	KEIDY	ZAMARA	CARVAJAL	GONZALEZ	1	3			A					A					A					A													4	0	
11	R.C	1094291636	KLEYBER	OMAR	MORA	PELAEZ	0	8			A					A					A					A													4	0	
12	R.C	1093437034	LISBETH	CAROLINA	SUAREZ	SUAREZ	2	11			A					A					A					A													4	0	
13	R.C	1094291561	MAITE	SALOME	GUTIERREZ	PINTO	0	10			A					A					A					A													4	0	
14	R.C	1094291679	MATIAS		JAIMES	PABON	0	6			A					A					A					A													4	0	
15	R.C	1094291001	MILEIDY	YURLEY	CONTRERAS	MORENO	1	10			A					A					A					A													4	0	
16	C.C	1005061089	MONICA	TATIANA	GUTIERREZ	PARADA	22	6			A					A					A					A													4	0	
17	R.C	1026309806	ZOE	ALEXANDRA	GARCIA	ANDRADE	3	9			A					A					A					A													4	0	
18																																									
19																																									
20																																									
21																																									
																																					TOTAL		68	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 3 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 3 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Norelly Torres Pérez
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	29/08/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800184908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): INGRID Y. ANTELIZ CC. 1094270790
Código CUENTAME UDS: 5451800126771 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: G.A GRAN CORAZON
Dirección Uds: U.A VEREDA CIMITARIGUA Teléfono UDS: 3144181394

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	RC	1094290488	BRINYD	DARIANA	GARCIA	LEAL	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
02	RC	1093436680	DANNA	ZULEY	HERNANDEZ	ALBARRACIN	4	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
03	RC	1094290854	ADRIAN	ESNEYDER	CARRILLO	GUTIERREZ	1	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
04	RC	1094289856	EVELYNN	ALEXANDRA	BECERRA	GELVES	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
05	RC	1093436551	DEIVY	YONEYDER	FERRER	GELVES	4	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
06	RC	1093437276	HEIDY	CHARIT	FERRER	GELVES	1	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
07	RC	1093437358	GISELLE	VALENTINA	BECERRA	GELVES	1	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
08	RC	1093437314	MIA	CELESTE	JAIMES	MONTES	1	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
09	RC	1094291067	ALAN	STIVEN	ALBARRACIN	JAIMES	1	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
10	RC	1094291151	MARYURI	JIMENA	PABON	SIERRA	1	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
11	RC	1244780056	AILEEN	TATIANA	VILLAMIZAR	JAUREGUI	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
12	RC	1206230539	SHADDAI	JIRETH	BECERRA	SOÑE	0	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
13	RC	1093437227	EVELIN	MARIANA	ACEVEDO	ALBARRACIN	1	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
14	RC	1093857407	LIAM	GAEL	GELVEZ	CARREÑO	0	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
15	RC	1093436441	IVAR	ZAIDTH	CRUZ	JAUREGUI	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
16	CC	1005011683	DIOCELINA		ALBARRACIN	GALVIS	21	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
17	RC	1093437448	ARELYS	ANDREA	HERNANDEZ	ALBARRACIN	0	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
18	RC	1093436784	CRISTIAN	FERNEY	HERNANDEZ	LIZCANO	3	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
19	RC	1093436747	RAFAEL	JOSHUA	MORA	GAIBAO	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
20	RC	1094291003	HALIA	SAYLETH	MORA	GAIBAO	1	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		4	0	
													TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura		
	[illegible]	2
	[illegible]	17
	[illegible]	1

Novelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

INGRID Y. ANTELIZ
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: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800184908-8 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): INGRID Y. ANTELIZ CC. 1094270790
Código CUENTAME UDS: 5451800126771 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: G.A GRAN CORAZON
Dirección Uds: U.A VEREDA CIMITARIGUA Teléfono UDS: 3144181394

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1092556839	MELANY	SOFIA	CRUZ	SIERRA	0	0		I				I					I					I									0	4	
02	CC	1005062072	LUZ	DARY	GELVEZ	ROZO	23	11		A				A					A					A									4	0	
03	CC	1094282542	KAREN	YARITH	LEAL	MONTES	26	6		A				A					A					A									4	0	
04	CC	1094266237	LUZ	MARINA	FERRER	CONTRERAS	34	2		A				A					A					A									4	0	
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	12	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

INGRID Y. ANTELIZ
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: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-9 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal: PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): INGRID Y. ANTELIZ CC. 1094270790
Código CUENTAME UDS: 5451800126771 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: G.A GRAN CORAZON
Dirección Uds: U.A VEREDA SANTA ANA Teléfono UDS: 3144181394

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1093436825	ANGEL	GABRIEL	VILLAMIZAR	ARIAS	3	7				A					A					A					A							4	0	
02	RC	1094289923	ANDREA	ESTEFANIA	FLOREZ	VILLAMIZAR	3	8				A					A					A					A							4	0	
03	RC	1093436305	ANDREA	LILIANA	JAIMES	SUAREZ	4	10				A					A					A					A							4	0	
04	RC	1094290825	YEINER	ALEXIS	JAIMES	SUAREZ	2	0				A					A					A					A							4	0	
05	RC	1094291049	CHLOE	ALANNA	QUINTANA	MALDONADO	1	9				A					A					A					A							4	0	
06	RC	1093437275	KALETH	YERAY	PARRA	ACEVEDO	1	8				A					A					A					A							4	0	
07	RC	1094291936	ALAN	YAEL	FLOREZ	VILLAMIZAR	0	0				I					I					I					I							0	4	
08	RC	1093857132	MARIA	MARLEN	PARRA	CRUZ	4	7				A					A					A					A							4	0	
09	RC	1093437059	LUIS	ORLANDO	PARRA	CRUZ	2	9				A					A					A					A							4	0	
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	32	4	

Verificación De Cobertura	
[illegible]	1
[illegible]	8
[illegible]	0

Novelly Torres Perez
COORDINADOR(A) EA

INGRID Y. ANTELIZ
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 6	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: IGLESIA CENTRO CRISTIANO
NIT: 800164908-9 NÚMERO DE CONTRATO: 54002242025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: NORTE DE SANTANDER Centro Zonal PAMPLONA Municipio: PAMPLONA
Nombre Agente Educativo (a): INGRID Y. ANTELIZ CC. 1094270790
Código CUENTAME UDS: 5451800126771 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención G.A GRAN CORAZON
Dirección Uds: U.A VEREDA SAN MIGUEL Teléfono UDS: 3144181394

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				
01	RC	1093857169	CLAUDIA	VIVIANA	SUAREZ	PARRA	4	6			A					A					A					A									4	0	
02	RC	1094289967	DAYANA	LISETH	ACEVEDO	GELVEZ	3	6			A					A					A					A									4	0	
03	RC	1093437347	ANA	LUCIA	OCHOA	GELVEZ	1	2			A					A					A					A									4	0	
04	RC	1093437140	YINETH	MARIANA	LEAL	PARRA	2	5			A					A					A					A									4	0	
05	RC	1093857104	JAMES	GABRIEL	CONTRERAS	LEAL	4	9			A					A					A					A									4	0	
06	RC	1094291779	MARLON	JESUATH	CONTRERAS	LEAL	0	4			A					A					A					A									4	0	
07	RC	1094290064	JEIMY	ALEXANDRA	DIAZ	CONTRERAS	3	4			A					A					A					A									4	0	
08	RC	1094290848	JILBER	HADRIEL	DIAZ	CONTRERAS	1	11			A					A					A					A									4	0	
09	RC	1094290595	YESID	ALEXANDER	CONTRERAS	JAIMES	2	4			A					A					A					A									4	0	
10	RC	1181713230	OLIVER	YESID	MENESES	VALLE	1	5			A					A					A					A									4	0	
11	RC	1093436501	BERSI	LILIANA	MENDOZA	ACEVEDO	4	6			A					A					A					A									4	0	
12	RC	1093857344	MARIAM	SOPHIA	FERNANDEZ	MUJICA	2	3			A					A					A					A									4	0	
13	RC	1093857119	YEINER	ARLEY	FERNANDEZ	MUJICA	4	8			A					A					A					A									4	0	
14	RC	1094291493	DEIVER	STIVEN	SUAREZ	CONTRERAS	0	11			A					A					A					A									4	0	
15	RC	1094291498	LIAM	AXEL	SUAREZ	BECERRA	0	11			A					A					A					A									4	0	
16	RC	1093437164	DAILIN	DAYANA	GELVEZ	RAMIREZ	2	3			A					A					A					A									4	0	
17	RC	1093437060	MARIA	TANIA YARTZI	RINCON	RAMIREZ	2	9			A					A					A					A									4	0	
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	68	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A DOS (2) AÑOS ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS (2) AÑOS ASISTENTES	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Norelly Torres Pérez
COORDINADOR(A) EA

INGRID Y. ANTELIZ
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