BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA
NIT: 900192801 NÚMERO DE CONTRATO: 41007002024
MES: OCTUBRE NÚMERO DE CONTRATO: 41007002024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de _____
Regional: HUILA Centro Zonal PITALITO Municipio: SALADOBLANCO
Nombre Agente Educativo (a): BLANCA NIDIA MUÑOZ GARCES CC 55148627
Código CUENTAME UDS: 4166000023222 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ALICIA EN EL PAIS DE LAS MARAVILLAS
Dirección UDS: VEREDA PRIMAVERA Teléfono UDS: 3209555619

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	1081734984	ANGELA		GARCES	AVENDAÑO	4	1			A	A	A						F	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	6	14	1	
02	RC	1081734859	DANI	BRIYIT	MUÑOZ	MALES	4	7			A	A	A						E	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	A	A	R	15		
03	RC	1081735131	EMILY	ARIADNA	CRIOLLO	FORERO	3	6			A	A	A						S	A	A	A	I	I	A	I	A	A	I	A	A	U	12	3	
04	RC	1124870689	GAEL	MATHIAS	BECERRA	MORALES	1	7			A	A	A						T	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	A	A	P	15		
05	RC	1058979076	IAN	ALEXANDER	VIANA	INCHIMA	3	1			I	A	A						I	A	A	A	A	T	A	A	A	A	A	A	A	O	14	1	
06	RC	1081735391	LIZBETH	GABRIELA	TRUJILLO	MORALES	2	1			A	A	A						V	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	A	A	D	15		
07	RC	1081734903	MAILEN	ROCIO	VIVEROS	RODRIGUEZ	4	4			A	A	A						O	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A	A	E	15		
08	RC	1081734806	SARA	STEFANIA	GARCES	PEREZ	4	10			A	A	A							A	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A	A	E	15		
09																								I											
10																								A											
11																								T											
12																								E											
13																								C											
																																TOTAL	115	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	8
	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