BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264400100087602
Código web: U0uvpLIF6LTP69SKFUMOD/IzMHk=
Radicador: MARIA DEL TRANSITO SILVA CETINA
Fecha: 2026-05-05 08:37
Folios: 12
Remitente: FUNDEHI CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL
Clasificada
Destino: Centro Zonal Soacha (Cundinamarca)

FUNDEH

Fundación para el Desarrollo Humano Integral

Responsabilidad Social en Familia

NIT 900112753-3

Soacha 4 de Mayo de 2026

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
CECILIA DE LA FUENTE LLERAS
Atn, Dra : AIDA MARCELA LEON
Coordinadora del centro Zonal Soacha

REF: RADICAR REGISTRO DE ASISTENCIA MES DE ABRIL DE 2026

Respetados señores:
Con la presente, CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUNDEHI con Nit 900.112.753 estamos radicando los formatos de ASISTENCIA correspondiente al mes de ABRIL DEL 2026 para el contrato 25009422025

- **Adjuntamos 11 folios**

Cordialmente

ALBA MARINA PINTO
CEL 3208591394
COORDINADORA
E mail: fundehicoordi20092022@gmail.com

copia

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUNDE | IDENTIFICACIÓN | Hoja 1 de 2

NIT: 900112763 | NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025 | Regional: CUNDINAMARCA | Centro Zonal SOACHA X | Municipio: SOACHA

MES: ABRIL 2026 | Nombre Agente Educativo (a): MIREYA MONTOYA | CC 5 2 3 7 4 7 1 1

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL | Código CUENTAME UDS: 2575400101834 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FUNDEHI

SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI | Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO | Teléfono UDS: 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	SEGUNDA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	TERCERA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	CUARTA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	QUINTA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1012478816	AARON	STIVEN	OSPINA	CAPERA	2	11		A A A A A	A A A A A	A I A A	A A A A	17	1	
02	RC	1242692394	DAYELIN	SOFIA	SARABIA	SANCHEZ	3	2		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
03	RC	1171714365	EYLIN	MARIANA	TOVAR	ARCON	2	10		A A A A A	A A I I A	A I A A	A A A A	15	3	
04	RC	1074833570	EIMY	GABRIELA	GONZALEZ	GARCIA	3	0		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
05	RC	1171714281	ELIAN	ISAAC	COLMENAREZ	NUÑEZ	2	11		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
06	RC	1146151872	JHEIDAN	FELIPE	ALARCON	PALACIO	2	11		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
07	RC	1171714362	JOSHUA	STIVEN	OBANDO	BAQUERO	2	10		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
08	RC	1146151871	JOSTHIN	SANTIAGO	ALARCON	GOMEZ	2	11		A A A A A	A A A I A	A A A A	A A A A	17	1	
09	RC	1171714257	MARIA	ANTONELLA	JIMENEZ	ACOSTA	3	0		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
10	RC	1171714358	MARIAN	ANYELIN	PAZ	ANGULO	2	10		A A A A A	A A A I A	A A A A	A A A A	17	1	
11	RC	1141382095	MIA	SAMANTHA	TAPIERO	TAPIERO	3	1		A A A A A	A A A A A	A A A A	I I I I	14	4	
12	RC	1033834761	YULIAN	GONZALO	GUTIERREZ	BUSTAMANTE	3	1		A A A A A	A A A I A	A A A A	A A A A	17	1	
13	RC	1028703470	ABBY	ZHAMARA	ORTIZ	PRIETO	3	2		A A A A A	A A I I A	I I A A	A A A A	14	4	
14	RC	1074833160	ALAN	SANTIAGO	GIL	VARELA	3	6		A A A A A	I A A A A	A A A A	A A A A	17	1	
15	RC	1242692512	CLAUDIA	LUCIA	RODRIGUEZ	DUARTE	3	8		I I I I I	I I I I I			8	10	D
16	RC	1108836672	ANGEL	DAVID	ACOSTA	LUGO	3	1		A A A I I	A A A A A	A A A A	A A A A	16	2	
17	RC	1245080191	LUIS	SANTIAGO	VEGA	BARRAGAN	3	5		A A A A A	A A I I A	A A A A	A A A A	16	2	
18	RC	1023993328	LUCIANA		TORDECILLA	PADILLA	2	8		I I I I I	I I I I			0	9	V
19	RC	1171713684	OSCAR	SANTIAGO	ARANGO	MARTINEZ	3	10		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
20	RC	1076926937	ARIANNYS	GUADALUPE	GARCIA	PEREZ	3	3		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	18	0	
													TOTAL	304	39	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Mireya Montoya Macias
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

16/04/2026

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 SE CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO IN — IDENTIFICACIÓN — Hoja 2 de 2

NIT: 900112753 — NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025
MES: ABRIL — 2026

Regional: CUNDINAMARCA — Centro Zonal SOACHA — X — Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): MIREYA MONTOYA — CC 5 2 3 7 4 7 1 1

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCION: CDI

Código CUENTAME UDS: 2575400101894 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FUNDEHI
Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO — Teléfono UDS: 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIA	
									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	1020852265	VICTORIA		FONSECA	MUÑOZ	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		19	0	
02	RC	1242692681	LUIS	DANIEL	MENA	PALACIOS	2	10						A	A	A	A	I	A	I	A	A	I		A	A	I	I		A	A	A	A		13	5	
03	RC	1043035945	Andry	Yulieth	Dominguez	Ramirez	3	0						-	-	-	-	-	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		13	0	
04	RC	1078340121	Ares.	Yimna Siobhan	Garay	Heredia	2	5											-	-		A	A		A	A	A	I		A	A	A	A		4	1	
05																																					
06																																					
07																																					
08																																					
09																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	53	6	

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

16/04/2026

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUND
NIT: 900112753 NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025
MES: ABRIL 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal: SOACHA X Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): ANA MILENA GALEANO CC 1 0 3 2 3 5 6 6 9 4
Código CUENTAME UDS: 2575400101694 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FUNDEHI
Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO Teléfono UDS: 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1108836665	DAVID	SANTIAGO	CASTRO	SOACHE	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	I	A		16	2	
02	RC	1024616364	EITHAN	ESTIVEN	SANDOVAL	SANCHEZ	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	I	I		15	3	
03	RC	1206228305	ELIAS	ITHIEL	CORONADO	ALVAREZ	3	9						A	A	A	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A	A		A	A	I	I		9	9	
04	RC	1243763616	HELLEN	DANIELA	HOYOS	LOSADA	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
05	RC	1141380408	HEYLEN	SALOME	VASQUEZ	GUTIERREZ	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
06	RC	1243763756	JACKSON		MORENO	BELTRAN	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
07	RC	1032515292	LIAM	JOSUE	PERICAGUAN	ORTIZ	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
08	RC	1043036086	LUCIANA	MARIA	CARRILLO	MENDOZA	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A		17	1	
09	RC	1013700133	MIA	CELESTE	SANTANA	CARDENAS	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
10	RC	1033831744	YEIDREN	JANNICK	PALACIOS	MATURANA	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
11	RC	1242691760	YEIMY	ALEXANDRA	MUNEVAR	BANGUERA	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
12	RC	1171713934	ZOE	DAHIAN	RAMIREZ	HERNANDEZ	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
13	RC	1171713879	YHOJANNYS	SOPHIA	ACOSTA	YEGRES	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A	I		16	2	
14	RC	1141381406	ALISSON	JULIETH	DELGADO	VELASQUEZ	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A	A		16	2	
15	RC	1012477699	EVELYN	THALIANA	SIERRA	TAPIERO	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A		17	1	
16	RC	1251708010	VICTORIA		CARDOZO	HERRERA	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
17	RC	1206229404	KYILIAM	STEVEN	DIAZ	MINA	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
18	RC	1024613909	ANYELA	DAYLIN	CRUZ	ARENAS	3	6						A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	I		16	2	
19	RC	1171713934	IAM	ANDRES	VILLAMIL	LOPEZ	3	6						A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		17	1	
20	RC	1171713994	DAINERYS	ESTHER	GUERRERO	GUERRERO	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I	I		14	4	
																															TOTAL		333	27	

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

COORDINADOR(A) EA

Ana milena Galeano 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

16/04/2026.

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 S: CORPORACION PARA EL DESARROLLO
NIT: 900112753 NÚMERO DE CONTR/ 25009422025
MES: ABRIL 2026
MODALIDAD DE ATENCION: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal SOACHA X Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo ANA MILENA GALEANO CC 1 0 3 2 3 5 6 6 9 4
Código CUENTAME UDS: 2575400101894 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CDI FUNDEHI
Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO Teléfono UDS: 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

Hoja 2 2

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	ASISTENCIAS	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1073728277	ASHLYN	ITALYERZI	TACUMA	IBARRA	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
02																																			
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	18		

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

Ana Milena Galeano G
COORDINADOR(A) EA

Ana milena Galeano 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

16/04/2026.

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: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FU
NIT: 900112753 NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025
MES: ABRIL 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal SOACHA X Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA CASTILLO CC 2 0 8 9 7 0 1 5
Código CUENTAME UDS: 2575400101894,00 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CDI FUNDEHI
Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO Teléfono UDS: 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1106794838	ABBIE	MAILEN	CRUZ	LOPEZ	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
02	RC	1028846785	AARON	JEROME	FIQUE	ESPINOSA	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
03	RC	1242692943	BRIANA	ANTONELLA	SILVA	PIASPAN	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	15	3	
04	RC	1242693814	GIAN	CARLOS	OYOLA	RODRIGUEZ	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
05	RC	1300422240	JOEL	JOSE	OÑATE	LOPEZ	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I	I	I		12	6	
06	RC	1034794606	LIA		VARGAS	TAPIERO	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
07	RC	1242693054	LIAM	DANIEL	DAVILA	TORRES	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	15	3	
08	ANM	241120231786	LIAM	JESUS	MOYA	GUERRA	2	4						A	A	A	I	I	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	6	
09	RC	1024617733	LUCIANA		SILVA	RUEDA	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
10	RC	1033833542	LUIS	ISMAEL	BARREIRO	COLORADO	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
11	RC	1024617406	MADDY	SALOME	ARIAS	BAQUERO	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
12	RC	1141915899	MARIA	SALOME	OSORIO	DELGADO	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
13	RC	1024618707	MAYRELIS		GUETTE	BARRERA	2	7						A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	16	2	
14	RC	1012480141	NAYELY	SOFIA	ARIZA	LOPEZ	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
15	RC	1242692942	SALOME	LUCIANA	SILVA	PIASPAN	2	8						A	A	A	A	A	I	I	I	I	A	A	A	A	A	A	I	I	I	11	7	
16	RC	1251708189	SAMANTHA		VIVEROS	MAYORGA	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
17	RC	1032946633	TIARET	IRIS	MORENO	BELTRAN	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
18	RC	1074834265	LIANNA	SAMANTHA	MURILLO	LINARES	2	3						I	I	I	I	I	I	I												0	7	✓
19	ANM	0402202434	KEYNERTH	DAVID	GIL	GOMEZ	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
20	RC	1171714459	MATHIAS	DAVID	MANAMA	BARRERA	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	I	I	A	I	I	12	6	
																															TOTAL	209	40	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Sandra Patricia Castillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

16/04/2026

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD /.....PORACION PARA EL DESARROLLO HUM | IDENTIFICACIÓN | Hoja ___ 2 2

NIT: ____ 900112753 | NÚMERO DE CONTRA 25009422025 | Regional: _____ CUNDINAMARCA | Centro Zonal _____ SOACHA X | Municipio: _____ SOACHA

MES: ____ ABRIL | 2026 | Nombre Agente Educ: SANDRA CASTILLO | CC_ 2 0 8 9 7 0 1 5

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _ INSTITUCIONAL | Código CUENTAME U 2575400101894,00 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ CDI FUNDEHI

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUA		
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1069180222	MIA	AINARA	ABRIL	TRUJILLO	2	3						A	I	I	I	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	I	A				13	5	
02	RC	1242693118	MARIA	ANTONELLA	GOMEZ	SALINAS	2	6						A	A	A	I	A	A	I	A	A	I	A	A	I	I		A	I	I	I				10	8	
03	RC	1124567328	PAULA	ELENA	LARA	FERNANDEZ	2	0						-	-	-	-	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I	I				10	4	
04																																						
05																																						
06																																						
07																																						
08																																						
09																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																			TOTAL	33	17	

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

Alle. Mercurio Fuquito — COORDINADOR(A) EA

Sandra Patricia Castillo. — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

16/04/2026.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP | Versión 1 | 28/08/2025 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUND
NIT: _____ 900112753
MES: _____ ABRIL
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ CDI

NÚMERO DE CONTRATO: _____ 25009462025
2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ CUNDINAMARCA Centro Zonal _____ SOACHA X Municipio: _____ SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): _____ ANA GLADYS URIBE CC_____ 5 2 2 0 4 8 6 2
Código CUENTAME UDS: _____ 2575400101894 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ CDI FUNDEHI
Dirección UDS: _____ CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO Teléfono UDS: ___3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

Hoja _ 1 2

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1034405383	ANGEL	DAVID	GOMEZ	PEREZ	4	5			0	6	D
02	RC	1021319567	LYAN	ANDRES	CASTILLA	LUGO	4	0			18	0	
03	RC	1023422015	CRISTOPHER		ASPRILLA	PALACIOS	4	2			18	0	
04	RC	1074831969	AYELEN	ISABEL	TERAN	GUACHON	4	4			18	0	
05	RC	1024611987	HEIDI		LEON	SEPULVEDA	4	5			18	0	
06	RC	1013698104	HELIETH	ARIANNA	PEREA	MATURANA	4	8			18	0	
07	RC	1242691031	EMILY	YULITZA	MORA	YULE	4	6			18	0	
08	RC	1023422081	CALEB	JOSUE	MURCIA	GUTIERREZ	4	3			17	1	
09	RC	1024612239	IAN	ANDRES	QUESADA	MORENO	4	7			18	0	
10	RC	1073727713	TEILOR	GAEL	MORENO	PINZON	3	9			18	0	
11	RC	1072679090	AILEEN	SALOME	HERNANDEZ	MEJIA	4	5			17	1	
12	RC	1023421026	HELLEN	VALENTINA	CASTRO	SOACHE	4	9			16	2	
13	RC	1246948011	DILAN	DAVID	VILLADIEGO	VILLAR	3	11			18	0	
14	RC	1055964251	YOSELIN	LIZETH	VARGAS	GAMBA	4	4			18	0	
15	RC	1251708608	MIA	LUCIANA	CASTAÑO	MARTINEZ	3	10			18	0	
16	RC	1073727413	ARIANA	ELENA	BENZAQUEN	SILVA	4	3			18	0	
17	RC	1074831040	TANIA	MICHEL	RUIZ	SANTANA	4	11			18	0	
18	RC	1024612643	SARAY	MARIA	RAMIREZ	SALAS	4	2			18	0	
19	RC	1020010226	TOMAS	MIULER	PEREZ	AVILA	5	0			18	0	
20	RC	1065683015	NORERQUIS	SOFIA	ALVAREZ	CHIRINOS	4	5			18	0	
										TOTAL	338	10	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Ana Uribe
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

16/04/2026

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: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTE | IDENTIFICACIÓN | Hoja 1 2

NIT: 900112753 | NÚMERO DE CONTRATO: 25009462025

MES: ABRIL | 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

Regional: CUNDINAMARCA | Centro Zonal SOACHA X | Municipio: SOACHA

Nombre Agente Educativo (a) ANA GLADYS URIBE | CC 5 2 2 0 4 8 6 2

Código CUENTAME UDS: 2575400101894 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CDI FUNDEHI

Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO | Teléfono UDS: 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																													
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA								
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																														
01	RC	1074832282	ASHLEY	CRISTIN	GONZALEZ	MERA	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A		17	1	
02	RC	1074833066	Derly	Yuverli	Parra	Reyes.	3	8																								A		1	0	
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	18	1	

Verificación De Cobertura D		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	2
	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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

18/04/2026

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: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUND
NIT: 900112753
NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025
MES: ABRIL
2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA
Centro Zonal: SOACHA X
Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY LUCIA BADILLO
CC 1073714516
Código CUENTAME UDS: 2575400101894
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FUNDEHI
Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO
Teléfono UDS: 3208591394

Hoja 1 2

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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1242691037	EVELYN	VALERIA	AGUDELO	BENITEZ	4	5	A A A A A / A A A I I / I I I A / A A A A		13	5	
02	RC	1118476041	DAYANNA		JARAMILLO	PERDOMO	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
03	RC	1073727260	JHON	ALEXANDER	ARIAS	ORDUZ	4	3	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
04	RC	1023421619	MYLAN	VALENTIN	PALOMINO	CAUSIL	4	5	A A I A A / A A A I A / A A A A / A A A A		17	1	
05	RC	1074832665	ASHLY	LUCIA	CIRO	CASTELLANOS	3	10	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
06	RC	1073727312	BRIANNA	NAOMI	DIAZ	MINA	4	2	A A A A A / A I A A A / A A A A / A A A A		17	1	
07	RC	1023421997	JOEL	ALEJANDRO	DUCUARA	AGUJA	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
08	RC	1032946290	DANIEL		CARDONA	GONZALEZ	4	9	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
09	RC	1242691169	JOSUE	DAVID	JIMENEZ	ATENCIO	4	4	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
10	RC	1243761772	EMILY	CHARLOTTE	MONTEALEGRE	LOPEZ	4	4	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
11	RC	1171713278	BRAYAN	JOSE	GUETTE	MARIMON	4	7	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
12	RC	1074832607	VICTORIA	SANAY	RODRIGUEZ	BARRIO	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
13	RC	1011261944	JHON	DAVID	GUTIERREZ	MARIN	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
14	RC	1024612654	YESLIN	SOFIA	PAVA	MENDOZA	4	5	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
15	RC	1233520585	DANIEL	SANTIAGO	CARDOZO	RUIZ	4	4	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
16	RC	1010252101	EVELIN	DANIELA	AMAYA	QUIROGA	4	8	A A A A A / A A A I A / A A A A / A A A A		17	1	
17	RC	1023421353	ANGEL	MATEO	GUTIERREZ	PEREZ	4	7	I I I I I / I I I I I		0	10	V
18	RC	1023422280	NIKOL	DAHANA	RODRIGUEZ	DURAN	4	1	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
19	RC	1024611889	ELIAN	ERMIT	PUSHAINA	GONZALEZ	4	6	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
20	RC	1141376029	KAROLAY		ARIZA	BALLEN	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A		18	0	
										TOTAL	334	18	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Allen Mauricio Puentes
COORDINADOR(A) EA

Lucia Badillo Rincón
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

16/04/2026

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 D CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUM
NIT: ____ 900112753 NÚMERO DE CONTR/ 25009422025
MES: ___ ~~MARZO~~ ABRIL 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: ___ CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ CUNDINAMARCA Centro Zonal _____ SOACHA X Municipio: _____ SOACHA
Nombre Agente I LEIDY LUCIA BADILLO CC__ 1 0 7 3 7 1 4 5 1 6
Código CUENTA 2575400101894 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ CDI FUNDEHI
Dirección UDS: _ CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO Teléfono UDS: _____ 3 2 0 8 5 9 1 3 9 4

Hoja ___ 2 2

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 APELLID	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1074537010	BREINNER	IVAN	MARTINEZ	OSPINA	4	3						I	I	I	I	I	I	I	I	I	A	A	A	A		A	A	A	A		9	9	
02	RC	1068826499	ALAN		VILORIA	PALENCIA	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		18	0	
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	27	9	

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	0

Alba Mercy Parra Ruiz
COORDINADOR(A) EA

Leidy Lucia Badillo Rincón
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

16/04/2026

Maide
30/4/2026 a la(s) 10:26 a.m.

Editar imagen

SOLICITUD DESVINCULACIÓN CUÉNTAME REG GUAJIRA TK 1609852

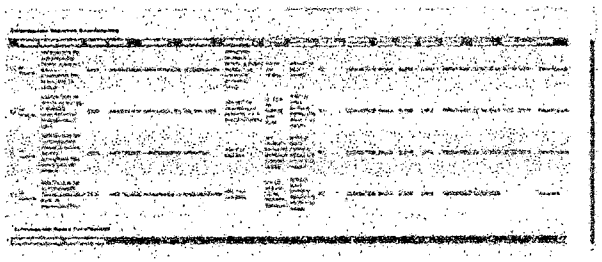
Nikolai Vega Navarrete
para Carlos, Rafael, Maileidi, +2, Fundefehi

Parece que este mensaje está en inglés
Traducir al español

Buenas tardes compañeros Cuéntame Regional Guajira,

Solicitamos de su valiosa gestión verificando con la **EAS ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES LA PUJE DE NAUNAUSHITOU- UDS 12KASISRRAIMANA** la desvinculación del beneficiario **PAULA ELENA LARA FERNANDEZ RC 1124567328** en el Sistema de Información Cuéntame, teniendo en cuenta que el beneficiario en mención se encuentra recibiendo atención en el **CDI FUNDEHI**, se anexan los soportes desde la **EAS CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUNDEHI** del **CZ SOACHA** para su confirmación, así como la captura de pantalla del sistema.

La **EAS** suministra como referencia los números de ticket **1609852** para la trazabilidad del caso.



Mil gracias por su gestión y apoyo.

Cordialmente,

Nikolai Vega Navarrete
Contratista-Administrador Cuéntame
Grupo de Prevención