FUNDEH

Fundación para el Desarrollo Humano Integral

Responsabilidad Social en Familia

BIENESTAR FAMILIAR

No. 20264400100011374 2
Código web: aIZTdJ6lTw9yHZI5NCJJaVtC|Ao=
Radicador: MARIA DEL TRANSITO SILVA CETINA
Fecha: 2026-06-02 16:04
Folios: 15
Remitente: FUNDEHI CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL
Clasificada
Destino: Centro Zonal Soacha (Cundinamarca)

NIT 900112753-3

Soacha 2 de junio 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 MAYO 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 MAYO de 2026 para el contrato 25009422025

- **Adjuntamos 14 folios**

Cordialmente

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

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 FUNDE
NIT: 900112753 NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025
MES: MAYO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal: SOACHA X Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): MIREYA MONTOYA CC 52377411
Código CUENTAME UDS: 2575400101894 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CDI FUNDEHI
Dirección UDS: CRA 24B # 42-17 BARRIO EL ARROYO Teléfono UDS: 3208691344

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	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
01	RC	1012478816	AARON	STIVEN	OSPINA	CAPERA	3	1					
02	RC	1242692394	DAYELIN	SOFIA	SARABIA	SANCHEZ	3	3					
03	RC	1171714365	EYLIN	MARIANA	TOVAR	ARCON	2	11					
04	RC	1074833570	EIMY	GABRIELA	GONZALEZ	GARCIA	3	2					
05	RC	1171714281	ELIAN	ISAAC	COLMENAREZ	NUÑEZ	3	1					
06	RC	1146151872	JHEIDAN	FELIPE	ALARCON	PALACIO	3	0					
07	RC	1171714362	JOSHUA	STIVEN	OBANDO	BAQUERO	3	0					
08	RC	1146151871	JOSTHIN	SANTIAGO	ALARCON	GOMEZ	3	1					
09	RC	1171714257	MARIA	ANTONELLA	JIMENEZ	ACOSTA	3	2					
10	RC	1171714358	MARIAN	ANYELIN	PAZ	ANGULO	2	11					
11	RC	1141382095	MIA	SAMANTHA	TAPIERO	TAPIERO	3	2					
12	RC	1033834761	YULIAN	GONZALO	GUTIERREZ	BUSTAMANTE	3	3					
13	RC	1028703470	ABBY	ZHAMARA	ORTIZ	PRIETO	3	3					
14	RC	1074833160	ALAN	SANTIAGO	GIL	VARELA	3	8					
15	RC	1020852265	VICTORIA		FONSECA	MUÑOZ	2	6					
16	RC	1108836672	ANGEL	DAVID	ACOSTA	LUGO	3	3					
17	RC	1245080191	LUIS	SANTIAGO	VEGA	BARRAGAN	3	7					
18	RC	1242692681	LUIS	DANIEL	MENA	PALACIOS	2	10					
19	RC	1171713684	OSCAR	SANTIAGO	ARANGO	MARTINEZ	4	0					
20	RC	1076926937	ARIANNYS	GUADALUPE	GARCIA	PEREZ	3	5					

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA - SEMANAS																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	1	
A	A	A	A	A	A	A	A	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A		17	1	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I		17	1	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	I	I	I		A	I	A	A	A	A	A	A		14	4	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
																			TOTAL	353	7	

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 Garcia
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	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SE: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO IN
NIT: 900112753 NÚMERO DE CONTRATO: 25009422025
MES: MAYO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCION: CDI

IDENTIFICACIÓN — Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal SOACHA X Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (: MIREYA MONTOYA CC_ 5 2 3 7 4 7 1 1
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	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	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	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1242692512	Claudia	Lucia	Rodriguez	Duarte	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	I	I		15	2	
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	15	2	

Verificación 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	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	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 | IDENTIFICACIÓN | Hoja ___de_ 1 2

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

MES:_____ MAYO | 2026 | Nombre Agente Educativo (a): ___ ANA MILENA GALEANO | CC_____ 1 0 3 2 3 5 6 6 9 4

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

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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1108836665	DAVID	SANTIAGO	CASTRO	SOACHE	3	3						A	A	A	A	A	A	A	I	I	I		A	A	A	A	A	A	I	I		13	5	
02	RC	1024615364	EITHAN	ESTIVEN	SANDOVAL	SANCHEZ	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
03	RC	1206228305	ELIAS	ITHIEL	CORONADO	ALVAREZ	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I		14	4	
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	8						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	7						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	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		18	0	
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	8						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	A	A	A	A	A		18	0	
14	RC	1141381406	ALISSON	JULIETH	DELGADO	VELASQUEZ	3	3						I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		A	A	A	A	A	A	A	I		7	11	
15	RC	1012477699	EVELYN	THALIANA	SIERRA	TAPIERO	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A		17	1	
16	RC	1251708010	VICTORIA		CARDOZO	HERRERA	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	I	I	I		15	3	
17	RC	1206229404	KYILIAM	STEVEN	DIAZ	MINA	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	A	A	A	A	A	A	A		17	1	
18	RC	1024613909	ANYELA	DAYLIN	CRUZ	ARENAS	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		I	I	I	I	I	I	I	I		10	8	
19	RC	1171713934	IAM	ANDRES	VILLAMIL	LOPEZ	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	I		A	A	A	A	A	A	A	A		17	1	
20	RC	1171713994	DAINERYS	ESTHER	GUERRERO	GUERRERO	3	7						A	A	A	A	I	I	I	I	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		14	4	
																															TOTAL	322	38	

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

Allan- Mauricio Agudelo Cuesta
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 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	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: CORPORACION PARA EL DESARROLLO
NIT: _____ 900112753 NÚMERO DE CONTR/ 25009422025
MES: _____ MAYO 2026
MODALIDAD DE ATENCION: ___ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ CDI

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ 2 2
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

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	INASISTENCIA	
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	A	18	0	
02	RC	1027545339	IAM	SMITH	GARCIA	CARO	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	13	0	
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	31	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:	0

Adler Mauricio Junco
COORDINADOR(A) EA

Ana Milena Galeano G
RESPONSABLE DE GRUPO

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: MAYO 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

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	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	8						A	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	4						A	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	9						I	I	I	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	10	8	
04	RC	1242693814	GIAN	CARLOS	OYOLA	RODRIGUEZ	2	1						A	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	9						I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		-	-	-	-	-	-	-	-	0	10	D
06	RC	1034794606	LIA		VARGAS	TAPIERO	2	9						A	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	8						A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	1	
08	ANM	241120231786	LIAM	JESUS	MOYA	GUERRA	2	5						A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		A	A	A	I	A	A	A	A	16	2	
09	RC	1024617733	LUCIANA		SILVA	RUEDA	2	5						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	10						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	I	A		A	A	A	A	A	A	A	A	17	1	
12	RC	1141915899	MARIA	SALOME	OSORIO	DELGADO	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
13	RC	1024616707	MAYRELIS		GUETTE	BARRERA	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
14	RC	1012480141	NAYELY	SOFIA	ARIZA	LOPEZ	2	7						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	9						I	I	I	I	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	I	I	I	I	10	8	
16	RC	1251708189	SAMANTHA		VIVEROS	MAYORGA	2	6						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	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	18	0	
18	RC	1242693118	MARIA	ANTONELLA	GOMEZ	SALINAS	2	6						I	I	A	I	A	I	A	I	I	I		I	A	A	A	I	A	I	I	7	11	
19	ANM	0402202434	KEYNERTH	DAVID	GIL	GOMEZ	2	3						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	9						A	A	A	A	A	A	A	A	I	I		A	A	A	A	I	I	I	I	12	6	
																																TOTAL	305	47	

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

Alba Mercedes Fuentes
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

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

ENTIDAD A_____PORACION PARA EL DESARROLLO HUM. IDENTIFICACIÓN Hoja ___ 2 2

NIT: ____ 900112753 NÚMERO DE CONTRA 25009422025

MES: ____ MAYO 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _ INSTITUCIONAL

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

Nombre Agente Educ: SANDRA CASTILLO CC_ 2 0 8 9 7 0 1 5

Código CUENTAME U 2575400101894,00 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ CDI FUNDEHI

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUA		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	1069180222	MIA	AINARA	ABRIL	TRUJILLO	2	3						I	I	I	I	I	I	I	A	A		A	A	A	A	A	A	I	I		8	10	
02	RC	1242694047	Yosfin	Josue	Morales	Cruz	2	0											A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		13	0	
03	RC	1073728779	Emily	Sofia	Valencia	Villegas	1	10											A	A	A	A	A		A	A	A	I	A	A	A	A		12	1	
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	33	11	

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

Adler Mauricio Cuesta — COORDINADOR(A) EA

Sandra Patricia Castillo. — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impreso 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	F27.MT1.PP	28/08/2025
	Versión 1	Página 1 de 2
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL FUND
NIT: 900112753 NÚMERO DE CONTRATO: 25009462025
MES: MAYO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 2
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

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	1074832282	ASHLEY	CRISTIN	GONZALEZ	MERA	4	5			18	0	
02	RC	1021319567	LYAN	ANDRES	CASTILLA	LUGO	4	2			18	0	
03	RC	1023422015	CRISTOPHER		ASPRILLA	PALACIOS	4	4			18	0	
04	RC	1074831969	AYELEN	ISABEL	TERAN	GUACHON	4	6			18	0	
05	RC	1024611987	HEIDI		LEON	SEPULVEDA	4	7			18	0	
06	RC	1013698104	HELIETH	ARIANNA	PEREA	MATURANA	4	10			18	0	
07	RC	1242691031	EMILY	YULITZA	MORA	YULE	4	8			18	0	
08	RC	1023422081	CALEB	JOSUE	MURCIA	GUTIERREZ	4	4			18	0	
09	RC	1024612239	IAN	ANDRES	QUESADA	MORENO	4	9			18	0	
10	RC	1073727713	TEILOR	GAEL	MORENO	PINZON	3	10			18	0	
11	RC	1072679090	AILEEN	SALOME	HERNANDEZ	MEJIA	4	7			18	0	
12	RC	1023421026	HELLEN	VALENTINA	CASTRO	SOACHE	4	11			14	4	
13	RC	1246948011	DILAN	DAVID	VILLADIEGO	VILLAR	4	1			18	0	
14	RC	1055964251	YOSELIN	LIZETH	VARGAS	GAMBA	4	6			18	0	
15	RC	1251708608	MIA	LUCIANA	CASTAÑO	MARTINEZ	4	0			17	1	
16	RC	1073727413	ARIANA	ELENA	BENZAQUEN	SILVA	4	4			18	0	
17	RC	1074831040	TANIA	MICHEL	RUIZ	SANTANA	5	1			18	0	
18	RC	1024612643	SARAY	MARIA	RAMIREZ	SALAS	4	4			18	0	
19	RC	1020010226	TOMAS	MIULER	PEREZ	AVILA	5	2			18	0	
20	RC	1065683015	NORERQUIS	SOFIA	ALVAREZ	CHIRINOS	4	7			18	0	
										TOTAL	355	5	

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

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	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 INTEG
NIT: _____ 900112753
MES: _____ MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ CDI

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ 2 2

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		
									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	1074833066	DERLY	YUVERLY	PARRA	REYES	3	8						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	0	

Verificación 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.	0

Adler Mauricio Cuesta
COORDINADOR(A) EA

Ana Uribe
RESPONSABLE DE GRUPO

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: MAYO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CDI

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 2
Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal SOACHA X Municipio: SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY LUCIA BADILLO CC 1 0 7 3 7 1 4 5 1 6
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	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 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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1242691037	EVELYN	VALERIA	AGUDELO	BENITEZ	4	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18	0	
02	RC	1118476041	DAYANNA		JARAMILLO	PERDOMO	4	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A I A	17	1		
03	RC	1073727260	JHON	ALEXANDER	ARIAS	ORDUZ	4	4	A A 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	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18	0		
05	RC	1074832665	ASHLY	LUCIA	CIRO	CASTELLANOS	3	11	A A 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	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18	0		
07	RC	1023421997	JOEL	ALEJANDRO	DUCUARA	AGUJA	4	3	A A 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	10	A A 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	5	A A 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	5	A A 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	8	A A 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	4	0	A A 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	3	A A 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	6	A A 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	5	A A 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	9	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A A	17	1		
17	RC	1074537010	BREINNER	IVAN	MARTINEZ	OSPINA	4	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18	0		
18	RC	1023422280	NIKOL	DAHANA	RODRIGUEZ	DURAN	4	2	A A 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	7	A A A A A	A A A A I	A A A I A	A A A A	16	2		
20	RC	1141376029	KAROLAY		ARIZA	BALLEN	4	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18	0		
														TOTAL	356	4

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

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	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA D CORPORACION PARA EL DESARROLLO HUM | IDENTIFICACIÓN | Hoja ___ 2 2

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

MES: ____ MAYO 2026 | Nombre Agente I LEIDY LUCIA BADILLO CC__ 1 0 7 3 7 1 4 5 1 6

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _ INSTITUCIONAL | Código CUENTA 2575400101894 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	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1068826499	ALAN		VILORIA	PALENCIA	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		18	0	
02	RC	1074881174	Evelyn	Ximena	Chavez	Cancho	4	11						/	-	-	-		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		13	6	
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																TOTAL	31	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	0

Adler Mauricio Cuenca
COORDINADOR(A) EA

Leidy Lucia Badillo Ercon
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Paciente: ANYELA DAYLIN CRUZ ARENAS

Identificación: RC 1024613909

compensar | salud

2026-05-20

CERTIFICACIÓN

El profesional suscrito certifica que el paciente en mención acudió a consulta médica, presenta un diagnóstico de CRISIS ASMATICA
, y por tal motivo se incapácita a partir de la fecha para realizar actividades escolares o educativas por un espacio de (3)
días.

Dra. Yuliana Lara Riaños
Médico General
R.M. 11445

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE.

NIT: 899999017-4

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Razón social: SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
Código de habilitación del prestador: 110010867901
NIT: 899999017-4
Lugar de expedición: BOGOTA DC

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: CARDOZO HERRERA
Nombres: VICTORIA
Dirección: CLL 43 24 32 - SOACHA - SOACHA - CUNDINAMARCA - COLOMBIA
Teléfono: 3132911230 - 3132911230
Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
Nº Ingreso: 246956

Tipo documento: RC **Numero:** **1251708010**
Edad: 03 Años 01 Meses 23 Dias (2/04/2023)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo afiliado: BENEFICIARIO

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Fecha inicial incapacidad: 25/05/2026
Fecha final incapacidad: 28/05/2026 **No días:** 4
Fecha de expedición: 25/05/2026
Es prórroga: ☐
Presunto origen incapacidad: Común
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Grupo de servicios: Atención inmediata
Modalidad de la prestación del servicio: Intramural
Observación: Sin observación

DIAGNÓSTICOS DE LA INCAPACIDAD

Diagnóstico principal
J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Profesional: CESAR ALFREDO ORTIZ MENDEZ
Especialidad: PEDIATRIA
Tipo de identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
Identificación: 1015405987
Tarjeta Profesional # 1015405987

Alisson. Julieth Delgado Velasquez

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

NIT. 900959048 **Call center: 2091480 opc. 8** Fecha Actual : lunes, 04 mayo 2026

FORMULACION MEDICA EXTERNO

				Folio	47
Paciente	**ALISSON JULIETH DELGADO VELASQUEZ**	Edad	3 Años / 5 Meses / 2 Días	No. Historia	**1141381406**
Identificacion	**1141381406**	Telefono Movil	3045393365	Ingreso	**14708017**
Centro- Atencion	HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL	Telefono Fijo	5550950	Fecha Ingreso	4/05/2026 9:04:02 a. m.
Direccion	CALLE 10 # 86 - 58			Fecha prescripcion	04/05/2026 10:27 a. m.
Entidad	RS_147_2 - EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS-AS-001-2023			Suministro Paciente	
No. Cama		Area de Servicio: **KE11B05 - URG URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL**			
Ubicacion Cama					
Plan de Beneficios:	**RS_147_2 - EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS-AS-001-2023**				

Diagnostico Principal : J209 - BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Formula: FAM000031658995 0

CALA CAMARGO SANDRA CATALINA
PEDIATRIA
52786061

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048 - 4

Código REPS 110013029603 KE11 - HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL

INCAPACIDAD MÉDICA
Nº266106

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 04/mayo/2026 10:27 a. m. Bogota D.C.

Médico: 52786061 SANDRA CATALINA CALA CAMARGO

Información Paciente: ALISSON JULIETH DELGADO VELASQUEZ **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: RegistroCivil **Número:** 1141381406 **Edad:** 3 Años / 5 Meses / 2 Días **F. Nacimiento:** 30/11/2022

Entidad: RS_147_2 EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS-AS-001-2023

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 7 **Fecha Inicial:** 04/mayo/2026 **Fecha Final:** 10/mayo/2026

Diagnóstico: J209 - BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Descripción de la incapacidad:

********** SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 7 DIAS POR CUADRO RESPIRATORIO VIRAL **********

Diagnóstico relacionado:

Presunto origen: Comun

Código de prestador: EPSS34

Grupo de Servicios ConsultaExterna

Clase Incapacidad: Inicial

Incapacidad Retroactiva: Ninguna

Nombre prestador: CAPITAL SALUD

Tipo de incapacidad Ninguna

Tipo de atención: EnfermedadGeneral

Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

Causa que motiva la atención

CALA CAMARGO SANDRA CATALINA
PEDIATRIA
Cédula de ciudadanía-52786061

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

***INCAPACIDAD MEDICA ***

ALISSON JULIETH DELGADO VELASQUEZ

RC: 1141381406

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL DIA DE HOY 11/05/26 EL PACIENTE

ACUDIÓ CON SU MADRE A CITA DE PEDIATRIA , SE DA INCAPCIDAD POR 5 DIAS APARTIR DE HOY , CONTROL EN 1 SEMANA.

