apoyar
"Oportunidades que Transforman"
N.I.T 800.055.599-8

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264400100012925 2
Código web: rMtP9VDqcxIZJqtxn4vpNL0c6Is=
Radicador: MARIA DEL TRANSITO SILVA CETINA
Fecha: 2026-06-23 10:47
Folios: 21
Clasificada
Remitente: FUNDACION APOYAR - FUNDAP
Destino: Centro Zonal Soacha (Cundinamarca)
Asunto: PLANILLAS DE REGISTRO RAM MES DE JUNIO DE 2026 CONTRATO 25009942025

FUNDAP -2026 059

Soacha, 23 de junio del 2026

Doctora
Aida León
Coordinadora Centro Zonal Soacha
ICBF Regional Cundinamarca

Asunto: Planillas de Registro de Asistencia (RAM)

Respetada Doctora.

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito radicar planillas de registro de asistencia RAM correspondiente al mes de junio 2026 del contrato 25009942025 Hogar infantil León XIII y CDIS Apoyemos la infancia y Aprendiendo y creciendo.

FOLIOS: 20

Agradecemos su atención prestada

Atentamente,

LUZ DARY BUENO CARVAJAL
Representante Legal
Fundación Apoyar – FUNDAP

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR

NIT: 800055599-8 NÚMERO DE CONTRATO: 25009942025

MES: JUNIO AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 2

Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal: SOACHA Municipio: SOACHA

Nombre Agente Educativo (a): CLAUDIA PATRICIA MONTENEGRO SANCHEZ CC 52.364.506

Código CUENTAME UDS: 2575400039369 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LEÓN XIII

Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII Teléfono UDS: 311 877 74 42

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																								
									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	1032515286	ADRIAN	MATIAS	MENDEZ	RIVERA	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
02	RC	1109849276	BELLA	SELENA	AROCA	VIUCHE	3	4	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
03	RC	1171713908	CALEB	ALEJANDRO	GIMENEZ	ARBELAEZ	3	9	A	A	I	A	I		A	A	A	A		I	A	A	A										10	3	
04	RC	1300003376	DARIAN	SMITH	CALA	SANCHEZ	3	3	I	A	A	I	I		I	A	I	A		A	A	I	I									5	6	7	
05	RC	1074537310	DYLAN	SAMUEL	MOLINA	ESCARRAGA	3	8	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
06	RC	1246448563	EILEEN	TAHIANA	RIVERA	PINEDA	3	8	A	A	A	A	A		I	A	A	I		A	A	A	A										11	2	
07	RC	1018520818	EITHAN	FABIAN	ESCALONA	RANGEL	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
08	ANM	11112022390	EITHAN	CALEB	PEÑA	RAMIREZ	3	6	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	I	A	A										11	2	
09	RC	1031189021	EMILY	SOFIA	NOVOA	RODRIGUEZ	3	8	A	A	A	A	A																				5	0	V
10	RC	1026604450	GABRIEL	DAVID	ELLES	ATENCIO	4	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
11	RC	1074832869	JESIAH	SAMARA	LEON	ROMERO	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I	A										12	1	
12	RC	1023990800	JEYKO	ANDRES	MENDOZA	TRIVIÑO	3	9	I	A	A	A	I		A	A																	5	2	V
13	RC	1233521620	JOHAN	ALEJANDRO	BEJARANO	PINZON	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I										12	1	
14	RC	1171713747	LEYNAD	DAYARY	BRAVO	ROJAS	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
15	PPT	8086842	LIAH	VICTORIA	GUZMAN	GARCIA	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
16	RC	1247368258	LIAM	MARTIN	GUERRERO	FREYLE	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A										12	1	
17	RC	1023423441	LIAN	THOMAS	PEÑA	ARIZA	3	7	A	A	A	A	A		I	I	I	I		A	A	A	A										9	4	
18	RC	1074832894	MAXIMILIANO		DELGADILLO	NARANJO	4	0	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I										11	2	
19	RC	1146151287	PAULA	SOFIA	ORTIZ	CALDERON	3	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
20	RC	1074833103	SALOME	VICTORIA	ACOSTA	MORALES	3	8	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
																															TOTAL	231 230	28	

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

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) TEA

Claudia Patricia Montenegro Sanchez
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): CLAUDIA PATRICIA MONTENEGRO SANCHEZ CC 52.364.506
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

No. de Orden	INFORMACIÓN 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																										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	1030712846	SOPHIE		RODRIGUEZ	CUTIVA	3	9	A	I	I	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
02	RC	1016122042	THIAGO		CHON	CASTELLANOS	3	9	A	A	A	A	A		I	I	I	I		A	A	A	A										9	4	
03	RC	1246948090	ZAIRA	SOFIA	GOMEZ	LOPEZ	3	9	I	I	A	A	I		A	I	A	A		A	A	A	A										9	4	
04	RC	1247368150	ZOE	AMELIA	CULMA	DIAZ	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
05	RC.	1023050336	Ian	Yesid	Rodriguez	Rocha.	3	2.							A	A	A	A		A	A	A	A										8	0	
06	RC	1012475849	Alana	Isabella	Carrillo	Barriganuevo	4	1												A	A	A	A										4	0	
07	R.C.	1067735540	Heiner	Josue	Rojas	Carrillo	4	6												A	A	A	A										4	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	58	10	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) EA

Claudia Patricia Montenegro Sanchez
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): TANIA KATHERINE MALAGON NAVAS **CC** 1.012.424.291
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1011269630	AILYANIS	SALOME	VARGAS	RAMIREZ	1	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
02	RC	1012482813	DANNA	VICTORIA	SANCHEZ	NAVARRO	1	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I										12	1	
03	RC	1146153103	EITHAN	CAMILO	TORRES	ARENAS	1	9	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	I	A										11	2	
04	RC	1012484546	IAN	SEBASTIAN	CASTIBLANCO	VERA	1	2	A	A	A	A	I		A	I	A	A		I	A	A	A										10	3	
05	RC	1242694295	JHOAN	JERONIMO	RODRIGUEZ	CALDERON	1	9	A	A	A	A	A		A	I	A	I		A	A	A	A										11	2	
06	RC	1026606394	KAROLINE	ALAIA	MARTINEZ	MORALES	1	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
07	RC	1251708556	KIMBERLY	ALEXANDRA	RINCON	RUEDA	1	6	A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
08	RC	1012482221	LIAM	ALEXANDER	PEÑA	TIQUE	1	11	A	A	A	I	I		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
09	RC	1016837839	LUCIANA	ANTONELA	PICON	OLAYA	1	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
10	RC	1012482276	SARA	SOFIA	MARTINEZ	PEDRAZA	2	0	A	A	I	I	I		A	I	I	I		I	I	I	A										4	9	
11	RC	1012483628	THIAGO	ANDRES	SILVA	MORENO	1	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
12	RC	1032518016	Emily	Celeste	Cortes	Beltran	1	7	A	I	A	A	I		A	I	A	A		A	A	A	A										10	3	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	133	23	

Verificacion 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

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) EA

Tania Malagón
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR

NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025

MES: JUNIO **AÑO:** 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1

Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA

Nombre Agente Educativo (a): CLAUDIA MARCELA GARCES PIZON CC 52.463.301

Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII

Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1012481111	ALAIA	YOSARA	HERNANDEZ	ROJAS	2	4	A	A	A	A	A		I	A	I	I		A	A	A	A									10	3	
02	RC	1012481402	ANGEL	MANUEL	SUAREZ	RAMIREZ	2	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	I	I	I									9	4	
03	RC	1052742818	ARANZA	DEL CARMEN	LOZANO	ALVAREZ	2	5	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A									12	1	
04	RC	1074834613	DENIS	ESTEBAN	GUILLEN	VASQUEZ	1	11	A	A	A	A	A		I	I	A	A		A	A	A	A									11	2	
05	RC	1012481307	EITHAN	SAMUEL	PEREZ	ROMERO	2	3	A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	I	A	A									11	2	
06	RC	1118476367	EMMA	ANTONELLA	BUSTAMANTE	JOBEN	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A									13	0	
07	RC	1256218516	ETHAN	DAMIAN	MONTOYA	CELY	1	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I	A									12	1	
08	RC	1102899738	EYDEN	ANDRES	BERTEL	MERCADO	2	4	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A									12	1	
09	RC	1085116846	GAEL	EDUARDO	HIDALGO	BLANCO	1	11	A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A	A									12	1	
10	RC	1069180266	GERONIMO		GARZON	TORRES	1	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A									13	0	
11	RC	1081735550	STAN	LEE	STERLING	GUTIERREZ	1	11	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	I	I									10	3	
12	RC	1012481881	VAIOLETH	ANTHONELLA	CASASBUENAS	GONZALEZ	2	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A									13	0	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	138	18	

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

Dayhana Vasquez Mendo
COORDINADOR(A) EA

Marcela Garces P.
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	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): OLGA JANETH CARDONA CASTRO **CC** 1.024.490.338
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1141384144	ADHARA	MICHELLE	MEJIA	ROMERO	2	6	I	I	I	I																					0	4	V
02	RC	1012481155	ALAN	ESTEVEN	DIAZ	AVENDAÑO	2	5	A	A	I	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
03	RC	1242693418	ANA	LUCIANA	CASTILLO	PRIETO	2	5	I	A	A	A	I		A	I	A	A		A	I	A	A										9	4	
04	RC	1242692818	CAMILO	ANDRES	SANABRIA	RINCON	2	11	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	I										11	2	
05	RC	1012481234	DYLAN	ANDRES	ESQUIVEL	CESPEDES	2	4	A	I	I	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
06	RC	1074834374	EMILY	ISABELLA	GUERRERO	TEJEDOR	2	3	A	A	A	A	I		I	A	A	A		A	I	I	A										9	4	
07	RC	1251708256	EMILY	GUADALUPE	RONCANCIO	CULMA	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
08	RC	1242693797	EMMA	SALOME	FIGUEROA	COLLANTE	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
09	RC	1024617473	EMMA	GABRIELA	GUZMAN	GODOY	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	I	A										11	2	
10	RC	1012480438	EMMANUEL	NEHEMIAS	PABON	AMAYA	2	6	I	A	A	I	I		A	A	A	I		A	I	A	I										7	6	
11	RC	1141383714	EVANGELINE		ALDANA	ROMERO	2	8	A	A	A	A	A		I	I	A	A		A	A	A	A										11	2	
12	RC	1074537542	IAN	DERECK	LIS	SOTO	2	6	A	A	I	A	A		A	A	A	A		A	I	A	A										11	2	
13	RC	1011266816	JEY	ISAAC	MERCHAN	GONZALEZ	2	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
14	RC	1242693590	JUAN	SEBASTIAN	ARIAS	BELTRAN	2	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
15	RC	1012480312	LIAM	DAVID	CARDONA	SKINNER	2	7	A	I	I	I	I		A	I	A	I		I													3	7	V
16	PPT	8071526	LUCAS	JOSUE	PEREZ	FERNANDEZ	3	1	A	A	A	I	A		A	A	A	A		A	A	I	A										11	2	
17	RC	1012479842	MARIAN	SALOME	DE LA HOZ	BARRAZA	2	9	A	A	A	A	A		A	A	I	A		I	A	A	A										11	2	
18	RC	1032516763	MATEO		RIOS	MORENO	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
19	RC	1013701380	MATHIAS		GARZON	CASTILLO	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
20	RC	1025569991	MIA	CELESTE	DA SILVA	FAJARDO	2	7	A	A	A	A	A		I																		5	1	V
																															TOTAL		200	41	

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:	6

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) TÉCNICA

Janeth Cardona
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): OLGA JANETH CARDONA CASTRO **CC** 1.024.490.338
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1242693829	MIA	ANTONELLA	HERRERA	MORENO	2	1	I	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	I	A									10	3	
02	RC	1141383787	NOAH	GAEL	CARVAJAL	DE LA HOZ	2	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A									13	0	
03	RC	1012480699	VICTORIA	ANTONELLA	BURGOS	DIAZ	2	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	I	A	A									11	2	
04	RC	1025569867	ADHARA	LUCIANA	PINEDA	VELAZQUEZ	2	9								A	A	A		A	A	A	I									6	1	
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	40	6	

Verificacion 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

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) EA

Janeth Cardona
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	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): HEIDY LORENA PINTO PULIDO **CC** 1.012.426.061
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1233928784	ADAYA	SALOME	TEJEDOR	NUÑEZ	3	0	I	I	I	I	I		A	A	A	A		A	I	A	A												7	6	
02	RC	1206229543	ADHARA	LUCIANA	SANTOS	CASTIBLANCO	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A												13	0	
03	RC	1023424080	ALAN	SAMUEL	FORERO	PARRA	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I												12	1	
04	RC	1102899351	ALICE	SOFIA	PARRA	PEREZ	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I	A												12	1	
05	RC	1141382448	ANDRES	FELIPE	CASTIBLANCO	LOZANO	3	1	A	A	A	A	A		A	A	I	A		A	A	I	A												11	2	
06	RC	1012479603	ANDY	DAVID MATIAS	JUNIELES	HERNANDEZ	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A												13	0	
07	RC	1206229393	EMMA	NICOLE	LAZZO	DURAN	2	10	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A												12	1	
08	RC	1012478460	ERICK	JHOAN	APONTE	ROA	3	2	A	A	I	A	I		A	A	A	A		A	I	A	A												10	3	
09	RC	1146151953	EVELYN	AEELYN	MASMELA	MALAGON	3	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A												13	0	
10	RC	1074833691	EZEQUIEL		CARVAJAL	GARZON	3	0	A	A	A	A	I		A	A	A	A		I	I	I	A												9	4	
11	RC	1146151991	HANNA	ISABELLA	HENAO	CAICEDO	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	I	A												11	2	
12	RC	1028846762	IVETT	ALAIA	JURADO	MURILLO	2	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A												13	0	
13	RC	1249968685	JADE		RUIZ	GONZALEZ	2	11	A	A	A	I	I		A	A	I	A		I	I	A	I												6	6	
14	RC	1012478603	KAROL	ARIADNA	MORENO	CARO	3	1	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A												12	1	
15	RC	1016755330	KYLLIAM	GAEL	CARDENAS	QUINTERO	3	0	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A												12	1	
16	RC	1074833921	LIA	MARIA	SEPULVEDA	RODRIGUEZ	2	9	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A												12	1	
17	RC	1012478928	MIA	LUCIANA	FAURA	SANCHEZ	3	0	I	A	A	A	I		A	I	A	A		A	I	A	A												9	4	
18	RC	1170966496	MIA	CELESTE	FLOREZ	GOMEZ	3	0	A	I	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A												12	1	
19	RC	1242692932	MIA	ANTONELLA	RONCANCIO	ESQUIVEL	2	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A												12	1	
20	RC	1012480317	NOAH	THOMAS	GARCIA	NIETO	2	7	A	A	A	A	I		A	A	I	A		A	A	A	A												12	1	
																																		TOTAL	224	36	

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

Dayhana Vasquez M.
COORDINADOR(A) TÉCNICO(A)

Heidy Pinto
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR

NIT: 800055599-8 NÚMERO DE CONTRATO: 25009942025

MES: JUNIO AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN

Hoja 2 de 2

Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal: SOACHA Municipio: SOACHA

Nombre Agente Educativo (a): HEIDY LORENA PINTO PULIDO CC 1.012.426.061

Código CUENTAME UDS: 2575400039369 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INFANTIL LEÓN XIII

Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII Teléfono UDS: 311 877 74 42

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																								ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			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	1012479613	VIOLETTA		SANCHEZ	RAMOS	2	10	A	A	I	A	A		I	A	A	A		A	I	I	A									9	4	
02	RC	1300003551	YOSUANNYS	ANAIS	HERNANDEZ	LOPEZ	3	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A									13	0	
03	RC	1074833662	ZARITH	ALIANA	MURILLO	GARCIA	3	0	A	A	A	I	A		I	A	I	A		A	A	A	A									10	3	
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	32	7	

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 ASISTENTES:	0

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) EA

HEIDY PINTO
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): MARIEN MIREIDA PRECIADO QUIÑONES **CC** 59.683.462
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	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	1011264245	ANAIA	SALOME	MARTINEZ	MENDEZ	3	5	A	A	A	A	A		I	A	A	A		I	A	A	I										10	3	
02	RC	1023991607	ANNIE	CATTLEYA	MARQUINA	GALEANO	3	5	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
03	RC	1242692395	ANTONELLA		BENAVIDES	VELASQUEZ	3	4	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
04	RC	1012477447	CARLOS	DANIEL	ANGARITA	ARRIETA	3	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
05	RC	1012477945	CRISTOPHER	MATEO	LINARES	FRANCO	3	4	A	A	I	A	I		I	A	A	A		A	A	I	A										9	4	
06	RC	1012477720	CRISTOPHER		MARIÑO	CAÑON	3	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
07	RC	1023423873	DANIA		MARIN	SKINER	3	1	A	A	A	I	I		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
08	RC	1242692027	DERECK	NOHA	MORENO	MONGUI	3	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
09	RC	1011264994	DEREK	SAMUEL	PEREZ	PAEZ	3	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
10	RC	1084476237	DYLAN	SAMUEL	BARRIOS	ALVAREZ	3	6	I	A	I	I	I		A	A	I	I		A	I	A	A										6	7	
11	RC	1074833645	EMILY	GABRIELA	COBOS	TORRES	3	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
12	RC	1242692190	ETHAN		ENCISO	TORRES	3	5	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
13	RC	1012478733	EVELYN		BAUTISTA	GOMEZ	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
14	RC	1010253427	HUGO	IVAN	RODRIGUEZ	ARROYO	3	2	A	A	A	A	I		A	I	A	A		A	A	A	I										10	3	
15	RC	1074833626	IAN	JESUS	CALDERON	OCHOA	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	I	A	A										12	1	
16	RC	1066100869	ISAAC	ARMANDO	CLAVIJO	RAMIREZ	3	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	I	I	I										9	4	
17	RC	1015488903	ISAAC	SAID	LOPEZ	GUERRA	3	5	A	A	A	I	A		A	A	A	A		A	A	I	A										11	2	
18	RC	1247368572	ISABELLA		PEREZ	RODRIGUEZ	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
19	RC	1233926626	LIAH	ALEXANDRA	CARDENAS	CHACUE	3	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	I										11	2	
20	RC	1012477856	LIAM	SAMUEL	CRUZ	PARRA	3	4	A	A	A	A	A		A	I	I	I		A	A	A	I										9	4	
																															TOTAL	225	35	

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

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) EA

Mireida Preciado
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): MARIEN MIREIDA PRECIADO QUIÑONES **CC** 59.683.462
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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																								
									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	1012478254	LUIS	ANGEL	VILLEGAS	MARIN	3	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A									12	1	
02	RC	1073727906	THIAGO	JARETH	GOMEZ	PINEDA	3	6	A	A	A	A	I		I																	4	2	V
03	RC	1012478198	THIAGO	JOEL	HINCAPIE	GUEVARA	3	3	A	A	A	I	I		I	I	I	I		A	A	I	A									6	7	
04	PPT	8098429	VICTORIA	SOFIA	GALINDEZ	MORENO	2	11	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	I	A	A									11	2	
05	RC	1242692149	YEIDEN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	3	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A									13	0	
06	RC	1103765407	Adrian	Eduardo	Rada	Cardenas	3	6										A		A	A	A	A									5	0	
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	51	12	

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

Dayhana Vargas Mendez
COORDINADOR(A) EA

Mireida Preciado
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	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): YADIRA MARTINEZ ALVIS CC 39.565.734
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1012474256	ANA	SALOME	BARRERO	MARTINEZ	4	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	I	A											11	2	
02	RC	1073727454	AYLIN	SALOME	GONZALEZ	GUZMAN	4	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A											12	1	
03	RC	1073727383	CARLA	LUCIA	LUCUMI	SARAVIA	4	3	A	I	A	I	I		I	A	I	A		I	A	I	I											5	8	
04	RC	1141376373	DANNA	SOFIA	HENAO	CAICEDO	4	10	A	A	A	A	A		A	A	I	I		A	I	I	A											9	4	
05	RC	1206227782	DAVID	MATHIAS	CRUZ	LOAIZA	4	4	I	A	A	A	A		A	I	A	A		A	A	A	A											11	2	
06	RC	1300002203	DEIVI	SANTIAGO	TIQUE	GUARNIZO	4	11	A	A	A	A	A		A	I	A	A		A	A	A	A											12	1	
07	RC	1111045839	EMILY	LUCIA	CASTRO	YATE	4	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	I	I	I											9	4	
08	RC	1243762739	EMILY	MAILIN	CELY	ACOSTA	4	1	I	A	A	I	I		A	A	I	I		I	A	A	I											6	7	
09	RC	1242691460	EMMANUEL	DAVID	CARDENAS	RODAS	4	4	A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A	A											12	1	
10	RC	1016752844	ISABELLA		BARRETO	PARDO	4	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13	0	
11	RC	1073726717	ITHAN	ALEJANDRO	QUINTERO	NAVARRO	4	11	A	A	A	A	I		I	A	A	I		A	A	A	A											10	3	
12	RC	1171713172	JESUS	SANTIAGO	BARRAGAN	RINCON	4	11	A	A	I	I	I																					2	3	V
13	RC	1023421747	JHON	ERICK	QUILINDO	CAMPO	4	6	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I	I											10	3	
14	RC	1023047331	JUAN	CAMILO	GALLEGO	CRUZ	4	10	A	A	A	I	I		A	A	I	A		I	A	A	A											9	4	
15	RC	1028729673	JUAN	ANDRES	TABARES	MOLINA	4	3	A	A	I	A	I		A	A	A	I		A	A	A	A											10	3	
16	RC	1020850106	JULIAN	ARTURO	OSORIO	CESPEDES	4	8	I	I	A	A	I		A	A	A	A		I	A	I	I											7	6	
17	RC	1014316292	JULIANA		CAMACHO	MEDINA	4	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13	0	
18	RC	1097217083	LESLY	NAOMI	URIBE	LOPEZ	4	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	I	I	A											11	2	
19	RC	1188974129	LIAM	JOSUE	MORENO	SANCHEZ	4	6	A	A	A	I	A		A	A	A	I		A	I	I	I											8	5	
20	RC	1242690953	LUCIANA		VALBUENA	ESCOBAR	4	8	A	A	A	A	A		A	I	A	A		I	A	A	A											11	2	
																																TOTAL	191	61	

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

Dayhana Vasquez Mendez
COORDINADOR(A) EA

Yadira Martinez Alvis
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	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): YADIRA MARTINEZ ALVIS CC 39.565.734
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1027544034	MATHIAS	SMITH	CALDERON	OCHOA	4	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	I	A	A											12	1	
02	RC	1233519964	MELANIE	ANTONELLA	VARGAS	ORTIZ	4	8	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A											12	1	
03	RC	1243761450	MOHAMED		CONDE	LOPEZ	4	7	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A											12	1	
04	RC	1105479218	NASLY	VALERIA	LESMES	MUÑOZ	4	7	A	A	I	A	I		A	A	A	I		A	I	A	A											9	4	
05	RC	1073259756	THIAGO		GONZALEZ	GOMEZ	4	6	A	A	A	A	I		I	I	I	I		A	A	A	A											8	5	
06	R.C	1016753089	CRISTIAN	ANDRES	UNIBIO	OSPINA	4	7													A	A	A											3	0	
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	56	12	

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

Dayhana Vasquez Mendez
COORDINADOR(A) EA

Yadira Martinez Alvis
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	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): NORMA BIBIANA ORDOÑEZ CARDENAS **CC** 52.124.272
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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																						TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									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	1012474918	ADRIAN	DAVID	LENIS	CASTRO	4	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
02	RC	1074832711	ALAHIA	CAMILA	PAVA	TAMAYO	4	0	A	A	A	A	I		A	A	I	A		I	A	I	A										9	4	
03	RC	1023422273	ANDRES	MATHIAS	MATTA	DIAZ	4	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
04	RC	1012475517	ANGEL	DAVID	CASTIBLANCO	VERA	4	2	A	A	A	A	I		A	A	A	A		I	A	A	A										11	2	
05	RC	1073727544	ANGEL	ESTIVEN	HURTADO	LINARES	4	1	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
06	RC	1074832535	ARIADNE	LIZETH	MARTINEZ	PINZON	4	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I										12	1	
07	RC	1026604211	BREIDEN	YERIK	MARTINEZ	MORALES	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
08	RC	1074537100	DANIEL	ANDRES	ALVAREZ	CUTIVA	4	3	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A										12	1	
09	RC	1012474955	DANNA	SOFIA	YATE	GOMEZ	4	5	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
10	RC	1011262657	DEREK		NIÑO	GUERRA	4	0	I	I	I	I	I		A	A	A	I		A	I	A	I										5	8	
11	RC	1074833062	DOMINIC	SANTIAGO	REYES	CUETO	3	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
12	RC	1031188455	DYLAN	ANDRES	MORALES	GARCES	4	1	A	A	A	A	I		A	A	A	A		I	A	A	A										11	2	
13	RC	1243762271	EMILY	LUCIA	MORANTES	ROMERO	4	4	I	A	A	A	I		I	A	I	A		I	A	A	A										8	5	
14	RC	1073727319	EMILY	LUCIANA	OCAMPO	BEJARANO	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
15	RC	1011111584	HECTOR	ANTONIO	PICON	OLAYA	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
16	RC	1073727468	HELEN	SALOME	JURADO	MORA	4	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
17	RC	1022451527	JOEL	ALEJANDRO	SANDOVAL	AVELLA	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
18	RC	1242691394	JOHN	DAVID	CASTRO	ATENCIO	4	4	A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
19	RC	1141378388	JUAN	DAVID	MARTINEZ	ROJAS	4	2	A	A	I	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
20	RC	1074831742	LIAM	SAMUEL	SANCHEZ	PINTO	4	8	A	I	A	A	A		A	A	A	A		A	I	A	A										11	2	
																																TOTAL	230	30	

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

Dayhana Vargas Mendez
COORDINADOR(A) EA

Norma Bibiana Ordoñez Cardona
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): NORMA BIBIANA ORDOÑEZ CARDENAS **CC** 52.124.272
Código CUENTAME UDS: 2575400039369 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** HOGAR INFANTIL LEÓN XIII
Dirección UDS: CALLE 47 N° 8 96 LEON XIII **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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																							
									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	1073727507	MIGUEL	ANGEL	CANDELA	GARZON	4	1	I	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
02	RC	1074537004	SAMARA	LIZETH	PEÑA	TIQUE	4	5	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
03	RC	1247368019	THIAGO		AMAYA	BASTO	4	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
04	RC	1074832537	THIAGO		SAAVEDRA	CAMACHO	4	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
05	RC	1242691047	VALENTINA	SOPHIA	MARTINEZ	PEREZ	4	7	A	I	A	A	I		A	A	A	A		I	A	A	A										10	3	
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	59	6	

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

Dayhana Vasquez Mendez
COORDINADOR(A) EA

Norma Bibiana Ordoñez Cardenas
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): AIRYN SORANGY URIZA GUEVARA **CC** 1.012.342.154
Código CUENTAME UDS: 257541154321 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** APRENDIENDO Y CRECIENDO
Dirección UDS: CALLE 48 # 22B - 23E - VILLA MERCEDES **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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																								ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			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	1145935352	ALAN	ANDRES	PINZON	LOZADA	4	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
02	RC	1233520894	ANGEL	FELIPE	SANCHEZ	PAEZ	4	4	A	A	I	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A										11	2	
03	RC	1074832394	CRISTIAN	SAMUEL	ORJUELA	FORERO	4	3	A	A	A	A	A		I	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
04	RC	1074833264	DANNA	GABRIELA	SIERRA	CHIQUIZA	3	6	I	A	A	A	I		A	A	A	I		I	I	A	A										8	5	
05	RC	1023422809	DARA	EVANGELINE	GARCIA	SOCHA	3	11	I	I																							0	2	V
06	RC	1074536739	DEIVIT	CAMILO	FORERO	PEREA	5	0	I	I	A	A	A		A	I	A	A		A	A	A	A										10	3	
07	RC	1023991433	EITHAN	CAMILO	VELASQUEZ	RINCON	3	6	A	I	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
08	RC	1012475174	EMILY	SOFIA	CACAIS	PAEZ	4	4	A	I	A	A	A		I	I	I	A		I	I	I	I										5	8	
09	RC	1110181709	GERARD	CAMILO	VEGA	COBOS	3	5	A	A	I	A	A		A	I	A	I		I	I	A	A										8	5	
10	RC	1024611562	ITZEL	KATALEYA	FORERO	TECILLO	4	9	A	A	I	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A										11	2	
11	RC	1012475274	JEORDIN	ELIAN	ALAPE	TORRES	4	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I	A										12	1	
12	RC	1024612052	JEREMY	ANDRES	ROBLES	VELASQUEZ	4	7	I	I	I	I	I		I	I	I	I		I	I	I	I										0	13	
13	RC	1024613166	LIAM	ALEXIS	DIAZ	PIÑEROS	4	0	I	A	A	A	A		A	I	A	A		A	A	I	A										10	3	
14	RC	1073727399	LIAM	DAMIAN	ESPINOSA	MONTERO	4	3	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	I										11	2	
15	RC	1242691259	MIA	SOFIA	PARRA	ROMERO	4	7	I	I	I	I	I		A	A	A	I		I	A	A	A										6	7	
16	RC	1109302800	NICOLLE	XIOMARA	ROMERO	URREGO	4	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
17	RC	1242691676	SAMANTHA		TORO	CAMACHO	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
18	RC	1015487723	SHAROL	NICOL	LOPEZ	HERRERA	4	9	I	A	I	I	I		I	A	I	A		I	A	I	I										4	9	
19	RC	1074832008	THIAGO	ANDRES	VARGAS	VALERO	4	5	A	I	A	A	I		A	A	A	A		A	A	I	I										9	4	
20	RC	1104072425	THIAGO	ISAAC	CABALLERO	GARZON	4	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
																														TOTAL		181	68	

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

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A)/EA

Sorangy Uriza
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): AIRYN SORANGY URIZA GUEVARA **CC** 1.012.342.154
Código CUENTAME UDS: 257541154321 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** APRENDIENDO Y CRECIENDO
Dirección UDS: CALLE 48 # 22B - 23E - VILLA MERCEDES **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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																								ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			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	1074832539	ZAMARA	SOFIA	CUJIA	LARGACHA	4	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
02																																			
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	13	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	0

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) EA

Sorangy Uriza
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA CIFUENTES FONSECA **CC** 52.936.663
Código CUENTAME UDS: 257541154321 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** APRENDIENDO Y CRECIENDO
Dirección UDS: CALLE 48 # 22B - 23E - VILLA MERCEDES **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1242692852	BRITNEY	ISABELLA	FORERO	PEREA	2	11	A	A	A	A	A		A	A	I	A		A	A	A	A										12	1	
02	RC	1242693014	CELESTE		MURILLO	PARRA	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A										12	1	
03	RC	1074833900	DANNA	VALENTINA	TORRES	USECHE	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	I	I										10	3	
04	RC	1032517312	DANNA	VALENTINA	BOLAÑOS	MATERAN	2	5	I	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
05	RC	1049664602	DEREK	NAIM	ARIAS	REYES	3	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A										12	1	
06	RC	1033835147	EIMY	CATTLEYA	CUBILLOS	CELIS	2	2	A	A	I	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
07	RC	1011264729	EMILY	MARIANA	GUTIERREZ	OSORIO	3	3	A	A	A	A	I		A	A	A	A		I	I	I	I										8	5	
08	RC	1024614722	EMILY	SOFIA	AGUILAR	ALAPE	3	5	I	I	A	I	I		A	A	I	I		I	I	I	I										3	10	
09	PPT	7996905	HERLIANNY	ISAMAR	MELENDEZ	GUTIERREZ	2	4	A	A	A	A	I		I	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
10	RC	1074537623	IAN	EMILIANO	CONTRERAS	TORRES	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
11	RC	1012478217	IVAN	MANUEL	MEDINA	CHICO	3	3	I	A	I	I	A		A	A	A	A		A	I	I	I										7	6	
12	RC	1074834901	JEDAD	MATEO	RIAÑO	SICUA	1	7	A	I	I	A	I		A	A	A	I		A	A	A	A										9	4	
13	RC	1010254422	JHASMIN	ALEXANDRA	CASTELLANO	RANGEL	2	6	A	A	A	A	I		I	I	A	A		I	A	I	A										8	5	
14	RC	1012482431	JUAN	PABLO	LOPEZ	DIAZ	1	11	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
15	RC	1242692775	LIAN	ALEXIS	PINZON	LOZADA	2	11	A	A	A	A	A		I	I	I	I		A	A	A	A										9	4	
16	RC	1073728920	MAILY	ISABELLA	LAGUNA	CASTRO	1	7	A	I	I	I	I		I	I	I	I		I	I	I	I										1	12	V
17	RC	1104072600	MARIANGEL	SALOME	ROJAS	CABALLERO	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
18	RC	1012483052	SAMANTHA		PARRA	ALMONACID	1	9	A	A	A	A	I		A	I	I	A		A	A	A	A										10	3	
19	RC	1074833676	WILMER	ESTEBAN	CUADROS	LONDOÑO	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
20	RC	1073728075	YOEL	ALEXANDER	SANCHEZ	SANCHEZ	3	2	I	I	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A	A										10	3	
																															TOTAL	196	64	

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

Dayhana Vargas Mendez
COORDINADOR(A)/EA

Liliana Cifuentes Fonseca
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA CIFUENTES FONSECA CC 52.936.663
Código CUENTAME UDS: 257541154321 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** APRENDIENDO Y CRECIENDO
Dirección UDS: CALLE 48 # 22B - 23E - VILLA MERCEDES **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1012482858	ZOE	ANTONELLA	ROCHA	HENAO	1	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
02																																			
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	13	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:	0

Dayhana Vasquet M
COORDINADOR(A/E)

Liliana Cifuentes Fonseca
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR

NIT: 800055599-8 NÚMERO DE CONTRATO: 25009942025

MES: JUNIO AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 2

Regional: CUNDINAMARCA Centro Zonal: SOACHA Municipio: SOACHA

Nombre Agente Educativo (a): NINA PAOLA PERALTA GARZON CC 53.930.318

Código CUENTAME UDS: 257541154320 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: APOYEMOS LA INFANCIA

Dirección UDS: CALLE 43A # 21A - 64E VILLA SANDRA Teléfono UDS: 311 877 74 42

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	1141379506	AMAHIA	SARAY	MILANO	LOPEZ	4	11	I	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										11	2	
02	RC	1062818899	ANA	LUCIA	TROYA	BELEÑO	4	11	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
03	RC	1033836297	ARON	EMANUEL	VARELA	BERNAL	1	7	A	A	A	I	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
04	RC	1040890480	BAIRON	STIVEN	TABARES	VILLALOBOS	4	1	A	I	I	I	I		A	A	I	A		I	A	I	A										6	7	
05	RC	1124089949	DAMIAN	DAVID	VILLAMIL	GONZALEZ	4	8	I	I	A	A	A		A	A	A	A		A	A	I	A										10	3	
06	RC	1024614754	DILAN	JESUS	ROA	ROBAYO	3	5	I	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
07	RC	1242691943	EILEEN	SALOME	TOLOSA	QUINTERO	3	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
08	RC	1023422958	EIMY	ISABELLA	MAYORGA	LOAIZA	3	11	A	I	A	I	A		A	I	A	A		A	A	A	I										9	4	
09	RC	1104958403	EMILY	SARAY	LOAIZA	MUÑOZ	3	11	I	I	I	I	I		A	A	A	A		A	A	A	A										8	5	
10	RC	1073728842	ERICK	MATEO	PALOMINO	POLANCO	1	9	I	I	I	I	I		I	I	I	I		I	-	-	-										0	10	V
11	RC	1074831692	EVELYN	LUCIANA	SILVA	RODRIGUEZ	4	9	I	I	A	A	A		I	A	I	A		I	A	A	A										8	5	
12	RC	1031188639	IAN	JOEL	BELTRAN	GARZON	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A										12	1	
13	RC	1083063317	JHOANNY	SOFIA	SILVA	PAYARES	4	0	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
14	RC	1101077209	JOSE	GREGORIO	PEREZ	PERDOMO	4	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A										13	0	
15	RC	1074537188	JULIAN	SANTIAGO	DUCUARA	CHIQUIZA	4	1	A	A	A	A	A		A	A	I	I		A	A	A	A										11	2	
16	RC	1171714507	LIHAM	SAMUEL	BRAVO	CHAVEZ	2	9	A	A	A	A	I		A	A	A	A		A	A	A	A										12	1	
17	RC	1054574566	MIGUEL	ANGEL	ROA	MONTIEL	4	4	A	A	I	I	I		A	A	A	I		A	A	A	A										9	4	
18	RC	1074831717	NATALI	VALERIA	CAICEDO	LOPEZ	4	8	A	A	I	I	I		I	I	-	-		-	-	-	-										2	5	V
19	RC	1225086618	TAELIS	MARIA	ALEMAN	MUÑOZ	4	4	I	I	I	I	I		I	I	I	A		I	I	I	I										1	12	
20	RC	1249969615	YAIVIR	DE JESUS	ALEMAN	MUÑOZ	1	9	I	I	I	I	I		I	I	I	I		I	I	I	I										0	13	
																																TOTAL	173	78	

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

Dayhara Vargas M
COORDINADOR(A) ETC

Nina paola peralta Garzon
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	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN APOYAR
NIT: 800055599-8 **NÚMERO DE CONTRATO:** 25009942025
MES: JUNIO **AÑO:** 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN Hoja 2 de 2
Regional: CUNDINAMARCA **Centro Zonal:** SOACHA **Municipio:** SOACHA
Nombre Agente Educativo (a): NINA PAOLA PERALTA GARZON CC 53.930.318
Código CUENTAME UDS: 257541154320 **Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:** APOYEMOS LA INFANCIA
Dirección UDS: CALLE 43A # 21A - 64E VILLA SANDRA **Teléfono UDS:** 311 877 74 42

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	1023425426	ZOE	CATALEYA	GONZALEZ	COLEY	1	5	I	I	I	I	I		I	I	A	A		A	A	A	A									6	7	
02	RC	1242691749	ZOHE	NAHOMI	CANO	MURCIA	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I	A	A	A									12	1	
03	RC	1012983562	FAW	GABRIELA	MORA	RODRIGUEZ	1	7		A	A	A	A		A	A	I	A		A	A	A	A									12	1	
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	30	9	

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

Dayhana Vasquez M
COORDINADOR(A) TA

NINA PAOLA PERALTA GARZON
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