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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1024992025
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): PAULA CAMILA CHACON SALONI CC: 1064033750
Código CUENTAME UDS: 1100774678O Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI ESTRELLITAS DE COLORES
Dirección UDS: KR 78J # 39A-03 SUR. Teléfono UDS: 6954390

Hoja 1 de 2

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: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1300004392	ADRIELLE	VALENTINA	MENDOZA	BARROS	1	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A									A			13	0	
02	RC	1030716126	DARECK		LUGO	SIMALES	1	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A									A			13	0	
03	RC	1141386136	FAIBER	SAMUEL	GUARNIZO	CADENA	1	9	I	I	I	I	I		I	I	I	I		I	I	I									A			1	12	
04	RC	1030717477	LIZZ	DAHIAN	BARBOSA	RODRIGUEZ	1	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A									A			13	0	
05	RC	1233527070	SOL	RENATHA	SOGAMOSO	CAMPOS	1	1	I																									0	1	V
06	RC	1300005057	THIAGO	ALEXANDER	CAÑON	PINILLA	1	1	A	A	A	A	A		A	A	A	I		I	I	I									A			9	4	
07	RC	1141386578	THIAGO	GAEL	HERRERA	ALZATE	1	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A									A			13	0	
08	RC	1141386738	THIAGO	RICARDO	GARZON	YOSA	1	6	A	A	A	A	A		A	A	A	I		I	I	I									A			9	4	
09	ANM	2025020431	VICTORIA	DANIELA	DELFIN	ORTIZ	1	4	I	A	A	A	I		I	I	I	I		I	I	I									I			3	10	
10	RC	1103715539	ZOE	VALENTINA	MOLINA	RIVAS	1	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A									A			13	0	
11	RC	1085233709	ELIAN	JOSE	NAVARRO	NAVARRO	1	4		A	A	A	A		I																			4	1	V
12	RC	1300004933	JAHNEL	SAMANTHA	CHIRINO	DUGARTE	1	3								A	A	A		A	A	A									A			7	0	
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	98	32	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Paula Camila Chacón García.
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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1102499 2025
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA SAAVEDRA SALAZ cc: 52951405
Código CUENTAME UDS: 1100177746780
Dirección UDS: KR78J #39A-03 SUR Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI ESTRELLITAS DE COLORES
Teléfono UDS: 6985390

Hoja 1 de 2

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	PPT	8154841	ALBERTO	JOSE	COLINA	MACHO	1	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
02	RC	1030715200	ALAN	MATHIAS	MUÑOZ	GUTIERREZ	2	2	A	A	A	A																						4	0	V
03	RC	1012481662	ANTONELLA		DAVILA	CAÑON	2	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							I					12	1	
04	RC	1141386089	DILAN	JESUS	PERTUZ	OSPINO	1	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
05	RC	1141386211	DOMINIC	SANTIAGO	NIÑO	SANCHEZ	1	10	I	I	I	I	I		A	A	A	A		A	A	A							A					8	5	
06	RC	10307155169	EMMANUEL		ROJAS	QUIROGA	2	1	A	A	A	A	A		A	I	A	A		A	A	A							A					12	1	
07	RC	1029411943	ESTEBAN	JOSE	GONZALEZ	VELASCO	1	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
08	RC	1030716766	IAN	DAVID	AGUIRRE	DUQUE	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
09	RC	1011267690	ISABELLA		TRUJILLO	ABRIL	2	1	I	I	I	I	I		I	A	A	A		A	A	A							A					7	6	
10	RC	1030715681	LIA	ANTONELLA	VEGA	RICO	2	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
11	RC	1030714994	LIAM	ANDRES	VARGAS	MARTINEZ	2	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
12	RC	1141384692	LIAM	MATIAS	TELLEZ	DIAZ	2	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
13	RC	1141386540	MARIA	JOSE	BECERRA	RODRIGUEZ	1	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
14	RC	1141385977	MARIANGEL		HERNANDEZ	CLAVIJO	1	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
15	RC	1013160639	MARTINA		QUIMBAY	PULIDO	2	0	A	A	I	I	I		A	A	A	A		A	A	A							A					10	3	
16	RC	1030715287	MILAN	ANDRES	RAMOS	HERNANDEZ	2	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
17	RC	1030716790	NOAH	DAVID	MONTOYA	VANEGAS	1	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
18	RC	1141385795	SAMUEL		RODRIGUEZ	BENITEZ	2	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
19	RC	1141384525	SARAHI	GABRIELA	RIOS	FONSECA	2	5	A	A	A	A	A		A	A	A	I		A	A	A							A					12	1	
20	RC	1030716153	VICTORIA		CHIVATA	BERNAL	1	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
																																		TOTAL	234	17	

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 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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR.
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 7702499 2025
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA SAAVEDRA SALONZ cc: 52927406
Código CUENTAME UDS: 110077746780 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI ESTRELLITAS DE COLORES.
Dirección UDS: KR78#39A-03 SUR Teléfono UDS: 6954390

Hoja 2 de 2

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: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1300004344	LIAM	ALEJANDRO	LAREZ	HERNANDEZ	7	10					A		A	A	A	A		A	A	A								A				9	0	
02																																				
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

LILIANA SAAVEDRA SALONZ
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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 10 2409 2025
MES: JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bogota Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): ANDREA MARCELA ANGEL SALAZAR 53088283
Código CUENTAME UDS: 1100117469 80 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI ESTRELLITAS DE COLORES
Dirección UDS: KR 78 J # 39 A - 03 SUR. Teléfono UDS: 695 4390

Hoja 1 de 2

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1141384096	ANTONELLA		CHARRY	LUNA	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
02	RC	1233525222	APRHIL	ELIZABETH	ROMERO	SOTO	2	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
03	RC	1011266780	ARIANA	ISABELLA	CASTRO	VALERA	2	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
04	RC	1030714281	CELESTE		GARCIA	CORTES	2	11	I	I	I	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				10	3	
05	RC	1141383879	DORIS	JULIANA	PEREZ	ROMERO	2	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
06	RC	1030714236	EIDAN		PERDOMO	DIAZ	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
07	RC	1119950586	HELEN	ZHAMIRA	MOSQUERA	ZAPATA	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
08	RC	1030714792	JARETH	GABRIEL	RIVERA	PARDO	2	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
09	RC	1023994116	JOEL	ALEXANDER	PADILLA	SAAVEDRA	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
10	RC	1141383596	JUAN	SEBASTIAN	SANCHEZ	MARIN	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
11	RC	1084477335	JUAN	PABLO	MORALES	PALOMINO	2	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
12	RC	1141383558	LIA	VICTORIA	GUZMAN	HENAO	2	9	A	A	A	I	A		A	A	A	A		A	A	A								A				12	1	
13	RC	1141384383	LIA	CELESTE	VARGAS	ENRRIQUEZ	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
14	RC	1141383579	LUCIANA		MANJARREZ	PATIÑO	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
15	RC	1030714381	MARIA	NICOL	ARCHILA	TAPIERO	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
16	RC	1233523951	SALOME		CAICEDO	MOLANO	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
17	RC	1030714334	SAMUEL		BARRAGAN	SABOGAL	2	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
18	RC	1030714538	SHAMARA	ISABELLA	LOPEZ	PEÑALOZA	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		I														9	1	V
19	RC	1012480568	VICTORIA		TRUJILLO	FIGUEREDO	2	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
20	RC	1233524722	ZOE	ANTONELLA	RODREGUEZ	TABAGUY	2	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
																														TOTAL		252	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

Andrea Yancera A
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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 7024992025
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): ANDREA MARCELA ANGEL SALON'3 cc: 53088283
Código CUENTAME UDS: 1700774 6780 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI 'ESTRELLITAS DE AMOR.
Dirección UDS: KR 78J # 39A-03 SUR. Teléfono UDS: 6954390

Hoja 2 de 2

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	2C	1034673074	ALEJANDRO		RUIZ	BELTRAN	3	5											.	.	A	A							A					3	0	
02																																				
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																														TOTAL		3	0		

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

COORDINADOR(A) EA

Andrea Marcela A
RESPONSABLE DE GRUPO

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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1102499 2025
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): NELLY LANDINEZ SAAVEDRA cc: 52768 34
Código CUENTAME UDS: 110011746780
Dirección UDS: KR78J#39A-03 SUR Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI ESTRELLITAS DE COLORES
Teléfono UDS: 6954390

Hoja 1 de 2

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1029801386	ADARHAT	LUCIANA	LARA	GARCIA	3	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
02	RC	1030714322	ABBY	VALENTINA	ABREU	GONZALEZ	2	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
03	RC	1141388667	ADHARA	SOFIA	BLANCO	DAZA	2	9	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
04	RC	1141382383	ANDRES	FELIPE	ALARCON	GRANADA	3	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
05	ANM	2023010952	DILAN	JOSE	FARFAN	LARA	3	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
06	PPT	8093348	EDGARIS	TATIANA	ZAMBRANO	OVALLE	3	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
07	RC	1141382207	EMILY		GUERRA	CANO	3	2	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
08	RC	1141380982	ERICK	SANTIAGO	TIQUE	ALAPE	3	7	I																									0	1	V
09	RC	1030713558	EVANYELINN	SAMANTHA	SARMIENTO	SANABRIA	3	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
10	RC	1141381058	JUAN	MARTIN	ULLOA	APONTE	3	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
11	RC	1141382577	LUCA	DANIEL	HERNANDEZ	GONZALEZ	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
12	RC	1137883615	LUCIANNA		PIÑERES	RODRIGUEZ	3	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
13	RC	1122149199	LUNA	MARIAM	PINZON	PULIDO	3	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
14	RC	1030713855	MAURICIO	DANIEL	HERNANDEZ	FUENTES	3	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
15	RC	1037138157	NELLY	ISABELL	PADILLA	RENDON	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
16	RC	1141382574	SHAIEL	GABRIELA	GONZALEZ	DUQUE	3	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
17	RC	1233927086	THIAGO	ADRIAN	QUINTERO	CABALLERO	3	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
18	RC	1141380681	VALERIA		FELICIANO	CARDENAS	3	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
19	RC	1063500450	VALERY	LUCIA	PALOMINO	SOLANO	3	1	A	A	A	A	A		A	A	I	I		A	A	A								I				10	3	
20	PPT	8154846	VICTOR	MANUEL	COLINA	MACHO	3	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A								A				13	0	
																																TOTAL	244	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)

Nelly Landinez
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: FUNDACION ABRIENDO DE AMOR
NIT: 900 703742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 1624992025
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): NELLY LANDINEZ SALON 4 cc: 52736834
Código CUENTAME UDS: 7700744678S Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H/I ESTRELLITAS DE COLORES
Dirección UDS: KR 78J # 39A-03SUR Teléfono UDS: 6954390

Hoja 2 de 2

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1082480458	CIAM	DANIEL	NAVARRO	NAVARRO	4	1		A	A	A	A		I					A	A	A								A			4	1	V
02	RC	1147378557	EYDAN	JHARED	REMACHE	IPIALES	4	4								A	A	A		A	A	A			.					A			7	0	
03																																			
04																																			
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	11	1	

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

COORDINADOR(A) EA

Nelly Landinez
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: FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR
NIT: 900203742-3 NÚMERO DE CONTRATO: 7702499208
MES: JUNIO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR INFANTIL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA Centro Zona: KENNEDY Municipio: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): SONIA CAICEDO SUAREZ Salon 5 cc: 7072327570
Código CUENTAME UDS: 7700774780 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HI ESTRELLITAS DE COLORES.
Dirección UDS: KR 78J #39A-03 Sur Teléfono UDS: 6954390

Hoja 1 de 2

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1141377070	ALLISON	ISABELLA	TIQUE	GONZALEZ	4	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
02	RC	1141378289	ANNE	LUCIANA	MIRANDA	OSORIO	4	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
03	RC	1030712010	DANIEL	FELIPE	ALDANA	DAZA	4	4	A	A	A	A	I		I	A	A	A		I	A	A							A					10	3	
04	RC	1015388488	DANIELA	SAMANTHA	JIMENEZ	CASAS	4	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
05	RC	1141379826	DHARA	VIVIANA	FRANCO	MIRAÑA	3	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
06	RC	1128545599	EITHAN	SAMUEL	MARTINEZ	MARTINEZ	5	2	A	A	A	A	A		A	A	I	A		A	A	A							A					12	1	
07	RC	1141377075	ERIC	SANTIAGO	CALDERON	MORA	4	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
08	RC	1141380388	ETHAN	EMILIANO	JAIME	MORENO	4	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
09	RC	1300002548	EVELYN	GUADALUPE	AROCA	LOZANO	3	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
10	RC	1030712780	HEIDEN	MATIAS	DIAZ	SANCHEZ	4	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
11	RC	1016753323	IAN	ANDRES	ROJAS	QUIROGA	4	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
12	RC	1145935749	JUANA	MADELEINE	PINZON	PULIDO	4	5	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
13	RC	1030712015	KHLOE		PACHECO	ARANGO	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
14	RC	1030712268	MARIA	ANGEL	CHIVATA	BERNAL	3	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
15	PPT	1030712008	SAMUEL	KALEB	ALDANA	DAZA	4	4	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
16	RC	7719906	SARIAM	JOSUE	MORENO	ROJAS	4	0	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
17	RC	1146150089	TADEO	ANIEL	NAVARRO	OJEDA	4	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
18	RC	1141380260	THIAGO	SAMUEL	MANJARRES	VARGAS	3	10	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
19	RC	1044019028	THIAGO	ANDRES	UTRIA	PEÑALOZA	4	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A							A					13	0	
																																		TOTAL	243	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	19
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Sonia Caicedo.
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