CERTIFICADO DE ENTREGA DE RACIONES A INSTITUCIONES EDUCATIVAS

DATOS GENERALES			
OPERADOR - JAC	ASOCIACIÓN MUNICIPAL DE JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE SIBATÉ	CONTRATO N°	SE-CD-SCO-415-2025

INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL			CÓDIGO DANE	225740000138
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA			CÓDIGO DANE	25
MUNICIPIO:	SIBATÉ			CÓDIGO DANE	740
FECHA DE EJECUCIÓN	Desde	1-oct	Hasta	31-oct	
NOMBRE RECTOR:	FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ				

CERTIFICACIÓN

El suscrito Rector de la Institución Educativa citada en el encabezado, certifica que se entregaron las siguientes raciones, en las fechas señaladas y de acuerdo con la siguiente distribución:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO O CENTRO EDUCATIVO	TIPO RACIÓN	ENTREGADO			
		N° RACIONES POR DÍA	N° DÍAS ATENDIDOS	TOTAL RACIONES	NOVEDADES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	194	17	3298	
	RI				
ESCUELA RURAL AGUAS CLARAS	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	6	17	102	
	RI				
ESCUELA RURAL BRADAMONTE	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	17	17	289	
	RI				
ESCUELA RURAL LA CANTERA	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	13	17	221	
	RI				
ESCUELA RURAL USABA	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	6	17	102	
	RI				
ESCUELA RURAL LAS DELICIAS	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	22	17	374	
	RI				
TOTAL		258	17	4386	

CAJM/CAJT = Complemento Alimentario Jornada Mañana / Complemento Alimentario Jornada Tarde
ALMUERZO = Almuerzo
RI: Ración Industrializada

DESCRPCIÓN	TOTAL RACIONES ENTREGADAS RACIÓN	TOTAL RACIONES ENTREGADAS	TOTAL RACIONES ENTREGADAS RACIÓN	No. DE TITULARES DE DERECHO
POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD				
POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO				
COMUNIDADES ÉTNICAS				
POBLACIÓN MAYORITARIA		4386		258
GRAN TOTAL	**0**	**4386**	**0**	**258**

OBSERVACIONES

La presente certificación se expide como soporte de pago y con base en el registro diario de Titulares de Derecho, que se diligencia en cada Institución Educativa atendida.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:					
FECHA:	DÍA	4 de Noviembre	DEL	AÑO	2025

FIRMA DEL RECTOR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECTOR	FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

(1)

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000235 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL AGUAS CLARAS
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
												Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	
1	RC	1016745117	BRIEYITH	XAMARA	PAVA	SUA	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	TI	1072196822	JAIRO	HERNANDO	GARZON	SANCHEZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	NES	N37856487010	WILLIN	JOSE	YANCE	MALAVE	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	NES	N37856485670	JESUS	DANIEL	YANCE	MALAVE	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	TI	1072197254	SANTY	DAMIAM	DIAZ	ESPINOSA	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	NES	N37856488003	WINDER	SNEIDER	YANCE	MALAVE	13	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 102
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 102
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000073 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL BRADAMONTE

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
1	RC	1072199342	JULIAN	FELIPE	CASTILLO	MAYORGA	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1072199590	KAREN	SOFIA	GARZON	CRUZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1072199144	YUDY	MARIANA	DUARTE	GARZON	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1073723942	HELEN	SHARIT	RODRIGUEZ	RAMIREZ	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1072196890	HEIDY	VIVIANA	GARZON	GUTIERREZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	TI	1072198854	JEISSON	RAMIRO	MAYORGA	RIOS	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1072198818	ANA	VALENTINA	PEREZ	CAPERA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1072198251	XIOMARA	ALEJANDRA	RIOS	GARZON	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1072196093	JOSEPH	DAVID	BENITEZ	ALVARADO	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1072197865	PAULA	ANREA	CASTILLO	MAYORGA	7	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1072198077	SINDY	CAROLINA	DUARTE	GARZON	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1072197165	OSCAR	FERNEY	GARZON	RIOS	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	TI	1072197928	WILMER	IVAN	GUTIERREZ	RIOS	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	TI	1072197692	DAILYN	AMALIA	MORENO	RIOS	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	TI	1081733007	JHON	ALEX	CAICEDO	CRUZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	TI	1072197401	VALERY	XIOMARA	GARZON	TORRES	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	TI	1072194844	EMANUEL		BERNAL	MAYORGA	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 289 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 289 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Linearmientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000413 **SEDE EDUCATIVA:** ESCUELA RURAL LA CANTERA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO: 2025**

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
1	TI	1072199152	JUAN	ANGEL	QUINTERO	GUERRERO	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	TI	1072197242	JESUS	ADRIAN	GARCIA	HERNANDEZ	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	TI	1072198584	DANNA	VALERY	GARZON	JIMENEZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	TI	1074821286	JULIAN	ALEXANDER	REY	BERMUDEZ	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	TI	1072198526	JOAN	SEBASTIAN	RODRIGUEZ	PEÑALOZA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	TI	1021692066	JOSTIN	SANTIAGO	SOSA	VELASQUEZ	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1072196867	JHONIER	SMITH	GARZON	TORRES	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1072197428	BRASLY	SALOME	SANDOVAL	HERRERA	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1016732595	HOLLMAN	FABIAN	SOSA	VELASQUEZ	11	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1072195981	KAROL	ESTRELLA	FARIAS	LEON	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1072195384	CRISTIAN	FARID	ALVARADO	GARZON	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1072195315	SHAROL	SOLANLLI	GUTIERREZ	BELLO	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	TI	1072194378	VALERY	SOFIA	SANDOVAL	HERRERA	13	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 221 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 221 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000201 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL USABA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
1	RC	1141370122	CIELO	LICETH	CASAS	RAMIREZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1072199397	MAICOL	JESUS	RAMIREZ	RAMIREZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	TI	1072198722	LUNA	LIZED	GARZON	ACUÑA	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1117976758	MELANY	YAZIRETH	TRUJILLO	CALDERON	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	TI	1072197801	LINA	VALENTINA	RAMIREZ	RAMIREZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	TI	1072195965	JHONSON	ESTIVEN	GARZON	GARZON	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 102
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 102
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Ol
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

MUNEVAR

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

CÓDIGO DANE: 225740000103 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL LAS DELICIAS

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de dias de atención - Marque con una X el dia que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total dias de consumo
1	RC	1070401461	MICHELL	DAYAN	GARZON	GUERRERO	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1072199483	NAHOMY		RIOS	GUAQUETA	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1074826704	IAN	DAVID	MARENTES	GUTIERREZ	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1072199202	LOREN	VALENTINA	MUÑOZ		6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1073723900	NICOLAS	SNEYDER	RAMIREZ	MARENTES	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1053560111	FABER	ESNEYDER	SANTAMARIA	APONTE	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1072198539	CHAIRA	BRIYID	GARZON	GARZON	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1072197795	DANNA	VALENTINA	MARENTES	GUTIERREZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1070625385	MIGUEL	ANGEL	MARENTES	VILLA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1072198663	SHARAY	NICOLLE	RAMIREZ	PARRAGA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1053559540	NICOL	CAMILA	ARIAS	APONTE	11	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1072670986	YOULIN	SOFIA	GONZALES	RIVERA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	TI	1072197779	GABRIELA	STEPHANIE	GONZALEZ	ORTIZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	TI	1073718554	SHARITH	XIOMARA	RAMIREZ	MARENTES	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	TI	1072195960	HEYNER	DAVID	GONZALEZ	DIZU	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	TI	1072196143	NASLY	JULIETH	GUERRERO		10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	TI	1072196529	ANGIE	TATIANA	RODRIGUEZ	MAYORGA	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	TI	1072196456	JOSE	FARID	SASTRE	GARZON	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	TI	1072195974	IAN	SANTIAGO	GOMEZ	MUNEVAR	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	TI	1072196421	JOHAN	ESTIVEN	MEZA	RIAÑO	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 374 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 374 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm

FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000103 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL LAS DELICIAS
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
21	TI	1072195939	WILDER	ESTEBAN	RIOS	GONZALEZ	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
22	TI	1072195279	LAURA	CAMILA	VELASQUEZ	MARENTES	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 374 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 374 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679861 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000138 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
1	RC	1074828314	ELIZABEHD		ALVARADO	JIMENEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1072199449	YEIMI	ALEJANDRA	CAPERA	BEDOYA	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1072199385	DEREK	SEBASTIAN	GARZON	GARZON	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1072199293	BRITHNY	LUCERO	GARZON	VASQUEZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1074534943	YESSIKA	LYZED	GONZALEZ	SANCHEZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1072199573	YENNI	PAOLA	MARROQUIN	SANCHEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1105897507	KENER	SEBASTIAN	BEDOYA	CAPERA	8	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	RC	1072199042	YURY	TATIANA	FORERO	CRUZ	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	RC	1072199013	EIDER	ALEXIS	GARZON	REYES	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1069764995	SANTIAGO		HERNANDEZ	BARRETO	9	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	RC	1074826953	CRISTOPHER	LEONARDO	MUNEVAR	RODRIGUEZ	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	RC	1072199016	ALISSON	SOFIA	RAMIREZ	TIQUE	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	NES	N37856485648	EMILY	ANTHONELLA	ARCILA	FLORES	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	RC	1072896793	DUVER	ERNEY	BUITRAGO	HERRERA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	TI	1072198282	EDISON	YESID	DUARTE	GARZON	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	TI	1070988732	URIEL	ESNEIDER	GARZON	CHIVATA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	RC	1074825548	DANA	SALOME	GARZON	PEÑALOZA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	TI	1072197384	JISELL	MARIANA	GRISALES	GARZON	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	TI	1073716768	DANA	VALENTINA	GUTIERREZ	MAYORGA	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	TI	1072198286	DUVAN	SANTIAGO	JIMENEZ	CASTILLO	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA **RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM** NA **PREPARADA EN SITIO** NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA **RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT** NA **PREPARADA EN SITIO** NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 3298 **RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO** 3298 **PREPARADA EN SITIO** X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 **NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO:** FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm **FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO**

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

CÓDIGO DANE: 225740000138 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
21	TI	1072198676	SERGIO	JOHAN	MATEUS	MORA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
22	TI	1072198873	ERIKA	YISETH	PARDO	MESA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
23	TI	1073719873	JHON	EMMANUEL	RODRIGUEZ	CUBILLOS	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
24	TI	1073722995	FABIAN	ALEJANDRO	ROMERO	DIAZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
25	TI	1140930081	YARID	VIVIANA	SANABRIA	PENAGOS	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
26	TI	1072198248	ALAN	SMITH	TIEMPOS	MONTOYA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
27	TI	1023966583	JEFFERSON	DAVID	BELLO	GONZALEZ	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
28	TI	1072197644	DANNA	SALOME	DIMATE	BORDA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
29	TI	1069766120	EDUAR	FERNEY	FORERO	CRUZ	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
30	TI	1073714776	DIEGO	GIOVANY	GONZALEZ	GONZALEZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
31	TI	1072196390	HERNAN		HERNANDEZ	BARRETO	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
32	TI	1072195298	IVAN	ESNEIDER	MATEUS	MORA	11	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
33	TI	1072197651	AXEL	SANTIAGO	RAMIREZ	RAMIREZ	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
34	TI	1074820520	ALLELEN	DAYAN	RODRIGUEZ	CUBILLOS	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
35	TI	1123446344	LUCIANA	VALENTINA	SANTOS	CAILE	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
36	TI	1072197172	YARLIN	YARITH	YONDA	GARZON	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
37	TI	1073709917	ERIKA	ALEJANDRA	ALVARADO	SANCHEZ	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
38	TI	1105897328	NIKOL	YURANI	BEDOYA	CAPERA	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
39	TI	1074530180	DEIMERSON	HAIR	CARDOZO	GARZON	12	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
40	TI	1105335338	JOSE	WILLINGTON	FERRER	LEYTON	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 3298 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 3298 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000138 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
41	TI	1073709577	JHOAN	ERNEY	GARZON	MAYORGA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
42	TI	1072196752	LAURA	MICHELL	GARZON	PEÑALOZA	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
43	TI	1074820074	ERIK	ALEXIS	GONZALEZ	GONZALEZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
44	TI	1073707279	GISELLE	SOFIA	GONZALEZ	HOLGUIN	11	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
45	TI	1206220698	VALERY	YISSED	LOPEZ	CASALLAS	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
46	TI	1072197092	DANNA	ISABELLA	PARRAGA	MARENTES	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
47	TI	1074820530	JOSEPH	LEANDRO	PARRAGA	RAMIREZ	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
48	TI	1074818827	GYNNY	BRIGETTE	RODRIGUEZ	CUBILLOS	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
49	TI	1074816731	ERICK	SANTIAGO	ALVARADO	CLEVES	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
50	TI	1072193600	DARWIN	ORLANDO	BERRIOS	SANDOVAL	13	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
51	TI	1072196365	DENIS	STEFANIA	BETANCOURT	PARDO	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
52	TI	1123813840	CARLOS	ANDRES	CAILE	CAILE	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
53	TI	1074818470	MARIA	ANGELICA	DURAN	RODRIGUEZ	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
54	TI	1025553070	JESUS	HERNAN	FONSECA	GARCIA	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
55	TI	1072196052	DEIBYD	SANTIAGO	GARZON	GARZON	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
56	TI	1072196076	IVAN	JAIR	GARZON	ORJUELA	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
57	TI	1073702576	EVELYN	DAHIANA	GONZALEZ	HOLGUIN	13	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
58	TI	1057600968	CAROL	ADRIANA	GUTIERREZ	CARDOZO	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
59	TI	1073701781	ANDREY		HERNANDEZ	BARRETO	13	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
60	TI	1158214583	ASHLY	MICHELL	LIZCANO	VARGAS	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	3298	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	3298	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 **NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO:** FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm **FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO**

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

CÓDIGO DANE: 225740000138 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
61	TI	1072195771	JUAN	SEBASTIAN	PEREZ	SALCEDO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
62	TI	1074815502	SAMARA	BALENTINA	RODRIGUEZ	CUBILLOS	13	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
63	TI	1072196474	VALERY	CAMILA	SARMIENTO	HERNANDEZ	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
64	TI	1072194143	MABEL	CRISTAL	ALARCON	GARZON	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
65	TI	1073241976	DAIRA	YADIRA	AMAYA	GARCIA	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
66	TI	1150436863	INGRID	YULIETH	ARIAS	APONTE	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
67	TI	1072193605	JUAN	SEBASTIAN	BELLO	PEÑA	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
68	TI	1025549291	XAVIC	JAVIER	FONSECA	GARCIA	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
69	TI	1072194717	JAMES	DAVID	GARCIA	HERNANDEZ	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
70	TI	1072193310	CRISTIAN	DAVID	GARZON	GUTIERREZ	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
71	TI	1072194226	YHOJAN	ESTIVEN	GARZON	GUTIERREZ	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
72	TI	1072195499	LAURA	VALENTINA	GARZON	TORRES	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
73	TI	1073130814	JEYDI	MICHELL	GOMEZ	CUBILLOS	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
74	TI	1074530626	JUAN	DAVID	GONZALEZ	DUARTE	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
75	TI	1073704490	JEAN	CARLOS	GONZALEZ	GONZALEZ	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
76	TI	1072193423	JESUS	DAVID	GUTIERREZ	MONTOYA	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
77	TI	1024558868	JUAN	ESTEBAN	HERNANDEZ	CASTILLO	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
78	TI	1072195128	LIZETH	JIMENA	HERNANDEZ	GARZON	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
79	TI	1077034988	SAMUEL	DAVID	JIMENEZ	PARRAGA	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
80	TI	1028669276	ALISSON	MARIAN	LOPEZ	CASALLAS	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 3298 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 3298 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000138 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
81	TI	1072194042	OSCAR	FABIAN	MATEUS	MORA	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
82	TI	1120243958	LUIS	FERNANDO	MONTAÑO	NIEVES	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
83	TI	1072193768	ANDRES	FELIPE	MONTOYA	MONTOYA	13	SI	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
84	TI	1072194726	SARA	VALENTINA	NIETO	GARZON	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
85	TI	1072195503	MARIA	JOSE	PARRAGA	MARENTES	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
86	TI	1072195197	ZAHIRA	LIZETH	PARRAGA	RAMIREZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
87	TI	1072194884	YILARY	SORANYI	REY	LEON	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
88	TI	1023395140	CRISTIAN	STIVEN	ADAMES	DUARTE	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
89	TI	1069746660	JAIRO	ESTEBAN	BUITRAGO	HERRERA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
90	TI	1072193687	DIEGO	ALEJANDRO	FARIAS	LEON	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
91	TI	1105335185	KAREN	TATIANA	FERRER	LEYTON	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
92	TI	1072193517	ANGUIE	SOFIA	GARZON	DIAZ	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
93	TI	1069647900	LESLY	YINNET	GARZON	GUTIERREZ	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
94	TI	1072192786	CRISTIAN	DAVID	GONZALEZ	GARZON	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
95	TI	1073690959	JUAN	PABLO	GONZALEZ	HOLGUIN	16	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
96	TI	1072193615	DEIVER	YOEL	GONZALEZ	RAMIREZ	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
97	TI	1072193724	DEISSY	YULIANA	GUTIERREZ	GARZON	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
98	TI	1028700726	WENDY	PAOLA	GUTIERREZ	MORALES	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
99	TI	1072194286	ANDERSON	SEBASTIAN	LOPEZ	DIAZ	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
100	TI	1073701792	DANIELA	FERNANDA	MESA	CRUZ	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	3298	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	3298	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 **NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO:** FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm **FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO**

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

CÓDIGO DANE: 225740000138 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el dia hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de dias de atención - Marque con una X el dia que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total dias de consumo
101	TI	1027530244	LINA	MARIA	PEREZ	GOMEZ	15	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
102	TI	1074817076	JENNIFER	MELISA	QUINTERO	GONZALEZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
103	TI	1073703440	DIDIER	STEVANN	QUINTERO	SALAZAR	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
104	TI	1072194437	DANA	YARITZA	RAMIREZ	PARRAGA	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
105	TI	1072193986	LEINER	YADIR	RAMIREZ	RAMIREZ	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
106	TI	1072193072	BRAYAN	SEBASTIAN	SANGUINO	GANTIVAR	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
107	TI	1109419121	EDWIN	ALEXANDER	TIQUE	VALENCIA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
108	TI	1011223395	EDWIN	STIVEN	AGUIRRE	MEJIA	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
109	TI	1072194418	ANGEE	SOFIA	CASALLAS	RAMIREZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
110	TI	1074815513	BRANDON	ALEXANDER	DUARTE	GARZON	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
111	TI	1072194290	YUREIMI	ALEXANDRA	ESPINOSA	GUTIERREZ	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
112	TI	1072192843	DAVID	SANTIAGO	FARIAS	TORRES	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
113	TI	1072194196	LUIS	SANTIAGO	GARZON	VASQUEZ	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
114	TI	1073131158	YISETH	NATALIA	GOMEZ	CUBILLOS	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
115	TI	1073703924	SINDY	MAYERLY	GONZALEZ	CASALLAS	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
116	NES	N37855523919	SACHESKA	VANESA	QUERALES	FLORES	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
117	TI	1072193118	MARIA	TERESA	RAMIREZ	RAMIREZ	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
118	TI	1072194065	INGRID	DAYANA	SALCEDO	TORRES	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
119	TI	1072193112	KAROL	NATALIA	SALCEDO	TORRES	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
120	TI	1072193530	ANDREA	YOJANA	ALVARADO	GARZON	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 3298 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 3298 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA — **CÓDIGO DANE:** 225740000138 — **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MUNICIPIO: SIBATÉ — **CÓDIGO DANE:** 225740000138 — **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ — **SEGMENTO:** NA — **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE — **AÑO: 2025**

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
121	TI	1072895210	DEIVIN	ESTEBAN	CARDOZO	CARDOZO	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
122	TI	1074529317	NIYIRED	ZHARID	CARDOZO	GARZON	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
123	TI	1072895510	EDNA	JULIETH	CARDOZO	PEREZ	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
124	TI	1070392228	ANGIE	NALLELY	GARZON	GUTIERREZ	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
125	TI	1072192604	HEIDY	LORENA	GARZON	MAYORGA	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
126	TI	1072192210	LAURA	STHEFANIA	GARZON	PARDO	16	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
127	TI	1023397125	YINETH	ALEXANDRA	GARZON	RIOS	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
128	TI	1072192190	MARIA	ELIZABETH	GONZALEZ	PEDRAZA	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
129	TI	1073697290	KAROL	JIMENA	GRISALES	GARZON	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
130	TI	1072193411	ANGELA	PATRICIA	LEON	SANABRIA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
131	TI	1072193863	INGRID	LORENA	MAYORGA	DIAZ	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
132	TI	1072194222	EDISON	YAIR	MAYORGA	GARZON	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
133	TI	1073687492	CARLOS	JULIO	MONTOYA	MONTOYA	17	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
134	TI	1074815600	JUAN	MANUEL	MUNEVAR	CASALLAS	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
135	TI	1074529810	EMILY	JIMENA	MUNEVAR	CHAVES	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
136	TI	1015441816	PAULA	KATERINE	NIAMPIRA	QUINTERO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
137	TI	1072192524	KENED	ALEXIS	RAMIREZ	GUTIERREZ	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
138	TI	1072193669	ANYI	NICOL	RAMIREZ	ROZO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
139	TI	1072192544	KEVIN	EVERTO	RIOS	PEÑALOZA	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
140	TI	1171213940	MAICOL	DAVID	RIVERA	MIGUEZ	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	3298	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	3298	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 **NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO:** FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm **FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO**

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
CÓDIGO DANE: 225740000138 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
141	TI	1072193776	CIELO	ALEJANDRA	SANABRIA	GARCIA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
142	TI	1024522578	KAREN	XIOMARA	SANABRIA	PENAGOS	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
143	TI	1072193176	HELLEN	JISSETH	TORRES	SALAZAR	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
144	TI	1072192052	WALMER	ALEXIS	AGUILAR	BERNAL	16	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
145	TI	1072192913	DILAN	LEONARDO	BELLO	BELLO	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
146	TI	1072193386	NIKOL	DAYANA	DIMATE	BORDA	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
147	TI	1105335011	LUISA	MARIA	FERRER	LEYTON	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
148	TI	1073696990	KAREN	SOFIA	FONSECA	GARCIA	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
149	TI	1072193120	DANIEL	ESTEBAN	GARCIA	MACIAS	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
150	TI	1073697403	MARIA	ANGELICA	GONZALEZ	CASALLAS	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
151	TI	1072192936	FRANKLYN	DAVID	GONZALEZ	ORJUELA	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
152	TI	1072192803	LAURA	YINETH	HERNANDEZ	GARZON	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
153	TI	1195463386	MAYRA	ZHARIT	HERRERA	VARGAS	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
154	TI	1073696022	SOFIA	NICOL	LIZCANO	VARGAS	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
155	TI	1072192562	DANNA	LIZETH	MUNOZ	SALAZAR	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
156	CE	34416347	ALEXANDRA	GABRIELA	PARRA	LOZANO	16	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
157	TI	1069743437	ANTONY	JAIR	PATARROYO	TEQUIA	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
158	TI	1073697086	JHISEL	YURANY	QUINTERO	GONZALEZ	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
159	TI	1073696329	SERGIO	JAIR	QUINTERO	GONZALEZ	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
160	TI	1072192911	BRIGITH	LILIANA	QUINTERO	SALAZAR	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 3298
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 3298
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC:
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000138 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000138 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
161	TI	1074815288	HEIKER	ADRIAN	RAMIREZ	GARZON	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
162	TI	1072192734	LIZETH	DAYANA	REY	LEON	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
163	TI	1028947434	MONICA	ALEJANDRA	RICARDO	SOGAMOSO	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
164	TI	1073696018	FREDDY	SANTIAGO	RODRIGUEZ	CUBILLOS	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
165	TI	1141717145	LINDA	SOFIA	ACERO	HERNANDEZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
166	TI	1073688030	ROBERTO		ANAYA	HUERTAS	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
167	TI	1072192212	EDUARD	FERNANDO	ESPINOSA	GUTIERREZ	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
168	TI	1050096198	JUAN	CARLOS	ESPITIA	NEVA	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
169	TI	1073677359	EMERSON	RODRIGO	GARCIA	HERNANDEZ	18	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
170	TI	1072192610	DIEGO	HERNAN	GARZON	GARZON	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
171	TI	1072191874	DAYANA	MICHELL	GARZON	LEON	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
172	TI	1072191839	SANDY	NAYIBE	GARZON	PARRA	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
173	TI	1072191997	DANIEL	FELIPE	GONZALEZ	GARZON	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
174	TI	1011326167	ISABELLA		LEIVA	CASALLAS	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
175	TI	1015427129	ERIKA	MICHELLE	NIAMPIRA	QUINTERO	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
176	TI	1072192191	YIRLEY	XIMENA	PARDO	MESA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
177	TI	1072191942	VIVIAN	SOLANGI	PARRAGA	RAMIREZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
178	TI	1072191684	MELANNY	TATIANA	PEÑALOZA	RAMIREZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
179	TI	1072192124	KAREN	GINETH	QUINTERO	SALAZAR	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
180	TI	1072191991	HELBER	JULIAN	RAMIREZ	DIAZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 3298
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 3298
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC:
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA — CÓDIGO DANE: 225740000138 — NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

MUNICIPIO: SIBATÉ — CÓDIGO DANE: 225740000138 — SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ROMERAL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ — SEGMENTO: NA — MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE — AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el dia hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de dias de atención - Marque con una X el dia que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total dias de consumo
181	TI	1072192036	BREIDY	DAYANA	RIOS	GARZON	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
182	TI	1070466897	NICOL	TATIANA	RIVERA	MIGUEZ	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
183	TI	1073693451	CRISTIAN	DAVID	ROJAS	MUNEVAR	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
184	TI	1022980863	CAROL	ZULEY	SANCHEZ	RAMIREZ	14	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
185	TI	1073684792	JULIO	CESAR	ANAYA	HUERTAS	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
186	TI	1072191613	EDWIN	CAMILO	BETANCOURT	PARDO	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
187	TI	1072191683	NIKOL	DANIELA	DUARTE	MUNEVAR	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
188	TI	1072191189	OSCAR	ENRIQUE	FARIAS	RIOS	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
189	TI	1072191105	YESID	SEBASTIAN	FARIAS	TORRES	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
190	TI	1024511866	CAROL	MICHELL	GARZON	RIOS	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
191	TI	1072191255	NICOL	TATIANA	GARZON	VASQUEZ	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
192	TI	1021680217	SANDRA	PATRICIA	HERNANDEZ	GARZON	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
193	TI	1072191513	YENNI	SARITH	LEON	GARZON	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
194	TI	1072190974	ALISON	YURLEY	SASTRE	BERNAL	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 3298 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 3298 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 — NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ C.C. 3.129.735

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm — FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

CERTIFICADO DE ENTREGA DE RACIONES A INSTITUCIONES EDUCATIVAS

DATOS GENERALES			
OPERADOR - JAC	ASOCIACIÓN MUNICIPAL DE JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE SIBATÉ	CONTRATO N°	SE-CD-SCO-415-2025

INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO			CÓDIGO DANE	225740000189
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA			CÓDIGO DANE	25
MUNICIPIO:	SIBATÉ			CÓDIGO DANE	740
FECHA DE EJECUCIÓN	Desde	1-oct	Hasta		31-oct
NOMBRE RECTOR:	CRISTINA MARIN LOPEZ				

CERTIFICACIÓN

El suscrito Rector de la Institución Educativa citada en el encabezado, certifica que se entregaron las siguientes raciones, en las fechas señaladas y de acuerdo con la siguiente distribución:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO O CENTRO EDUCATIVO	TIPO RACIÓN	ENTREGADO			
		N° RACIONES POR DÍA	N° DÍAS ATENDIDOS	TOTAL RACIONES	NOVEDADES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	369	17	6273	
	RI				
ESCUELA RURAL SAN EUGENIO	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	9	17	153	
	RI				
ESCUELA RURAL SANTA ROSA	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	12	17	204	
	RI				
TOTAL		390	17	6630	

CAJM/CAJT = Complemento Alimentario Jornada Mañana / Complemento Alimentario Jornada Tarde
ALMUERZO = Almuerzo
RI: Ración Industrializada

DESCRPCIÓN	TOTAL RACIONES ENTREGADAS RACIÓN	TOTAL RACIONES ENTREGADAS	TOTAL RACIONES ENTREGADAS RACIÓN	No. DE TITULARES DE DERECHO
POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD				
POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO				
COMUNIDADES ÉTNICAS				
POBLACIÓN MAYORITARIA		6630		390
GRAN TOTAL	**0**	**6630**	**0**	**390**

OBSERVACIONES

La presente certificación se expide como soporte de pago y con base en el registro diario de Titulares de Derecho, que se diligencia en cada Institución Educativa atendida.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:					
FECHA:	DÍA	4 de Noviembre	DEL	AÑO	2025

FIRMA DEL RECTOR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECTOR	CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000162 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL SAN EUGENIO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
												Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	
1	TI	1072198971	SARA	VALENTINA	FARIAS	CASTILLO	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1023985251	DAMIAN	ESTEBAN	PINTO	ZARATE	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1012469660	MARIA	JOSE	VALDERRAMA	BEJARANO	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	TI	1072197300	NICOLAS	SNEIDER	CACERES	GONZALEZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	TI	1072197556	AHSLY	MARIANA	VIASUS	CASTILLO	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	TI	1065843135	THAYLIS	ISABELL	GALUE	CARRILLO	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1065842785	THAYLER	JOSE	GALUE	CARRILLO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1073703839	ANDRES	SANTIAGO	HERNANDEZ	PEREZ	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1051590275	STEFANIA		VALDERRAMA	BEJARANO	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 153 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 153 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000421 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL SANTA ROSA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
1	RC	1073725247	DAVID	STEBAN	VELANDIA	HERNANDEZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	TI	1072198974	JUAN	DAVID	VALLEJO	BARAJAS	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	TI	1072198444	JOSTIN	DAVID	GARZON	RAMOS	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	TI	1072198897	ASHLY	VALERIA	GONZALEZ	GARZON	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	TI	1080190085	SALOME		GUAYAN	ESPINOSA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	TI	1072196815	EYDER	DAMIAN	GONZALEZ	GARZON	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1074819873	JOSE	SANTIAGO	RODRIGUEZ	DIAZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1063493847	SHAIK	CAROLINA	BELEÑO	BALLESTA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1080187757	EMILY	THALIA	GUAYAN	ESPINOSA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1070468174	DYLAN	JOEL	RODRIGUEZ	BARAJAS	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1072196392	JOPSE	ADRIAN	RODRIGUEZ	BARAJAS	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1072196276	OSMAN	SMITH	RODRIGUEZ	GARZON	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 204
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 204
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
1	RC	1072199134	JHOSEPH	FERNEY	ALVARADO	RAMIREZ	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1072199473	AYLIN	SAMARA	AVILA	SANDINO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1013696191	ASHLY	JULIETH	CLAVIJO	RAMOS	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1072199393	JESUS	MATEO	CONDE	QUEMBA	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1072199332	EIMMY	THAMARA	CONTENTO	DAZA	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1072199407	ESTEFANY		FORERO	GUTIERREZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	RC	1074533549	LIAN	GABRIEL	GONZALEZ	BELTRAN	8	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	RC	1074535605	IAN	FELIPE	GUTIERREZ	GUTIERREZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	RC	1069651070	DANNA	VALENTINA	MARTINEZ	VELASQUEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	RC	1072199441	GABRIEL		MENDIETA	CASTRO	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	RC	1045330689	ELIZABETH		OSPINA	LOPEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	RC	1072199275	THIAGO	ANDRES	RAMOS	RAMIREZ	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	RC	1072199556	IKER	MATHIAS	RIOS	GUTIERREZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	RC	1032513118	LUCIANA		TORRES	OROZCO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	RC	1074535715	IKER	DAVID	VILLARRAGA	MONTERO	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	RC	1072199220	ANTONELLA	NAIR	VILLARRAGA	PEREZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	TI	1072199000	MIA	SALOME	ARDILA	GARCIA	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	TI	1034579046	JULIAN	DAVE	GAITAN	GARCIA	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	RC	1072199285	EVELYN	SAMANTHA	GARCIA	VILLARRAGA	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	RC	1072199026	LIAM	FELIPE	GIRALDO	QUEMBA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17.

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
21	TI	1222219900	HELEN	SALOME	GOMEZ	INFANTE	7	NO	F	1	RPS		
22	RC	1072199123	SAMUEL	ALEJANDRO	GUTIERREZ	PARRA	6	NO	M	1	RPS		
23	TI	1072199952	JUAN	MANUEL	GUTIERREZ	USSA	6	NO	M	1	RPS		
24	TI	1074534267	JUAN	ESTEBAN	HERNANDEZ	PEREZ	7	NO	M	1	RPS		
25	RC	1072199320	EMILY	MARIANA	PAEZ	RAMIREZ	6	NO	F	1	RPS		
26	RC	1072199236	ERIK	SANTIAGO	PEÑA	PARDO	6	NO	M	1	RPS		
27	TI	1072199001	CENIT	MARIANA	PEREZ	AGUJA	7	NO	F	1	RPS		
28	RC	1072199270	KAROL	LUCIANA	PIRA	USA	6	NO	F	1	RPS		
29	TI	1072198719	SARA	CAMILA	RAMIREZ	VELASQUEZ	7	NO	F	1	RPS		
30	TI	1074825483	ANETTE	MARIANA	SANDOVAL	QUICENO	7	NO	F	1	RPS		
31	TI	1074822547	OWEN	DAMIAN	SANDOVAL	QUICENO	8	NO	M	1	RPS		
32	TI	1072198977	JULIETA		SARMIETO	PRIETO	7	NO	F	1	RPS		
33	RC	1222220579	AMY	LUCIANA	SIERRA	ROJAS	6	NO	F	1	RPS		
34	RC	1074826441	LUCIANA		SUAREZ	MORENO	6	NO	F	1	RPS		
35	RC	1141368118	MILAN	SMITH	VELASQUEZ	CAÑON	6	NO	M	1	RPS		
36	RC	1072199158	ANA	LIA	VILLARRAGA	GARZON	6	NO	F	1	RPS		
37	TI	1072198299	KEVIN	GIOVANNY	ALVARADO	RAMIREZ	8	NO	M	2	RPS		
38	TI	1222212800	DANNA	AINARA	BUITRAGO	GUTIERREZ	9	NO	F	2	RPS		
39	RC	1013692998	MARÍA	CAMILA	CARVAJAL	ZAMUDIO	7	NO	F	2	RPS		
40	TI	1072198869	MARIAN	CELEST	CAUCALI	MENDIETA	7	NO	F	2	RPS		

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679951 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
41	TI	1072198527	JHOAN	ESTEBAN	CONTENTO	RUBIO	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
42	TI	1072198886	DANNA	VALERIA	CRISTANCHO	GUASCA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
43	TI	1222216390	KARELL	SALOME	FARDEN	GUTIERREZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
44	TI	1015483779	SAYUMI	HANNA MAIIU	GONZALEZ	RODRIGUEZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
45	TI	1072198945	MARIA	PAULA	GUTIERREZ	CANGREJO	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
46	TI	1072198338	MIA	LUCIANA	GUTIERREZ	GUTIERREZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
47	TI	1074824842	MATIAS	SAID	GUTIERREZ	PARRAGA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
48	TI	1014485350	ZAYRETH	SAMAY	HERNANDEZ	MONTES	10	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
49	TI	1118874502	MARIA	ISABEL	HUERTAS	CARRILLO	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
50	TI	1072198872	DANIEL		LUGO	MONTOYA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
51	TI	1072198698	EIDER	ANDRES	MARENTES	GARCIA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
52	TI	1072197450	KEYNER	SAMUEL	MONTERO	RAMIREZ	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
53	TI	1072197695	DEINNER	STEVAN	OSORIO	GONZALEZ	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
54	TI	1072198712	LIAN	JOEL	PEREZ	GARCIA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
55	TI	1072198593	DILAN	STEVEN	PINILLA	RAMIREZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
56	TI	1072198764	LUCIANA		PULIDO	DIAZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
57	TI	1074534214	DANNA	MAYTE	RODRIGUEZ	CHAVARRO	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
58	TI	1072198790	IAN	DAVID	TORRES	CHAVES	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
59	TI	1072197572	NASSLY	NAHOMI	TUNUBALA	RAMIREZ	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
60	TI	1072198193	SAMUEL		VENEGAS	RODRIGUEZ	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Ol FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
61	TI	1072197527	IAN	SAMUEL	ARIAS	MONTOYA	9	NO	M	3	RPS		
62	TI	1146139733	DALIA	MILENA	CASTAÑEDA	BUSTOS	8	NO	F	3	RPS		
63	TI	1028878046	ABY	SULEYN	CASTAÑO	GARCIA	9	NO	F	3	RPS		
64	TI	1094063560	EMILY	YISETH	FLOREZ	GUTIERREZ	8	NO	F	3	RPS		
65	TI	1072195820	JUNIOR	FERNANDO	FORERO	GUTIERREZ	11	NO	M	3	RPS		
66	TI	1074821501	EIMY	MARCELA	GARZON	CANGREJO	9	NO	F	3	RPS		
67	TI	1072197175	LESLY	VALENTINA	GARZON	HERNANDEZ	9	NO	F	3	RPS		
68	TI	1072198078	ASTRID	ARELIS	GONZALEZ	RIOS	8	NO	F	3	RPS		
69	TI	1072198234	ERICK	JOEL	GONZALEZ	VILLARRAGA	8	NO	M	3	RPS		
70	TI	1022441611	IHAN	ALEXIS	HERNANDEZ	SOLORZANO	8	NO	M	3	RPS		
71	TI	1016107034	SAMUEL	MATEO	LOPEZ	LOZANO	8	NO	M	3	RPS		
72	TI	1233501422	DANIEL	CAMILO	ORJUELA	GARCIA	8	NO	M	3	RPS		
73	TI	1072197555	MAILYN	CAMILA	PENAGOS	GUTIERREZ	9	NO	F	3	RPS		
74	TI	1233510865	ERICK	ALEJANDRO	PEREZ	BARRAGAN	7	NO	M	3	RPS		
75	TI	1106788833	JUAN	PABLO	PEREZ	DIAZ	9	NO	M	3	RPS		
76	TI	1072197061	JOSE	DAMIAN	PEREZ	RINCON	9	NO	M	3	RPS		
77	TI	1072195693	ZHARIK	ANDREA	RAMIREZ	PAREDES	11	NO	F	3	RPS		
78	TI	1072197893	LEIDY	YULIANA	RAMIREZ	RAMIREZ	8	NO	F	3	RPS		
79	TI	1073712637	HEIDER	SMITH	RAMOS	GARCIA	10	NO	M	3	RPS		
80	TI	1022438212	DANA	ISABEL	RUEDA	BECERRA	9	NO	F	3	RPS		

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
81	TI	1072197626	ANA	SOFIA	SANCHEZ	VELEZ	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
82	TI	1072197824	IAN	FELIPE	VANEGAS	CARVAJAL	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
83	TI	1074532626	ISABELLA		BELTRAN	CASTIBLANCO	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
84	TI	1072196997	DANNA	SOFIA	BUSTOS	PINZON	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
85	TI	1206219569	JEIDY	SCHARICK	BUSTOS	PINZON	11	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
86	TI	1011238307	OMAR	ESTEBAN	CASTRO	SANCHEZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
87	TI	1072197234	LIAN		CAUCALI	MENDIETA	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
88	TI	1072196223	ANGEL	FELIPE	CRISTANCHO	GUASCA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
89	TI	1206219686	SARA	VALENTINA	GARCIA	DIAZ	11	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
90	TI	1013149072	LUZ	HEILY	GARCIA	ESTEPA	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
91	TI	1222211599	SHARID	CAMILA	GARCIA	VILLARRAGA	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
92	TI	1074820649	ISABELLA	SPERANZA	GOMEZ	MENDEZ	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
93	TI	1072196701	HEYDY	YULYANA	GONZALEZ	FRANCO	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
94	TI	1011239298	JEAN	CARLOS	GUTIERREZ	GARCIA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
95	TI	1011235055	JOSEPH	ANDREW	HERNANDEZ	MONTES	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
96	TI	1072196323	JUAN	DIEGO	LUGO	MONTOYA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
97	TI	1074819853	ITHAN	SAMUEL	MUÑOZ	OROZCO	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
98	TI	1072197199	EMILY		PARRA	RAMIREZ	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
99	TI	1072196473	SARA	GABRIEA	PEREZ	AGUJA	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
100	TI	1072196998	ERICK	ALEJANDRO	RAMIREZ	SOLORZANO	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17.

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
101	TI	1072195741	ALAN	MATIAS	RAMIREZ	VELASQUEZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
102	TI	1072196965	EILEEN	JULIETA	RAMOS	RAMIREZ	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
103	TI	1025552990	HASLY	DANIELA	RIOS	GUERRERO	11	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
104	TI	1072196848	SALOME		RODRIGUEZ	MOLINA	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
105	TI	1072196299	DIEGO	ALEJANDRO	ROJAS	LOPEZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
106	TI	1023407328	ALAN	ALBERTO	SANCHEZ	PULIDO	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
107	TI	1146135607	SAMANTHA		SUAREZ	MORENO	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
108	TI	1072195704	EMILY	SOFIA	ARIAS	MONTOYA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
109	TI	1072196171	ALEJANDRA		BAUTISTA	PARRA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
110	TI	1072196058	ANDRES	FELIPE	BAUTISTA	VILLARAGA	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
111	TI	1024580193	HELEN	MARIANA	CAPERA	CARMONA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
112	TI	1073707534	SALOME		CARDONA	GARZON	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
113	TI	1072195962	AARON	MATEO	CHAVEZ	RAMIREZ	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
114	TI	1072197021	DILAN	ALEXANDER	DELGADO	HENAO	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
115	TI	1072195859	GELEN	MARIANA	GARCIA	DIAZ	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
116	TI	1072195894	YOSTIN	ADRIAN	GARCIA	VILLARRAGA	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
117	TI	1023403873	NICOLL	SOFIA	GARZON	CANGREJO	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
118	TI	1072196311	LUISA	VALENTINA	GARZON	VILLARRAGA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
119	TI	1011226373	SAMUEL	ALEJANDRO	GONZALEZ	BELTRAN	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
120	TI	1072195881	THIAGO	MATHIAS	GONZALEZ	RAMIREZ	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

(4)

Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
121	TI	1013145393	DILAN	SAMUEL	MARTINEZ	GUERRERO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
122	TI	1072196005	ANGEL	DAMIAN	MONTERO	SANGUINO	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
123	TI	1069177934	MARIA	JOSE	MORENO	MENDOZA	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
124	TI	1072196280	MICHELLE	JULIANA	PAEZ	RAMIREZ	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
125	TI	1072195856	VALERY	SIDNEY	PINILLA	RAMIREZ	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
126	TI	1072196051	GABRIEL		PULIDO	DIAZ	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
127	TI	1072196188	EMELY	HANNAH	QUIROGA	VILLARRAGA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
128	TI	1072194399	SNEYDER	FABIAN	RODRIGUEZ	CASTAÑEDA	13	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
129	TI	1016836165	MARTIN		ROMAN	SANCHEZ	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
130	TI	1072196391	MARIA	CAMILA	SANCHEZ	VELEZ	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
131	TI	1072194909	JHOCEED	ESMID	SOLORZANO	GARZON	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
132	TI	1023405107	CARLOS	ANDRES	TORRES	AVILES	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
133	TI	1072195424	JAIDER	ANDRES	VILLARRAGA	GUTIERREZ	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
134	TI	1023406563	ALISON	MARIANA	VILLARRAGA	VILLARRAGA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
135	TI	1023403231	ARIAGNA	AALIYAH	ZAMUDIO	INFANTE	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
136	TI	1074818135	JORGE	ANDRES	BLANCO	DIAZ	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
137	TI	1072194458	HEIDY	NATALIA	CABIEDES	QUIMBAY	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
138	TI	1011224222	ANDRES	FELIPE	CADENA	BARBOSA	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
139	TI	1074816033	DEIVID	JULIAN	CARO	CORTES	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
140	TI	1146132584	ANDRES		CASALLAS	CORDOBA	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA — PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA — PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6273 — PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Aprender | Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
141	TI	1074817028	ROBERT	JOEL	GARCIA	RODRIGUEZ	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
142	TI	1072195525	VALERY	SOFIA	GARCIA	SANCHEZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
143	TI	1025072961	ANGEL	FELIPE	GARZON	SANDOVAL	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
144	TI	1072194338	DANIA	MELISSA	GUTIERREZ	GUTIERREZ	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
145	TI	1072195248	LUNA	VALERIA	GUTIERREZ	PARRA	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
146	TI	1074531412	EVELYN	NAHOMI	MARTINEZ	GONZALEZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
147	TI	1072194253	JOHAN	DAVID	MORENO	GARZON	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
148	TI	1068975437	ZALOME		NAVARRO	GUTIERREZ	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
149	TI	1222205221	MARIAJOSE		PEÑALOZA	MAYORGA	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
150	TI	1123115308	MANUEL	SANTIAGO	PEREZ	AGUJA	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
151	TI	1069646797	YULIAN	ESTIBEN	PEREZ	DIAZ	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
152	TI	1072194360	BREYNER	SANTIAGO	RAMIREZ	VELASQUEZ	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
153	TI	1072194813	SHAIRA	NICOLE	RAMOS	GARZON	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
154	TI	1011224117	NICOLAS		RODRIGUEZ	VARGAS	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
155	TI	1072192381	DANIEL	SANTIAGO	VELASCO	GONZALEZ	15	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
156	TI	1072195286	MARIA	JOSE	VILLARRAGA	FRANCO	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
157	TI	1220216782	VALERY	JULIANA	ACOSTA	GUTIERREZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
158	TI	1011225485	AIDAN	SANTIAGO	CAÑAS	PEÑA	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
159	TI	1028701434	KENNY	ANDERSON	CARDENAS	QUICENO	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
160	TI	1150187153	ZAHID	KALLEB	EBRAT	VILLARRAGA	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
161	TI	1072194885	ANA	VALENTINA	GARCIA	DIAZ	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
162	TI	1072195174	JUAN	JOSE	GARZON	GUERRERO	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
163	TI	1074817271	HEIDER	SANTIAGO	GARZON	MALAGON	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
164	TI	1074817851	ANGELY	SHARITH	GOMEZ	GARZON	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
165	TI	1109070267	LIZETH	DANIELA	GOMEZ	GUZMAN	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
166	TI	1072193849	DAYRON	GIOVANNY	GONZALEZ	PULIDO	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
167	TI	1024561173	HEIDY	AHILIN	GUASCA	CALDERON	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
168	TI	1222205347	CRISTOPHER		LOZANO	NIÑO	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
169	TI	1072194470	SAMUEL		MARENTES	AMAYA	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
170	TI	1072195415	SARA	SOFIA	MARTINEZ	GONZALEZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
171	TI	1043461919	SANTIAGO		MARTINEZ	MUÑOZ	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
172	TI	1011229755	DANNA	SALOME	MONTOYA	MONTOYA	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
173	TI	1030660967	EMANUEL	SANTIAGO	PEÑA	GALEANO	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
174	TI	1072194267	KEVIN	SEBASTIAN	RAMIREZ	RAMIREZ	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
175	TI	1073702080	YAMID	ANDRES	SEPULVEDA	SALAZAR	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
176	TI	1072195351	JOHAN	DAVID	SUAREZ	GONZALEZ	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
177	TI	1072195740	WILMER	JOSE	VANEGAS	CARVAJAL	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
178	TI	1072193163	ERICK	DUVAN	ALVARADO	GONZALEZ	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
179	TI	1072194241	PAULA	YOJANNA	ALVARADO	RAMIREZ	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
180	TI	1029150869	JOSEPH	JULIAN	CARDOZO	GUTIERREZ	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
181	TI	1025550842	JUAN	PABLO	CELEITA	PEÑALOZA	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
182	TI	1072194703	KAROL	TATIANA	CLAVIJO	RAMOS	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
183	TI	1072194672	NICOLAS		DIAZ	MONTOYA	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
184	TI	1072192733	FERNEY	STIVEN	GARCIA	SANCHEZ	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
185	TI	1073703565	NAHOMI		GONZALEZ	BELTRAN	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
186	TI	1096671898	LUIS	ESTIBEN	GONZALEZ	FIGUEROA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
187	TI	1072193949	JHOSTIN	DAVID	GONZALEZ	PARDO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
188	TI	1073697263	VALERIN	SOFIA	HERNANDEZ	PEREZ	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
189	TI	1024546886	THOMAS		MARENTES	HENAO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
190	TI	1072194710	VALERY	MICHEL	MARTINEZ	VERDUGO	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
191	TI	1072194299	MAILED	ALEJANDRA	MONTERO	GONZALEZ	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
192	TI	1072193305	ASHLY	JULIANA	MONTERO	RAMIREZ	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
193	TI	1073701836	ISABEL	SOFIA	MONTOYA	BELLO	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
194	TI	1023389918	JOAN	STIVEN	PEÑALOZA	GARZON	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
195	TI	1028874337	DANNA	SOFIA	RIVEROS	MATIZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
196	TI	1011222988	ISABEL	SOFIA	VILLARRAGA	MONTERO	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
197	TI	1019099334	JUAN	PABLO	BORDA	LONDOÑO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
198	TI	1030656080	DIEGO	ANDRES	CASTRO	CAÑON	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
199	TI	1072194966	EMILE	YULIANA	CONTENTO	ADAMES	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
200	TI	1023400035	LUIS	SANTIAGO	DIAZ	OTALORA	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000146 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO

MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000146 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE **AÑO:** 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
201	TI	1147488609	DANNA	VALENTINA	GARZON	CHICO	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
202	TI	1026282607	AILYN	ESTEFANNY	GARZÓN	RAMIREZ	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
203	TI	1072194206	GABRIEL		MAHECHA	PIZA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
204	TI	1013140057	JUAN	ESTEBAN	MARTINEZ	GUERRERO	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
205	TI	1072192910	SHARIT	ZULAY	MONTERO	SANGUINO	15	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
206	TI	1028874835	JUAN	DIEGO	MORALES	MARTINEZ	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
207	TI	1068974895	DAVID		NAVARRO	GUTIERREZ	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
208	TI	1072193914	DANIEL	SANTIAGO	RAMIREZ	SOLORZANO	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
209	TI	1072194150	DYLAN	JOSUE	RIVERA	HORTUA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
210	TI	1011220449	KEVIN	STIVEN	SUAREZ	PARDO	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
211	TI	1023398975	LAURA	VALENTINA	TORRES	AVILES	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
212	TI	1074815485	MARIA	JOSE	TORRES	SANCHEZ	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
213	TI	1074817452	MAILYN	JULIANA	VILLARRAGA	GARZON	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
214	TI	1146129051	ARLEY	STEVEN	VIRGUEZ	TAMAYO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
215	TI	1074529233	KEVIN	SANTIAGO	ARANDA	CARDONA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
216	TI	1025547815	JUAN	DAVID	AUSIQUE	FORERO	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
217	TI	1074529124	KYLLIAN	STEVEN	AVILA	GARZON	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
218	TI	1072193848	KEVIN	ESTIVEN	BELLO	SOLORZANO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
219	TI	1074529570	ANGELY	SALOME	BLANCO	DIAZ	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
220	TI	1012412447	HEILYN	GABRIELLY SALOME	CANGREJO	GARCIA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6273	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6273	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 **NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO:** RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm **FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO**

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
221	TI	1029150416	MICHELL	DAYANA	CANGREJO	GARZON	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
222	TI	1023397598	ISABELLA		COLMENARES	CHACON	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
223	TI	1069736539	ZAHIRA	MELISA	CUBILLOS	CARDOZO	16	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
224	TI	1072194047	LUIS	ALEJANDRO	ESPEJO	RAMIREZ	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
225	TI	1079689855	KAROLL		FLORIAN	ARDILA	16	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
226	TI	1074529398	EMILY	SOFIA	FONSECA	ORTIZ	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
227	TI	1072193338	KEVIN	SANTIAGO	GARCIA	GUERRERO	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
228	TI	1074814881	CHAROL	SULAY	GARZON	CANGREJO	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
229	TI	1011204809	KAROL	ASTRID	GARZON	MONTOYA	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
230	TI	1023389927	SHARON	JULIETH	GOMEZ	MENDEZ	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
231	TI	1073702351	JESICA	VALENTINA	GONZALEZ	MONTOYA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
232	TI	1072192686	KAROL	JESCENIA	GUERRERO	GUERRERO	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
233	TI	1072194298	DIEGO	ALEJANDRO	GUTIERREZ	BARRERA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
234	TI	1074529861	DANNA	VALENTINA	GUTIERREZ	USSA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
235	TI	1072193958	LAUREN	SOFIA	HENAO	MARENTES	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
236	TI	1028869420	MARYORY	JULIETH	LEON	GUTIERREZ	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
237	TI	1028493093	SARAH		LOZANO	NIÑO	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
238	TI	1072192495	JUAN	PABLO	MARTINEZ	MARTINEZ	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
239	TI	1072193498	LIZETH	JULIANA	MESA	VILLARRAGA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
240	TI	1028700964	KEVIN	MANUEL	MONTAÑA	QUEVEDO	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6273	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6273	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679861 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
241	TI	1072193978	SAIRA	MARIANA	NONTERO	SANGUINO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
242	TI	1072192536	SERGIO	ALEJANDRO	MORENO	MENDOZA	16	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
243	TI	1070393313	MICHAEL	ALVEIRO	MURCIA	SUA	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
244	TI	1072193763	MIKE	SEBASTIAN	NEUTA	HERNANDEZ	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
245	TI	1072193827	JUAN	CAMILO	NIÑO	PAEZ	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
246	TI	1188213561	LUNA	XIMENA	NOCUA	ACOSTA	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
247	TI	1072192526	DAVID	ROBERTO	PEREZ	VILLARRAGA	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
248	TI	1072192246	JUAN	SEBASTIAN	PINEDA	MORENO	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
249	TI	1072194145	DARLY	FERNANDA	PINILLA	RAMIREZ	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
250	TI	1072193113	MARIA	JOSE	PULIDO	DIAZ	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
251	TI	1072193999	DILAN	SMITH	QUIROGA	VILLARRAGA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
252	TI	1074815248	ERICK	NICOLAS	RAMIREZ	PAREDES	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
253	TI	1072194083	ZEPHER	THOMAS	RINCON	VILLARRAGA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
254	TI	1146128488	DANIELA		RIOS	RINCON	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
255	TI	1012377861	NICOL	SARAY	ROBAYO	GUTIERREZ	16	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
256	TI	1072193240	DILAN	ANDREY	RODRIGUEZ	GARZON	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
257	TI	1072193372	JOAN	SEBASTIAN	SACHICA	GARCIA	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
258	TI	1072193490	WILMER	SANTIAGO	SALAZAR	GARZON	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
259	TI	1013648421	NICOLAS	DAMIAN	SANCHEZ	PULIDO	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
260	CC	34418025	SANDY	ALEJANDRA	SEIJAS	PAEZ	16	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6273 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6273 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
261	CE	36688359	BARBARA	SOFIA	VEGA	CASTILLO	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
262	TI	1023394953	ANDERSON	STIVEN	VILLARRAGA	VILLARRAGA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
263	TI	1073690916	DIEGO	ALEXANDER	ANGARITA	CHICO	16	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
264	TI	1023392138	JUAN	SEBASTIAN	AREVALO	BELTRAN	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
265	TI	1074814151	KAREN	JOHANA	BALLEN	BUSTOS	16	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
266	TI	1029148305	JOAN	STIVEN	BELLO	RINCON	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
267	TI	1082963414	ANYELEN	XIMENA	BLANCO	VELASCO	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
268	TI	1072193114	JOEL	JACOB	CANGREJO	GONZALEZ	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
269	TI	1072192693	MARIA	EMILIA	CANTOR	PINZON	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
270	TI	1073697822	KEVIN	ALEJANDRO	CARDENAS	QUICENO	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
271	TI	1062443101	NATHALY		CASALLAS	CORDOBA	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
272	TI	1011212404	MARIAM	SOFIA	CONTENTO	GUTIERREZ	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
273	TI	1065843136	EDIAINYS	ISABELL	GALUE	CARRILLO	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
274	TI	1072193442	MIGUEL	ANGEL	GARZON	GARZON	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
275	TI	1072193334	JAIR	ESTEBAN	GARZON	GONZALEZ	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
276	TI	1030608953	SAMANTHA		GOMEZ	ALBA	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
277	TI	1072192724	HENAO	MARENTES	JOSE	DANIEL	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
278	TI	1016049729	SILVIA	RAQUEL	LOPEZ	LOZANO	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
279	TI	1023165870	JOAN	SEBASTIAN	MARIN	GARCIA	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
280	TI	1073688706	LAURA	CAMILA	MEDINA	RAMIREZ	16	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA **CÓDIGO DANE:** 225740000146 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO

MUNICIPIO: SIBATÉ **CÓDIGO DANE:** 225740000146 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE **AÑO:** 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el dia hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de dias de atención - Marque con una X el dia que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total dias de consumo
281	TI	1072191745	ANDRES	FELIPE	MORENO	AYALA	16	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
282	TI	1028947392	MERCY	ALEJANDRA	MUÑOZ	LOPEZ	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
283	TI	1073683513	JHON	ALEXANDER	PARRAGA	RAMIREZ	18	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
284	TI	1025547966	GABRIELA		PEÑALOZA	ACOSTA	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
285	TI	1072193247	HASBLEIDY		RAMIREZ	VELASQUEZ	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
286	TI	1072192921	KEVIN	GIOVANNY	RAMOS	GARZON	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
287	TI	1072192891	NASLY	SOFIA	RODRIGUEZ	CASTAÑEDA	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
288	TI	1030637266	MANDI	NINELA	RUEDA	BECERRA	13	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
289	TI	1013130770	JUAN	ESTEBAN	SANTANA	GONZALEZ	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
290	TI	1010841868	EMELYN		SOLAQUE	RAMIREZ	16	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
291	TI	1072192231	WILLIAM	SAMIR	TAPIAS	GOMEZ	16	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
292	TI	1072193198	MARIANA		VENEGAS	RODRIGUEZ	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
293	TI	1011207391	JULIAN	ARTURO	VILLARRAGA	GUTIERREZ	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
294	TI	1074527228	ALISSON	NIKOL	ARANDA	CARDONA	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
295	TI	1073689343	KATHERIN	MARIANA	ARANDA	CARDONA	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
296	TI	1023376597	CHRISTIAN	MATEO	BARAHONA	MOYA	18	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
297	TI	1073688000	JUAN	DAVID	BELTRAN	BELTRAN	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
298	TI	1019069559	MARTIN	SANTIAGO	BORDA	LONDOÑO	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
299	TI	1072191020	JUAN	SEBASTIAN	BULLA	RODRIGUEZ	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
300	TI	1072191441	HANNA	VALENTINA	CADENA	MARTINEZ	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6273	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6273	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 **NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO:** RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm **FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO**

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
301	TI	1011102787	SANTIAGO		CARRILLO	FARIAS	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
302	TI	1072192372	SHARON	STEFANNY	CONTENTO	DAZA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
303	CC	1022354647	NICOL	DAYANNA	CORREA	CORREA	18	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
304	CC	1069729699	JONATHAN	DAVID	CUBILLOS	CARDOZO	18	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
305	TI	1025065106	DAVID	SANTIAGO	ESPITIA	GUERRERO	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
306	TI	1072192354	YESMAN	ESNEIDER	GARZON	GONZALEZ	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
307	TI	1072192131	WILMER	SANTIAGO	GARZON	VILLARRAGA	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
308	TI	1072192749	LAURA	VALENTINA	GONZALEZ	PAEZ	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
309	TI	1021398999	MELANY	SARAY	GONZALEZ	VARGAS	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
310	TI	1027528405	MARÍA	FERNANDA	GONZALEZ	ZAMUDIO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
311	TI	1034292760	NICOLLE	DAYAN	GUERRERO	AVILAN	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
312	TI	1023376746	KAROL	NICOL	GUTIERREZ	GARCIA	18	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
313	TI	1074813502	YERSON	DANIEL	GUTIERREZ	RODRIGUEZ	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
314	TI	1023381684	SARA	SOFIA	GUTIERREZ	SIERRA	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
315	TI	1073689550	DIDIER	SANTIAGO	HERNANDEZ	GOMEZ	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
316	TI	1147950298	OVILIO	JESUS	IPUANA		17	SI	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
317	TI	1024525697	STEICY	VALENTINA	LATORRE	PINEDA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
318	TI	1072191297	JULIAN	ESTEBAN	MAHECHA	PIZA	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
319	TI	1074814044	LEYDI	DANIELA	MARENTES	VILLARRAGA	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
320	TI	1013118630	DILAN	SANTIAGO	MARTINEZ	VILLARRAGA	18	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6273 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6273 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000146
NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000146
SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
321	TI	1074814523	SHARON	YULIETH	MARTINEZ	VILLARRAGA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
322	TI	1023377622	MAYCOL	SANTIAGO	MONDRAGON	BELTRAN	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
323	TI	1074813538	KAROL	VALENTINA	MONTOYA	MONTOYA	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
324	TI	1013007533	AIME	JULIANA	MORALES	MARTINEZ	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
325	TI	1023381039	AXEL	ESTEBAN	NOCUA	ACOSTA	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
326	TI	1113863606	KELLY	TATIANA	ORTIZ	ORDOÑEZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
327	TI	1072192277	MANUEL	SANTIAGO	PAEZ	BELLO	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
328	TI	1072192881	VALERY	SOFIA	PAEZ	RAMIREZ	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
329	TI	1120868041	MAYCOLL	ANDRES	PARRA	SALGADO	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
330	TI	1025544514	ANA	MARIA	PEÑALOZA	ACOSTA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
331	TI	1188966518	JUAN	SEBASTIAN	PEREZ	AGUJA	14	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
332	TI	1022369961	NICOLE	DANIELA	POVEDA	CUELLAR	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
333	TI	1072192136	HELLEN	STEFANY	PULIDO	DIAZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
334	TI	1072192003	MICHELLE	DAYANA	RAMIREZ	VELASQUEZ	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
335	TI	1073694113	ANGEL	JARED	RODRIGUEZ	ROMERO	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
336	TI	1072192101	HANNA	VALENTINA	RODRIGUEZ	VALDERRAMA	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
337	TI	1072192288	NICOLAS		SANCHEZ	PEÑALOZA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
338	TI	1141321887	DANIELA		VELANDIA	BEDOYA	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
339	TI	1072191938	SAMUEL	YOHANES	VILLARRAGA	MONTERO	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
340	TI	1029145615	JUAN	DAVID	YENERES	HERNANDEZ	17				RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA
PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273
RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273
PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961
NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm
FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
341	TI	1113785492	MIGUEL	ANGEL	AGUDELO	VALENCIA	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
342	TI	1074813640	NASLLY	LORENA	ALDANA	RAMIREZ	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
343	TI	1014670881	SARA	VALENTINA	CARDOZO	GUTIERREZ	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
344	TI	1119213228	YISEL	NATALIA	CASTAÑEDA	CASTAÑEDA	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
345	TI	1072191718	ALISSON	LOREGUI	CASTAÑO	GARCIA	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
346	CC	1028883112	OSCAR	MAURICIO	CASTILLO	PARRA	18	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
347	TI	1072191583	JUAN	JOSE	FONSECA	VILLARRAGA	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
348	TI	1028866597	HANNER	ALBEIRO	GARCIA	ESTEPA	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
349	TI	1072191848	SLENDY	ZALLARY	GARZON	PINILLA	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
350	TI	1072191489	LUISA	VALENTINA	GUERRERO	SOLORZANO	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
351	TI	1073690258	KEYNER	ANDRES	GUTIERREZ	CAMACHO	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
352	TI	1023381023	MICHEL	SOFIA	MARQUEZ	BARON	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
353	TI	1073684432	KEVIN	ALEJANDRO	MORENO	AYALA	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
354	TI	1072191334	JOAN	CAMILO	MORENO	MORENO	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
355	CC	1074810695	DILSON	ANDREY	MUÑOZ	OCAMPO	19	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
356	TI	1069433897	INGRID	YULIETH	PEDRAZA	PEÑA	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
357	TI	1028866358	MARIA	JOSE	PEÑALOZA	ACOSTA	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
358	TI	1033102069	ANDRES	FELIPE	PEREZ	GARCIA	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
359	TI	1074527512	DEISY	TATIANA	PIÑEROS	CASTIBLANCO	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
360	TI	1072191196	JHAMERS	STIVEN	QUIROGA	VILLARRAGA	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000146 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
CÓDIGO DANE: 225740000146 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN BENITO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
361	CC	1074812266	ANA	CAROLINA	RAMIREZ	PULIDO	18	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
362	CC	1074811342	CAROL	DAYANA	RAMOS	GARZON	19	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
363	CC	1011098643	HEIDY	YARITH	RIOS	GUERRERO	18	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
364	CC	1074527062	MELANY	ESTEFANY	RIOS	TORRES	18	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
365	TI	1031128391	JEFERSON	DAVID	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
366	CC	1072190212	ESDRAS		SACHICA	GARCIA	18	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
367	TI	1072191788	SHERYL	ALEXANDRA	SALAZAR	GARZON	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
368	TI	1073685699	JHOAN	STIVEN	SANTANA	GONZALEZ	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
369	TI	1072191881	LICETH	FERNANDA	VILLARRAGA	QUINTERO	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6273 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6273 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: RECTORA CRISTINA MARIN LOPEZ C.C. 30.315.783

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm. FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

CERTIFICADO DE ENTREGA DE RACIONES A INSTITUCIONES EDUCATIVAS

DATOS GENERALES			
OPERADOR - JAC	ASOCIACIÓN MUNICIPAL DE JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE SIBATÉ	CONTRATO N°	SE-CD-SCO-415-2025

INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL			CÓDIGO DANE	225740000189
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA			CÓDIGO DANE	25
~~MUNICIPIO:~~	SIBATÉ			~~CÓDIGO DANE~~	740
FECHA DE EJECUCIÓN	Desde	1-oct	Hasta	31-oct	
NOMBRE RECTOR:	JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA				

CERTIFICACIÓN

El suscrito Rector de la Institución Educativa citada en el encabezado, certifica que se entregaron las siguientes raciones, en las fechas señaladas y de acuerdo con la siguiente distribución:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO O CENTRO EDUCATIVO	TIPO RACIÓN	ENTREGADO			
		N° RACIONES POR DÍA	N° DÍAS ATENDIDOS	TOTAL RACIONES	NOVEDADES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	366	17	6222	
	RI				
ESCUELA RURAL ALTO CHARCO	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	42	17	714	
	RI				
ESCUELA RURAL EL PEÑON	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	52	17	884	
	RI				
ESCUELA RURAL EL PERICO	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	*145*	*17*	*2465*	
	RI				
ESCUELA RURAL SAN FORTUNATO	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	16	17	272	
	RI				
ESCUELA RURAL SAN RAFAEL	CAJM/CAJT				
	ALMUERZO	11	17	187	
	RI				
TOTAL		632	17	10744	

CAJM/CAJT = Complemento Alimentario Jornada Mañana / Complemento Alimentario Jornada Tarde
ALMUERZO = Almuerzo
RI: Ración Industrializada

DESCRPCIÓN	TOTAL RACIONES ENTREGADAS RACIÓN	TOTAL RACIONES ENTREGADAS	TOTAL RACIONES ENTREGADAS RACIÓN	No. DE TITULARES DE DERECHO
POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD				
POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO				
COMUNIDADES ÉTNICAS				
POBLACIÓN MAYORITARIA		10744		632
GRAN TOTAL	**0**	**10744**	**0**	**632**

OBSERVACIONES

La presente certificación se expide como soporte de pago y con base en el registro diario de Titulares de Derecho, que se diligencia en cada Institución Educativa atendida.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:					
FECHA:	DÍA	4 de Noviembre	DEL	AÑO	2025
FIRMA DEL RECTOR					
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECTOR	JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817				

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000065 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL ALTO CHARCO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
1	RC	1072199319	ANGEL	DAVID	ADAMES	RODRIGUEZ	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1074535422	KAREN	ALEJANDRA	CARDONA	ZAMBRANO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1072199446	ANGELY	SHARI	RODRIGUEZ	GONZALEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1072199597	MELANIE	GABRIELA	SANCHEZ	HERNANDEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1126924650	YERITH	YURLEY	SOUZA	GOMEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1072199197	DANIEL	JOSE	CASTRO	SEPULVEDA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	RC	1028673931	YARENT	SAMAY	GUEVARA	OSPINO	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	RC	1024604116	HELEN	SALOME	RODRIGUEZ	REYES	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1073523363	LAURA	SOFIA	ADAMES	RODRIGUEZ	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1072197977	MARIA	JOSE	ADAMES	RODRIGUEZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1072198702	MARIAJOSE		AVILAN	RAMIREZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1072195855	KENJI	ALEXANDER	DIAZ	MICAN	11	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	TI	1033121477	SAMUEL	STIVEN	ESCOBAR	VERGARA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	TI	1070396235	FAVIO		FORERO	ROBAYO	10	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	TI	1070974940	JOHAN	STEVEN	FORERO	ROBAYO	11	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	RC	1072198924	JAIRO	SMITH	HERNANDEZ	RODRIGUEZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	TI	1072198858	ALAN	DAMIAN	SANCHEZ	HERNANDEZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	TI	1072198610	HEBER	LEONEL	SARMIENTO	GONZALEZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	TI	1109005038	MAIRA	VALENTINA	SOSSA	MORENO	12	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	TI	1205463254	NEYMAR		SOSSA	MORENO	10	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 714 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 714 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm. FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000065 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL ALTO CHARCO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
21	TI	1126924651	LUZ	ANGELA	SOUZA	GOMEZ	8	SI	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
22	TI	1074821405	DILAN	ALEXANDER	BARRERA	PARRA	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
23	TI	1074818911	LIZETH	ALEJANDRA	BARRERA	PARRA	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
24	TI	1072196751	LUIS	ALEXANDER	CASTILLO	VASQUEZ	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
25	TI	1011236236	LUZ	ANGELA	DIAZ	ALONSO	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
26	TI	1074822261	THOMAS	ALEJANDRO	DÍAZ	OLARTE	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
27	TI	1072196514	LAURA	VANESSA	GARCIA	BARRERA	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
28	TI	1028672133	THALIA	ISABELLA	GUEVARA	OSPINO	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
29	TI	1072197766	AILEEN	SALOME	MARIN	AREVALO	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
30	TI	1201466810	NELSON	STIVEN	RODRIGUEZ	ARAOS	12	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
31	TI	1072196468	JEIDI	ELIANA	RODRIGUEZ	GUZMAN	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
32	PPT	6292808	JHATNIELYS	ELIZABETH	SANDOVAL	EREGUA	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
33	TI	1074531985	BRIANA	VANESSA	TALERO	DIMATE	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
34	TI	1074822189	SOFIA		VARGAS	GOMEZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
35	TI	1029294703	BREINER	DUBIAN	RADA	DAVID	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
36	TI	1109005155	ESLENDY	JULIANA	RADA	DAVID	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
37	PPT	6291471	HEBER	JHATNIEL	SANDOVAL	EREGUA	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
38	TI	1072196937	MARTIN	ALEXANDER	SARMIENTO	GONZALEZ	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
39	TI	1141346822	JUAN	SEBASTIAN	BELLO	RAMIREZ	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
40	TI	1028669338	RAUL	MATIAS	GUEVARA	OSPINO	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 714 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 714 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ

CÓDIGO DANE: 225740000065 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL ALTO CHARCO

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
41	TI	1072195427	SARA	MICHELL	SANCHEZ	HERNANDEZ	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
42	TI	1072195350	BRIANA	STEFANNY	SANCHEZ	MESA	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 714 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 714 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000090 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PEÑON
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
1	RC	1072199582	EMILY	ALEXANDRA	FARIAS	GARZON	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1071632444	JUAN	SEBASTIAN	GALINDO	GARCIA	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1072199156	ANDRES	FELIPE	GARCIA	RODRIGUEZ	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1072199300	SAMUEL	JERONIMO	GOMEZ	RIVERA	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1075546289	DAHIAN	SOFIA	LOZANO	MORENO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1117945587	DILAN	SANTIAGO	RIVERA	GUTIERREZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	RC	1069772360	HELEN	TAMARA	RIVERA	MORALES	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	RC	1073181542	NELLY	DAHIAN	BAQUERO	BARRERA	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	RC	1072199111	MARIANA		BARBOSA	GARCIA	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	RC	1069770497	ALAN	DAVID	CHAVES	ORDOÑEZ	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	RC	1072198970	DILAN	MATEUS	DAZA	RODRIGUEZ	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	RC	1072199178	KEVIN	JULIAN	MORALES	RIVERA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	NES	N148726802752	CRISTINA	ISABELA	OCHOA	RIVERO	8	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	RC	1072199246	DANAY	ESTEFANIA	PIZA	CHAVES	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	RC	1104385372	ERIK	DAVID	POLANCO	MEJIA	8	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	TI	1072198230	SELENE		BARBOSA	AVENDAÑO	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	TI	1146141064	ZULAY	VALENTINA	CARO	SUAREZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	RC	1105841574	MARIA	JOSE	DUQUE	RODRIGUEZ	6	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	TI	1072198851	DILAN	FELIPE	FARIAS	GARZON	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	TI	1011251044	SALOME		GARCIA	RODRIGUEZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 884 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 884 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

(2)

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000090 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PEÑON

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
21	TI	1072198780	SAMUEL	DAVID	GONZALEZ	PIÑA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
22	PPT	5074919	KEIVIS	JOSUE	MENDOZA	PALACIO	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
23	TI	1146138441	HEIDI	SOFIA	PINILLA	CARO	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
24	RC	1072198957	EMY	LUCIANA	QUINAYAS	GUTIERREZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
25	TI	1011250881	ANGEL	ESTEBAN	RODRIGUEZ	GARCIA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
26	TI	1011250880	EMANUEL	SANTIAGO	RODRIGUEZ	GARCIA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
27	TI	1151202632	JOSE	MANUEL	ARZUZA	RANGEL	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
28	TI	1074821478	JUAN	ANDRES	BENITEZ	VANEGAS	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
29	TI	1072197541	DANIEL	SANTIAGO	BETANCURT	CHIVATA	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
30	TI	1072197247	DANIEL	ALEJANDRO	GARCIA	AVENDAÑO	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
31	TI	1074820677	JHOSSETD	STIWART	JIMENEZ	CORTES	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
32	PPT	5074029	DEIVERLIN	JOSSEANNI	MENDOZA	PALACIO	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
33	TI	1072137032	MAICOL	ESTIVEN	MORENO	GUTIERREZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
34	TI	1069764271	YEISI	DANIELA	OROZCO	QUINTERO	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
35	TI	1073716685	AARON	MATHIAS	PARDO	AREVALO	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
36	TI	1014285342	VALERY		QUINTERO	GOMEZ	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
37	TI	1048941266	KENDRY	JOSE	ARZUZA	RANGEL	12	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
38	TI	1072194871	DANNA	ALEJANDRA	GARCIA	POSCUE	12	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
39	TI	1072194832	DEYVIN	ESTIVEN	HERNANDEZ	DAZA	12	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
40	TI	1072197163	LIZBETH	ORIADNA	RAMIREZ	CORTES	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 884 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 884 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000090 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PEÑON
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
												Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	
41	TI	1073706932	JHOJAN		REY	CORTES	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
42	TI	1072196111	JOSE	DAVID	RODRIGUEZ	GARCIA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
43	TI	1075876119	NICOL	SOFIA	BETANCURT	CHIVATA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
44	TI	1072196186	CARLOS	DAVID	GOMEZ	RIVERA	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
45	TI	1074818044	ANYI	MARIANA	HERRERA	GUTIERREZ	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
46	TI	1108834779	WENDY	MELISA	HERRERA	GUTIERREZ	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
47	TI	1074816919	DARCY	LIZBETH	IBAÑEZ	ZAPATA	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
48	TI	1072196189	KAREN	DANIELA	PEÑALOZA	DIAZ	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
49	PPT	5053829	JOSE	DAVID	SANCHEZ	PALACIO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
50	TI	1072195823	LEANDRO	ALEXANDER	SANDOVAL	FULA	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
51	TI	1033115299	JOHAN	SEBASTIAN	VEGA	CARDOZO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
52	TI	1069264091	ANDY	YESID	VILLAMIZAR	FUENTES	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 884 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 884 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm — FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
1	RC	1072199422	LUIS	MATEO	ALZATE	BOLAÑOZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1074828734	IAN	ESTEBAN	ANZOLA	GUTIERREZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1233920651	ARIANA		BURIEL	GOMEZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1074828902	JHOAN	SENASTIAN	CASTAÑO	ROJAS	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1074535342	DYLAN	MATHIAS	DIAZ	GALEANO	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1072199350	EMANUEL	ANTONIO	DIAZ	LINAREZ	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	RC	1014673878	EMILY	SOFIA	FRANCO	RUIZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	RC	1072199323	DILAN	ESTEBAN	GARCIA	PARRA	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	RC	1072199361	ALAN	SANTIAGO	HERNANDEZ	RUIZ	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	RC	1072199280	JOSELIN	SARAY	JIMENEZ	JIMENEZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	RC	1023416787	DAHIAN	STEFANY	JIMENEZ	RODRIGUEZ	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	RC	1074828098	EMANUEL		MALDONADO	ROMERO	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	RC	1074535642	JULIANA	STEFANY	ORIGUA	GONZALEZ	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	RC	1072199413	DANIEL	ESTEBAN	PARRAGA	BARAHONA	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	RC	1072199366	MIA	CATALEYA	REYES	AVENDAÑO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	RC	1072199499	SARA		RIVERA	GARZON	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	NES	N14872692B486	DAILIN	SINAI	RONDON	ROMERO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	RC	1073725049	JOSUE	ALEJANDRO	SILVA	CAMPOS	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	RC	1072199516	LIAM	MANOLO	SILVA	GONZALEZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	RC	1072199146	DEREK	JOEL	BAQUERO	SANCHEZ	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 2465 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 2465 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm. FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
21	RC	1072199140	SARID	DAYANA	BELLO	QUINTERO	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
22	RC	1073610835	DULCE	MARIA	BONILLA	PACHECO	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
23	RC	1011252196	ALAN	SAMUEL	CAÑAS	PEÑA	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
24	TI	1023409914	EMILY	SOFIA	CAÑAS	PEÑA	9	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
25	RC	1069770821	MARIA	JOSE	CASTRO	RUIZ	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
26	RC	1063625778	BRAYAN	JOSUETH	GONZALEZ	MORENO	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
27	RC	1072198906	DILAN	SMITH	GORDILLO	JIMENEZ	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
28	RC	1072198912	JUAN	PABLO	MARTINEZ	MUÑOZ	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
29	RC	1072199164	ERICK	LEONARDO	MAYORGA	MAYORGA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
30	RC	1070400914	ERICK	SEBASTIAN	MEDINA	MORA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
31	RC	1073724401	YEIMI	YULIANA	MURILLO	MARTINEZ	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
32	TI	1069404257	MICHAEL	ESTEBAN	NARANJO	GOMEZ	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
33	NES	N148726986260	MISBELYS	SOFIA	PARACO	MENDOZA	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
34	RC	1072199053	EDUAR	ALBEIRO	PEREZ	SANDOVAL	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
35	RC	1072199041	ARIANA	VALENTINA	QUINTERO	MARTINEZ	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
36	RC	1072199007	ELIAN		RAMIREZ	PERRILLA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
37	NES	N148726935587	DANIELIS	AILIN	RONDON	ROMERO	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
38	RC	1072198922	LUIS	ALEJANDRO	VARGAS	LLORENTE	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
39	TI	1074823914	JOEL	SANTIAGO	ARENAS	HERRERA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
40	TI	1069768700	JUAN	JOSE	BONILLA	LAVERDE	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	2465	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	2465	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm. FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
41	TI	1074534662	JARED	MATIAS	CADENA	PEÑA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
42	TI	1072197422	HECTOR	SANTIAGO	CARDOZO	JIMENEZ	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
43	TI	1023411426	ANDERSON	FABIAN	CHAPARRO	VERU	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
44	TI	1072198028	ALAN	SANTIAGO	CHAPETON	MUÑOZ	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
45	TI	1072198289	SALOME		DIAZ	SANCHEZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
46	NES	N131674981298	SOFIA	ANTONELLA	ESCALONA	LOPEZ	10	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
47	TI	1072198543	KEINER	GIOVANI	FARIAS	LARA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
48	TI	1072198457	AXEL	JULIAN	GUTIERREZ	JIMENEZ	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
49	TI	1072198464	KEINER	SANTIAGO	GUTIERREZ	MONTOYA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
50	TI	1072198880	HEYLEN	SAMARA	GUTIERREZ	PERILLA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
51	TI	1072198838	IAN	CAMILO	IBAÑEZ	MONTILLA	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
52	TI	1074825108	MARIA	JOSE	JIMENEZ	PARRAGA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
53	TI	1073428678	MADISON	ARIADNA	LAZO	OVALLE	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
54	TI	1072198298	JOHAN	SANTIAGO	MARROQUIN	ROZO	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
55	TI	1024603703	LIAM	KAMILO	MENDIVELSO	VASQUEZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
56	TI	1072197704	JUAN	MANUEL	MORA	TORRES	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
57	TI	1072198827	OSCAR	ANTONIO	MORALES	SANDOVAL	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
58	TI	1072198564	NICOL	DAYANA	MORENO	MOLINA	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
59	RC	1072198879	LIAM	SEBASTIAM	PEÑALOZA	RUIZ	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
60	PPT	7346491	KEYLER	ALEJANDRO	POLANCO	BUSTOS	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 2465 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 2465 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
61	TI	1072197733	DAVID	SANTIAGO	QUINTERO	MARTINEZ	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
62	TI	1072717615	LENYN	FELIPE	RIVERA	CONTADOR	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
63	TI	1072198863	JOHAN	DAVID	RUIZ	VARGAS	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
64	TI	1074825032	DANIEL	MATHIAS	SANCHEZ	BURGOS	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
65	TI	1072198835	NICOLLE	ANDREA	SANCHEZ	JIMENEZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
66	NES	N148726979120	DAHIGERSON	YOHIMER	SANDOVAL	BUITRAGO	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
67	TI	1072198835	SANTIAGO		VENEGAS	GALEANO	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
68	TI	1072197897	DERECK	ALEXANDER	BELLO	AGUDELO	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
69	TI	1072198003	KAROL	JHOANA	CAMPO	RAMIREZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
70	TI	1072198147	EMILIANA		CASTILLO	TRIANA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
71	NES	N37855247390	LUISBERT	MANUEL	CHAVEZ	DIAZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
72	TI	1072197817	JOAQUIN		CLAVIJO	MARTINEZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
73	TI	1072197796	ANGEL	JEZIEL	CORTES	GARCIA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
74	NES	N37855247393	JESUS	YONEIDER	DELGADO	ROJAS	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
75	TI	1013151805	ARIANA		DEVIA	ORJUELA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
76	TI	1072198666	WILSON	DAVID	GARZON	REYES	7	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
77	TI	1072197713	VALERY	SHARIT	GOMEZ	PEREZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
78	TI	1141355149	PAULA	ISABELA	GONZALEZ	VILLALOBOS	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
79	TI	1072197953	ANGIE	MARIANA	IBAÑEZ	GUTIERREZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
80	TI	1074533156	BRAYAN	OCONER	JIMENEZ	CHINGATE	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 2465 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 2465 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
81	TI	1072197991	YENSI	FERNANDA	MAYORGA	RIVERA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
82	TI	1222215990	DANNA	SOFIA	MENDOZA	MARQUEZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
83	TI	1010242162	JOEL	GERONIMO	MORA	BRICEÑO	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
84	TI	1072197702	JOHAN	SEBASTIAN	ORIGUA	GONZALEZ	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
85	TI	1171215543	LAURA	NIKOL	ORTIZ	ROMERO	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
86	TI	1072197794	DILAN	SAMUEL	PARRAGA	IBAÑEZ	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
87	TI	1072196948	MARIA	VALENTINA	PEÑALOZA	GONZALEZ	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
88	TI	1072197537	JUAN	JOSE	QUINAYAS	GUTIERREZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
89	TI	1072196208	ALAN	ADRIAN	REYES	SANCHEZ	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
90	TI	1074821341	JOSEHP	EMMANUELL	RUIZ	BELLO	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
91	NES	N148726813434	SANTIAGO	JESUS	SANCHEZ	MARTINEZ	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
92	TI	1073716655	JULIAN		SEGURA	AGUDELO	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
93	TI	1072197969	WENDY	JULIETH	TIQUE	RODRIGUEZ	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
94	PPT	6818926	JONATHAN	ALEXANDER	TORRES	CAMPOS	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
95	TI	1073711263	NASLIE	JULIANA	VILLALBA	MONCADA	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
96	TI	1072196941	PAULA	ANDREA	ALEMAN	TRIGOS	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
97	TI	1072197369	ERIC	YULIAN	ARENAS	HERRERA	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
98	TI	1096250883	VERONICA	ISABEL	BOSSA	CARRIZO	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
99	NES	N37855250408	JUAN	MANUEL	CHAVEZ	DIAZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
100	TI	1072196800	FEDERICK	MATIAS	GONZALEZ	ZAMUDIO	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 2465 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 2465 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
101	TI	1011239705	JUAN	DAVID	GUTIERREZ	CAMACHO	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
102	TI	1072195129	OCONNOR	SMITH	MENDOZA	MOLINA	12	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
103	NES	N148726737781	NEILY	ANDREIMAR	MORA	CRIOLLO	12	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
104	TI	1076668826	EMILIA		MOYA	SANCHEZ	8	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
105	TI	1025075854	JUAN	MANUEL	MUÑOZ	HERNANDEZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
106	TI	1072193799	DAABY	SANTIAGO	OSORIO	SIMBAQUEVA	13	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
107	TI	1233689197	SAMUEL	FELIPE	PRADA	OLAYA	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
108	TI	1049235311	ARIANA	ISABELLA	QUINTERO	DUEÑAS	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
109	TI	1074820834	SERGIO	ANDRES	RAMIREZ	GIL	9	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
110	TI	1072196952	LINDA	VALENTINA	RAMOS	MORENO	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
111	TI	1072196750	HELLEN	SOFIA	REYES	AGUILAR	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
112	TI	1028801248	JOHAN	SMITH	RIOS	SUAREZ	12	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
113	TI	1072196572	HEIDY	VALENTINA	RODRIGUEZ	GOMEZ	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
114	TI	1028897555	PAULA	ANDREA	RUIZ	WILCHES	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
115	CE	36888751	MEHIGERSON	ALEJANDRO	SANDOVAL	BUITRAGO	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
116	TI	1072197298	DEICY	PAOLA	SANDOVAL	PEREZ	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
117	TI	1072196765	JORGE	ARLEY	SANDOVAL	PIQUETERO	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
118	TI	1072195946	DYLAN	NICOLAS	AGAMEZ	BELTRAN	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
119	TI	1072195989	DAVID	SANTIAGO	ARIAS	LEON	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
120	TI	1096250884	VIRGINIA	DEL MAR	BOSSA	CARRIZO	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 2465 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 2465 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
121	TI	1072196506	BRIGITH	SAMANTA	CARDENAS	BELTRAN	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
122	TI	1027536176	KENNER	SMITH	CASTELLANOS	ARIAS	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
123	TI	1072195814	PAULA	ANDREA	CELY	SAAVEDRA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
124	TI	1023406906	MARIA	JOSE	DIAZ	GALEANO	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
125	TI	1072196296	NICOLE	GABRIELA	GARCIA	PARRAGA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
126	TI	1072193685	JESSICA	LILIANA	GONZALEZ	ARIAS	14	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
127	TI	1072196413	SARA	SOFIA	GONZALEZ	RODRIGUEZ	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
128	TI	1027290837	ALISSON	MICHAEL	GONZALEZ	VILLALOBOS	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
129	TI	1141341744	GABRIELA	SOFIA	GUALTEROS	GARCIA	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
130	TI	1074819574	JUAN	ESTEBAN	GUALTEROS	VILLA	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
131	TI	1014283924	NICOLLAS		JIMENEZ	ARIAS	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
132	TI	1072194457	JHON	FREDDY	JIMENEZ	MARTINEZ	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
133	TI	1072194207	VAYRON	SANTIAGO	LEON	GUTIERREZ	13	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
134	TI	1072196297	SARA	VALENTINA	PARDO	ROJAS	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
135	TI	1072196555	SARA	SOFIA	PAREDES	RAVELO	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
136	TI	1072195111	STEFANNY		REYES	SANCHEZ	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
137	TI	1072195907	MARIA	PAULA	RODRIGUEZ	ALGARRA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
138	TI	1072196475	ISABELLA		RODRIGUEZ	CAPERA	10	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
139	TI	1072496698	EYDAN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	GOMEZ	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
140	NES	N37855250419	EDWIN	JAVIER	ROJAS		12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 2465 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 2465 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000120 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL EL PERICO
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
141	NES	N148726956091	BENJAMIN	ISAAC	ROLDON	ROMERO	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
142	TI	1141345044	MIA	NIRVANA	ROMERO	TORRES	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
143	TI	1072196083	DILAN		SARMIENTO	PACHON	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
144	TI	1072195230	SHARIT	VANESSA	URREGO	BARAHONA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
145	TI	1072195882	LAUREN	SOFIA	VANEGAS	DAZA	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	2465	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	2465	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000171 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL SAN FORTUNATO
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
1	RC	1078351178	DILAN	SANTIAGO	AGUILAR	CAICEDO	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	NES	N14872683065	NIKOL	ANTONELLA	GUERRERO	URRIBARRI	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	RC	1072199688	WILMER	ANDRES	CHAVEZ	COPAJITA	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1070333181	ESTEFANIA		GONZALEZ	MALDONADO	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	NES	N63885052244	YISELI	KATHERIN	RANGEL	LOPEZ	10	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	NES	N14872663148	ENDERSON	DANIEL	RODRIGUEZ	CANTILLO	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	TI	1073723985	SAMI		GARZON	CAÑAS	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1078349960	MICHAEL	STIVEN	ALONSO	AGUILAR	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	NES	N14872676317	IVANA	ANGELYS	HERNANDEZ	FERNANDEZ	12	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1072196159	KEVIN	SANTIAGO	MONTOYA	SALAVARRIETA	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1072197909	MARIA	SALOME	QUINTERO	COPAJITA	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1031170682	JHUSTIN	DAVID	AMAYA	YARA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	NES	N14872503300	SOFIA	VALENTINA	RODRIGUEZ	CANTILLO	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	TI	1070468540	ANDRES	STIVEN	RODRIGUEZ	MUÑOZ	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	TI	1072196102	ERICK	DAMIAN	GONZALEZ	CASTRO	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	TI	1110583146	MARLON		OROZCO	CHAVES	10	NO	M	5		X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 272 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 272 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000197 SEDE EDUCATIVA: ESCUELA RURAL SAN RAFAEL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
1	TI	1072199183	DEINER	DAVID	ALVARADO	SANCHEZ	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	RC	1018517890	ELIAN	JAMPIER	DUCUARA	CASTRO	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	TI	1072198235	SHARITH	DANIELA	ALVARADO	SANCHEZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	TI	1072197838	FABER		ORDUZ	GALEANO	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	NES	N148726974863	MARLON	JATZARY	PEÑA	MARQUEZ	10	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	NES	N148726954239	YEINNY	BEXAMAR	HERNANDEZ	VASQUEZ	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	NES	N148726954237	MAICKOLL	ABRAHAN	PEÑA	MARQUEZ	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	TI	1105476294	SERGIO		PINZON	MESA	8	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	TI	1072197084	APRIL	ALEJANDRA	MORALES	MOLINA	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	TI	1071550214	PILAR	ANDREA	MUÑOZ	LOZANO	12	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1206219505	DIEGO	ANDRES	ARIAS	BUITRAGO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 187 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 187 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA **CÓDIGO DANE:** 225740000189 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ **CÓDIGO DANE:** 225740000189 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE **AÑO:** 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
1	RC	1072199657	ERIK	JOEL	CADENA	RAMIREZ	5	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
2	NES	N148726930601	ROZEMERRY	ESTHER	MONTIEL	MONTIEL	6	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
3	TI	1072198918	ARELIS	TATIANA	MORA	VILLAMIL	7	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
4	RC	1072199378	EMILY	XARENI	MORENO	GARZON	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
5	RC	1074827463	KALETH	JAVIER	MUÑOZ	ROBAYO	6	NO	M	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
6	RC	1072199465	EMILY	SAMANTHA	RODRIGUEZ	PIZA	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
7	RC	1071172671	GABRIELA	ROCIO	SANDOVAL	ALFONSO	5	NO	F	0	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
8	RC	1072199256	KENNER	STIVEN	ENCISO	ROMERO	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
9	RC	1072199328	PAOLA	ANDREA	GOMEZ	BOHORQUEZ	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
10	RC	1072199153	CRISTEL	CELESTE	GONZALEZ	ALVAREZ	6	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
11	TI	1073131912	MAIRA	ALEXANDRA	MORA	VILLAMIL	9	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
12	TI	1072198509	SURYT	XIOMARA	PARRAGA	VILLARRAGA	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
13	TI	1072198886	SARA	VALENTINA	RODRIGUEZ	PIZZA	7	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
14	TI	1073723255	NICOLAS	MATIAS	RODRIGUEZ	RAMIREZ	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
15	RC	1071172423	JUAN	DIEGO	RODRIGUEZ	SANDOVAL	7	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
16	RC	1073724778	JOEL	ESTEBAN	ROMERO	RODRIGUEZ	6	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
17	TI	1071171937	IANN	ALEJANDRO	SANDOVAL	ALFONSO	8	NO	M	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
18	TI	1073253347	YEISLIN	SHARITH	SILVA	GARZON	8	NO	F	1	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
19	TI	1073176301	MIGUEL	FEDERMAN	ADAMES	MORALES	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
20	RC	1072198909	SAMMY	JULIANA	BAQUERO	PAEZ	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
21	NES	N148726994395	ASTRID	SARAI	CONTRERAS	MOSQUERA	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
22	TI	1072197872	DIEGO	ALEXANDER	ESPINOSA	AYA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
23	TI	1072197338	ZAHIRA	MICHELL	HERNANDEZ	GALEANO	9	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
24	TI	1023410581	JUAN	CARLOS	MONROY	CASTELLANOS	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
25	PPT	7860741	OSMAR	DAVID	MONTIEL	MONTIEL	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
26	RC	1072198933	EDWAR	STEVEN	PIZA	GARZON	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
27	TI	1071988541	NATHALIA		PRIETO	CULMA	8	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
28	TI	1072197832	JEICOB	SEBASTIAN	RODRIGUEZ	PIZA	8	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
29	TI	1027538727	SAMUEL		SAENZ	CAICEDO	7	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
30	RC	1072198937	MARIANGEL		SANCHEZ	INFANTE	7	NO	F	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
31	TI	1051074919	JERYC	SANTIAGO	TOSCANO	MAYORGA	9	NO	M	2	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
32	TI	1128154446	ROSA	ELENA	GARRIDO	CASTILLO	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
33	TI	1072197455	DILAN	ALEXANDER	GOMEZ	GUTIERREZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
34	TI	1072197419	EMILY	NALLIBE	HERRERA	SANCHEZ	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
35	TI	1072196425	LESLIE	SAMANTHA	JIMENEZ	SALAZAR	10	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
36	TI	1072197608	KEINER	ANDREY	PARRADO	HERNANDEZ	9	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
37	TI	1074822292	ANGI	MARIANA	ROJAS	PIZA	9	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
38	TI	1072197876	ANYELIN	SALOME	SANCHEZ	PIÑEROS	8	NO	F	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
39	TI	1080700852	YOSTIN	SANTIAGO	VEINTIMILLA	RAMIREZ	10	NO	M	3	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
40	TI	1052095530	CARLOS	ALEJANDRO	BERROTERAN	LEGUIA	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE **AÑO:** 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 — Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
41	TI	1070331065	MATIAS		GOMEZ	ALFONSO	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
42	PPT	7860677	OSMARY	DE LA CRUZ	MONTIEL	MONTIEL	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
43	TI	1074820546	SARA	YULIETH	PRIETO	PALOMINO	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
44	TI	1072196493	EVELYN	LIZYEY	RODRIGUEZ	PIZA	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
45	TI	1072197399	SARA	CAMILA	ROJAS	ANACONA	9	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
46	TI	1072196966	CHIRLEY	FERNANDA	TOVAR	BELTRAN	10	NO	F	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
47	TI	1072196012	JUAN	FELIPE	VEGA	SANCHEZ	10	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
48	TI	1072195869	CRISTIAN	ANDRES	VELASCO	PEREZ	11	NO	M	4	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
49	TI	1074818850	JOSETH	RODRIGO	BARRETO	PARRA	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
50	PPT	6546312	GENESIS	YOSMARLYS	LACRUZ	ORDOÑEZ	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
51	TI	1072195446	JOSTIN	SAMUEL	MALAGON	GARZON	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
52	TI	1072195862	KEVIN	ALEXIS	MONROY	ALVARADO	11	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
53	NES	N148726726742	OSMARIELIS		MONTIEL	MONTIEL	12	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
54	TI	1074531484	VALERY		PEÑALOZA	MORENO	11	NO	F	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
55	TI	1072195007	JUAN	ADELMO	PIZA	ZAMUDIO	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
56	TI	1069751906	JUAN	SEBASTIAN	RAMIREZ	INFANTE	12	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
57	TI	1072196491	WALTER	DIMITRI	SANCHEZ	MARTINEZ	10	NO	M	5	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
58	TI	1048941265	BRIAN	DAVID	ARZUZA	RANGEL	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
59	TI	1014269327	SARA	VANEZA	CADENA	MORENO	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
60	TI	1011229795	DAVID	FELIPE	CARDONA	ZAMBRANO	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
61	TI	1072195214	KEILLAN	DAVID	CHAMBUETA	RODRIGUEZ	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
62	TI	1025150702	ANA	LUCIA	ESCOBAR	TORRES	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
63	TI	1072194981	SARA	CAMILA	GONZALEZ	PRECIADO	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
64	PPT	6122771	YORVELIZ	ARANZA	HERNANDEZ	MORENO	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
65	TI	1074818152	HOLMAN	ARBEY	HERNANDEZ	RODRIGUEZ	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
66	TI	1072194348	JUAN	ESTEBAN	MAYORGA	GUTIERREZ	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
67	TI	1072195085	BRAYAN	KARYN	MERCHAN	CELIS	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
68	TI	1029061475	SAMUEL	DAVID	MOGOLLON	MARROQUIN	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
69	TI	1072195236	BRIYIT	FERNANDA	PEREZ	RAMIREZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
70	PPT	5305120	VICTORIA	NATHALY	PRADA	PRADA	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
71	TI	1108833918	VALENTINA		PRIETO	CULMA	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
72	TI	1072194694	KAREN	TATIANA	RAVELO	PARDO	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
73	TI	1074528881	SANTIAGO		RAYO	PAEZ	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
74	TI	1012423522	DANA	ALEJANDRA	RINCON	VILLALOBOS	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
75	TI	1072194280	VALERYN	SOFIA	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
76	TI	1023401801	MILAN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	TRIANA	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
77	TI	1072195653	LAURA	SOFIA	SANCHEZ	GUTIERREZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
78	TI	1074417992	DUVAN	STIVEN	SARMIENTO	MARTIN	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
79	TI	1028700690	JUAN	SEBASTIAN	BIMBAQUEVA	RODRIGUEZ	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
80	TI	1072194279	YEFER	ESTIVEN	SOTO	LAGOS	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

N°	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
81	TI	1072194561	MARIA	JOSE	AREVALO	MOYA	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
82	TI	1024535784	INGRID	PAOLA	BARRETO	PORTILLA	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
83	TI	1073699146	LAURA	CAMILA	BELTRAN	SOLAQUE	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
84	TI	1011107250	SAMUEL	DAVID	ESPINOSA	LEON	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
85	TI	1073170873	MICHEL	JASBLEIDY	GALINDO	GUTIERREZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
86	TI	1072195385	JIMMY	JOSUE	GARAVITO	MUÑOZ	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
87	TI	1073131566	ARIANA	MAYERLI	GARCIA	GUAYARA	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
88	TI	1123312307	LUIS	SANTIAGO	GOMEZ	MOSQUERA	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
89	TI	1072195303	ARAM	SAMUEL	GONZALEZ	GARZON	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
90	TI	1020001594	ERIC	FELIPE	GUTIERREZ	ALVAREZ	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
91	TI	1023399114	SHAROL	NIKOLLE	MORA	ANACONA	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
92	TI	1074530265	PAULA	ANDREA	PACHON	GARZON	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
93	TI	1072195372	ERICK	SAMUEL	PARRA	CASTAÑEDA	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
94	TI	1011232091	NICOLLE	VALERIA	PARRA	PEÑALOZA	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
95	TI	1072193830	VALERY	JOHANA	PARRAGA	CASTAÑEDA	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
96	TI	1073702626	EBELIN		PEÑALOZA	MORENO	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
97	TI	1072194237	DUMAR	EDILSON	PIRAGAUTA	JIMENEZ	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
98	TI	1074815912	JHOSEPH		PORTILLA	DIAZ	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
99	TI	1072195705	GAHEL	ADRIAN	RAMIREZ	PERILLA	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17
100	TI	1141342839	EILIN	VIVIANA	REINA	SOSA	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO` NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR __JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario: 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
												Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	
101	TI	1072192744	JUAN	DAVID	REYES	MOYA	15	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
102	TI	1072194390	DILAN	ANDRES	RODRIGUEZ	PIZZA	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
103	TI	1032482750	MARIANA	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	RIVERA	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
104	TI	1072195509	ESTEFANNY	SOFIA	SANCHEZ	HERNANDEZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
105	TI	1011230750	YEIRA	ALEJANDRA	SILVA	CHAVES	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
106	TI	1011222446	TATIANA		BARRETO	PARRA	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
107	TI	1072195737	BRIYITE	LORENA	CANTOR	BAQUERO	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
108	TI	1064720461	KEVIN	JOHAN	CONTRERAS	RODRIGUEZ	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
109	TI	1026579460	EMILY	STEPHANY	DAVILA	LOPEZ	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
110	TI	1197713224	ANGEL	DAVID	GARCIA	CASTELLANOS	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
111	TI	1072193995	WENDY	VALENTINA	GARCIA	JIMENEZ	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
112	TI	1031943054	ALISSON	SAMANTA	GARCIA	JURADO	12	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
113	TI	1069403395	LUISA	FERNANDA	GOMEZ	ALFONSO	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
114	TI	1072195112	MARIANA		HERNANDEZ	VELEZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
115	TI	1072195613	KEVIN	JULIAN	JIMENEZ	PRECIADO	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
116	TI	1203463359	ESTEBAN	ANDRES	MARIN	AREVALO	12	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
117	TI	1073701430	ANA	VALENTINA	MARTINEZ	MORA	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
118	TI	1025067436	MIGUEL	ANGEL	MENDIETA	ZAMUDIO	14	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
119	TI	1072192898	LAURA	VALENTINA	MORA	ARIAS	15	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
120	TI	1023403222	SARA	VALENTINA	NIETO	ROMERO	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR __JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000189 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE **AÑO:** 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
121	TI	1141344651	LUIS	CARLOS	PARRA	MARIN	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
122	NES	N148726690954	MONICA	SCHADAY	PEÑA	MARQUEZ	15	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
123	TI	1072194202	DANIEL	STEVEN	PEÑA	ROMERO	13	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
124	TI	1072495826	JANETH	YAMILE	RAMÍREZ	DIMATÉ	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
125	TI	1050613393	LUIS	ALEXANDER	SANDOVAL	PEREZ	15	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
126	TI	1072195228	LICET	NIKOL	TIQUE	RODRIGUEZ	11	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
127	TI	1072193382	JENNIFER	PAOLA	URREA	MORENO	14	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
128	TI	1072195429	MATHIAS		VELANDIA	CUASQUER	11	NO	M	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
129	TI	1122525589	LINA	FERNANDA	ZULUAGA	OSTOS	13	NO	F	6	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
130	TI	1072194322	JIRETH	SAMARA	AGUIRRE	GARCIA	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
131	TI	1072194504	YAMIR	ANDRES	ALEMAN	TRIGOS	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
132	TI	1072194529	SAMUEL	SANTIAGO	ALVARADO	MARENTES	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
133	TI	1025150238	HANNA	VIOLETTA	AMAYA	GARZON	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
134	TI	1072194096	SARA	VANESSA	BARBOSA	RAMOS	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
135	TI	1201465425	YESID	FELIPE	CABALLERO	MARTINEZ	13	SI	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
136	TI	1072193697	DANIEL	ESTEBAN	CADENA	GARCIA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
137	TI	1072193793	YOCIMAR		CASTEBLANCO	PEÑALOZA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
138	TI	1073702981	EDWARD	SANTIAGO	ESPITIA	RODRIGUEZ	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
139	TI	1024551414	SARA	SOFIA	FORERO	SOLANO	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
140	TI	1024553558	ANDERSON	STEBAN	GARCIA	JURADO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT: NA — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT: NA — PREPARADA EN SITIO: NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO: 6222 — RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO: 6222 — PREPARADA EN SITIO: X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm — FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
141	TI	1074530155	DEISON	JHOAN	GARCIA	PADILLA	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
142	TI	1072194835	SALOME		GONZALEZ	GUTIERREZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
143	TI	1072194511	ALISON	DAYANA	GUAQUETA	PARRA	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
144	TI	1023929464	YERICK	STEVEN	GUERRERO	CASTRO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
145	TI	1108833464	JOHAN	CAMILO	HERRERA	GUTIERREZ	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
146	TI	1203463045	MAYRA		MONTOYA	LOZANO	15	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
147	TI	1028787751	SAMANTHA		MORENO	VARGAS	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
148	TI	1072194069	MARIA	FERNANDA	PARDO	CARDENAS	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
149	TI	1028668166	VALERY	CAMILA	RAMIREZ	ACERO	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
150	TI	1072194801	SAMUEL	DAVID	TINOCO	CUBILLOS	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
151	TI	1072193571	DILAN	SANTIAGO	VANEGAS	JIMENEZ	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
152	TI	1031823222	JAIDER	SAMUEL	VEGA	BUSTOS	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
153	TI	1072193246	JORDAN	STEVEN	VERGARA	JIMENEZ	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
154	TI	1074816067	DANIEL	ARLEY	ZAMUDIO	GUTIERREZ	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
155	TI	1069750625	DILAND	DAVID	ARIAS	BARACALDO	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
156	TI	1072194907	SARA	CAMILA	BERNAL	BUSTAMANTE	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
157	TI	1074529223	JENNIFER		CASTELLANOS	JIMENEZ	14	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
158	TI	1023398835	SAMUEL	ESTEBAN	CEPEDA	TRIANA	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
159	TI	1072194857	ZAHIRA	MELISA	CHAVEZ	GUERRERO	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	
160	TI	1220214333	VALERY	SALOME	CHAVEZ	RODRIGUEZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X	

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

(3)

Gobernación de Cundinamarca

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA — **CÓDIGO DANE:** 225740000189 — **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ — **CÓDIGO DANE:** 225740000189 — **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ — **SEGMENTO:** NA — **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE — **AÑO:** 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
161	TI	1072194409	KEYLER	ESTEBAN	CORTES	GARCIA	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
162	TI	1072194647	MARIA	NATALIA	DAZA	GUERRERO	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
163	TI	1080185343	MARIA	ALEJANDRA	ESPINOSA	AYA	15	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
164	TI	1072194101	SHAROL	NATALIA	FARFAN	SANDOVAL	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
165	TI	1028720043	LINDA	VALERIA	FORERO	ROMERO	16	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
166	TI	1072194890	NICOL	GABRIELA	GARCIA	IBAÑEZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
167	TI	1072193749	DONKANN	MATIAS	GARCIA	ZAMUDIO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
168	TI	1077145926	DIEGO	CAMILO	GRANADOS	GONZALEZ	16	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
169	TI	1072194275	DANIELA		GUTIERREZ	CELIS	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
170	TI	1072193702	SHAROL	DAYAN	GUTIERREZ	GUTIERREZ	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
171	TI	1072194828	LAURA	YINARI	HERNANDEZ	RODRIGUEZ	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
172	TI	1072193155	MIGUEL	ANGEL	JIMENEZ	SALAZAR	14	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
173	TI	1053342434	SHARON	SADAY	MORENO	RODRIGUEZ	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
174	TI	1072194493	SHARON	MICHELLE	MUÑOZ	VILLALOBOS	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
175	TI	1072194315	MARIAM	STHEFANY	OLIVOS	VILLALOBOS	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
176	TI	1074816799	MARIA	JOSE	PAREDES	JURADO	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
177	TI	1072193792	DAIVER	YESID	PEÑALOZA	BETANCUR	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
178	TI	1028700973	NIKOL	VALENTINA	RAMIREZ	SANABRIA	13	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
179	TI	1072192475	KAROL	YERALDIN	RODRIGUEZ	CARDOSO	15	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
180	TI	1070329753	CRISTIAN	DUVAN	RODRIGUEZ	CASTRO	13	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 — NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm — FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
181	TI	1072194834	KILIAN	FELIPE	SANCHEZ	BARAJAS	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
182	TI	1072194719	ELIANA	VALENTINA	SANDOVAL	GORDILLO	12	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
183	TI	1072192349	ESTIVEN		SANDOVAL	GORDILLO	15	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
184	TI	1031830917	DYLAN	DAVID	VENEGAS	GALEANO	12	NO	M	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
185	TI	1122522399	MONICA	ALEJANDRA	ZULUAGA	OSTOS	15	NO	F	7	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
186	TI	1106395813	JHAN	CARLOS	AREVALO	BARRERA	16	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
187	TI	1072193806	HEIDY	LORENA	ARIAS	GALARZA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
188	TI	1072193264	LUIS	SANTIAGO	AYALA	RUIZ	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
189	TI	1071330297	DANIEL	ENRIQUE	BELLO	CABALLERO	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
190	TI	1072193262	GINNA	ALEJANDRA	BELLO	GALINDO	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
191	TI	1034316525	CLAUDIBEL	MILAGROS	BLANCO	GIL	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
192	TI	1072193969	VALERY	SOFIA	CAÑON	JIMENEZ	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
193	TI	1072193959	KAREN	LIZETH	CHARRY	ARIAS	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
194	TI	1028403576	DANIEL	ALEJANDRO	CLAVIJO	SOLAQUE	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
195	TI	1076246345	WENDI	YALENA	DE LA CRUZ	MARTINEZ	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
196	TI	1013137734	DANIEL		DEVIA	ORJUELA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
197	TI	1073698372	MELANY	SOFIA	DUQUE	HEREDIA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
198	TI	1072193631	WILDER	LEONARDO	GALAN	PIZZA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
199	TI	1073690913	CRISTIAN	ADRIAM	GARCIA	PADILLA	16	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
200	TI	1072194067	JUAN	SEBASTIAN	GARCIA	RODRIGUEZ	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ

CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
201	TI	1072194005	JOEL	MATHIAS	GONZALEZ	URBINA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
202	TI	1072192177	ANA	VALERIA	GORDILLO	JIMENEZ	16	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
203	TI	1072193925	LAURA	STEFHANIA	GUTIERREZ	PERILLA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
204	TI	1072194092	DANNA	VALENTINA	HUERTAS	RAMIREZ	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
205	TI	1027286046	HANNA	MARIAM	MORALES	VERA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
206	TI	1027286045	MARIA	PAULA	MORALES	VERA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
207	TI	1073697398	JOHAN	SEBASTIAN	PEDRAZA	MONROY	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
208	TI	1072194001	MARIANA	ALEXANDRA	PINEDA	VARGAS	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
209	TI	1104948585	JULIANA	VALENTINA	PRADA	OLAYA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
210	TI	1073698222	JULIAN		REYES	GUTIERREZ	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
211	TI	1072191993	TALIHA	YISETH	RODRIGUEZ	GORDILLO	16	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
212	TI	1023167110	VALERY	SOFIA	SAENZ	CAICEDO	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
213	TI	1073698609	EDUAR	ALEJANDRO	SANCHEZ	AMAYA	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
214	TI	1075874957	DANA	YULIANA	BAQUERO	CHIVATA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
215	TI	1073692439	DANIEL	ANDRES	BOHORQUEZ	RATIVA	15	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
216	TI	1072193808	LIZETH	CAMILA	BURGOS	GONZALEZ	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
217	TI	1072193975	LINDA	SAMARA	CASTRO	AVILAN	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
218	TI	1072193608	MICHELL	STEPHANY	CONTRERAS	MOLINA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
219	TI	1171213082	JOHAN	ESTEBAN	FARFAN	SANDOVAL	16	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
220	TI	1072193713	JULIAN	CAMILO	GARCIA	JIMENEZ	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: SIBATÉ
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
221	TI	1013131460	SHARONT		GARZON	BENITEZ	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
222	TI	1013131459	VALERY		GARZON	BENITEZ	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
223	TI	1072193001	DILAN	SNEIDER	GARZON	LARA	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
224	TI	1072192502	DIANA	MARGOTH	GONZALEZ	FLORIAN	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
225	TI	1028700897	JOSUE	ALEJANDRO	GONZALEZ	GONZALEZ	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
226	TI	1072193851	DUVAN	FELIPE	GONZALEZ	MORENO	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
227	TI	1013133201	ALISSON	DALIA	HERNANDEZ	PRIETO	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
228	TI	1072194056	DANIA	CAMILA	HERRERA	ARIAS	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
229	TI	1023394445	SAMY	GABRIELA	JIMENEZ	SIMBAQUEVA	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
230	TI	1072193686	DAVID	ALEJANDRO	MARROQUIN	VELASCO	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
231	TI	1072193770	WENDY	VANESA	MONROY	ALVARADO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
232	TI	1104614837	JOHANA		MONTOYA	LOZANO	17	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
233	TI	1072193995	JOSE	ISAAC	MORA	PIÑA	13	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
234	TI	1072193828	SARA	VALENTINA	MORENO	DELGADO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
235	TI	1011206589	LAURA	DANIELA	PACHON	GARZON	15	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
236	TI	1072193786	LAURA	CAMILA	PAREDES	JURADO	13	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
237	TI	1120370078	LAURA	VALENTINA	PARRA	VILLALBA	14	NO	F	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
238	TI	1072193636	JOHAN	STID	PEREZ	MOLINA	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
239	TI	1139225644	SANTIAGO		PINZON	MESA	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
240	TI	1072193277	ZAMIR	LEONARDO	RAMIREZ	TRIANA	14	NO	M	8	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
241	TI	1070394337	LISETH	DANIELA	RAMOS	MORENO	14	NO	F	8	RPS		17
242	TI	1074417822	ANYI	KATHERINE	SARMIENTO	LEON	13	NO	F	8	RPS		17
243	TI	1072191636	MIGUEL	ANTONIO	VILLALBA	GARCIA	16	NO	M	8	RPS		17
244	TI	1072192787	GERALDINE		VILLALOBOS	RIOS	15	NO	F	8	RPS		17
245	TI	1072193222	HOLLMAN	YESID	ALFARO	GOMEZ	14	NO	M	9	RPS		17
246	TI	1072921489	MARIA	CAMILA	ALGARRA	HERNANDEZ	15	NO	F	9	RPS		17
247	TI	1072193000	LAURA	STEFANI	BARAJAS	SANDOVAL	14	NO	F	9	RPS		17
248	TI	1072192567	DAVID	SANTIAGO	BENITEZ	GONZALEZ	15	NO	M	9	RPS		17
249	TI	1072191317	CARLOS	JULIAN	CARDOZO	DELGADO	17	NO	M	9	RPS		17
250	TI	1171213209	SHARIK	MARIANA	CASTRO	RUIZ	16	NO	F	9	RPS		17
251	TI	1073694607	VALENTINA		CHAMORRO	GIL	15	NO	F	9	RPS		17
252	TI	1013133236	SOFIA		DEVIA	ORJUELA	14	NO	F	9	RPS		17
253	TI	1072193279	OMAR	ALEXIS	FARIAS	ROJAS	14	NO	M	9	RPS		17
254	TI	1016721251	LAURA	LILIANA	GONZALEZ	QUEVEDO	15	NO	F	9	RPS		17
255	TI	1016721252	MARIA	CAMILA	GONZALEZ	QUEVEDO	15	NO	F	9	RPS		17
256	TI	1014236289	SANTHIAGO		JIMENEZ	ARIAS	15	NO	M	9	RPS		17
257	TI	1023391634	KATHERIN	VIVIANA	MONROY	CASTELLANOS	14	NO	F	9	RPS		17
258	TI	1030285250	YEINER	SANTIAGO	OROZCO	QUINTERO	13	NO	M	9	RPS		17
259	TI	1024538822	LAURA	NICOL	ORTIZ	PATARROYO	14	NO	F	9	RPS		17
260	TI	1072193280	JOSE	MOISES	PACHON	CHAVARRIA	14	NO	M	9	RPS		17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA	
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA	
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X	

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
261	TI	1072193295	JAIDER	DUVAN	PEÑALOZA	GARCIA	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
262	TI	1073696987	LAURA	KATALINA	PULIDO	ORJUELA	14	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
263	TI	1072193584	EDISON	SANTIAGO	RODRIGUEZ	GARCIA	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
264	TI	1069740464	MICHELL	JULIANA	RODRIGUEZ	PRECIADO	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
265	TI	1072660400	MARIA	XIMENA	SANCHEZ	RIOS	16	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
266	TI	1072193361	DOMINIC	FABIAN	BIMBAQUEVA	FUNEME	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
267	TI	1072192535	DAVID	ALEJANDRO	URREA	GARZON	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
268	TI	1031822344	JUAN	PABLO	BUILES	AROCA	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
269	TI	1072192573	DUVAN	FERNEY	CLAVIJO	SOLAQUE	15	NO	M		RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
270	TI	1074576810	JEIDY	YULIANA	DIAZ	GUTIERREZ	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
271	TI	1072192173	ALEX	SANTIAGO	GONZALEZ	GONZALEZ	16	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
272	TI	1073695089	JENNY	ESTEFANIA	GONZALEZ	INFANTE	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
273	TI	1072192378	JULIANA	ALEXANDRA	GORDILLO	BOHORQUEZ	15	NO	F		RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
274	PPT	6122510	YORGELIS	VALENTINA	HERNANDEZ	MORENO	15	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
275	TI	1072193103	DIEGO	ALONSO	JIMENEZ	MARTINEZ	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
276	TI	1072193104	JEISON	DARIO	JIMENEZ	MARTINEZ	14	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
277	TI	1024498675	CHAROL	LISET	JIMENEZ	MOLINA	17	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
278	TI	1074345998	EDISON	YAMID	MAYORGA	ADAMES	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
279	TI	1023383128	ZAHIRA		MEDINA	PARRA	16	NO	F	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
280	NES	N148724729047	HEIBER	ALEJANDRO	PALACIO	ANGULO	15	NO	M	9	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA **CÓDIGO DANE:** 225740000189 **NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

MUNICIPIO: SIBATÉ **CÓDIGO DANE:** 225740000189 **SEDE EDUCATIVA:** INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL

OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ **SEGMENTO:** NA **MES DE ATENCIÓN:** OCTUBRE **AÑO:** 2025

CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

| Nº | TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO | SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO | PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO | SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO | EDAD | PERTENENCIA ÉTNICA | Sexo | Grado Educativo | Tipo de complemento | FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario | | |

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31 Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	Total días de consumo
301	TI	1110518670	JUAN	DAVID	GUZMAN	PENAGOS	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
302	TI	1072961161	ALEX	MATEO	HERNANDEZ	GALEANO	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
303	TI	1074528601	SARA	SOFIA	IBAÑEZ	PEÑALOZA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
304	TI	1074812754	KAREN	DAYANA	IBAÑEZ	VILLALOBOS	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
305	TI	1072191734	DANNA	SOFIA	LOPEZ	LONDOÑO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
306	TI	1072190797	DUBER	ESNEYDER	LOPEZ	LONDOÑO	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
307	CC	1104614138	JHOJAN	STIVEN	MONTOYA	LOZANO	19	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
308	TI	1069645292	LUNA	LINDSAY	RAMOS	MORENO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
309	TI	1073237810	LENYS	ANDREY	TORRES	ENRIQUEZ	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
310	TI	1072191564	MARIANA	SHIRLEY	VALBUENA	AGUDELO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
311	TI	1074528405	EDY	SANTIAGO	AVENDAÑO	MORENO	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
312	TI	1072191818	DEISY	MARIANA	BELLO	GALINDO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
313	TI	1069735106	KAREN	VALENTINA	BONILLA	LAVERDE	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
314	TI	1071165794	LINA	MARIA	CARDONA	ZAMBRANO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
315	TI	1072191361	MICHEL	JULIANA	CHAVEZ	RODRIGUEZ	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
316	TI	1072192533	KEVIN	FELIPE	FARIAS	ROJAS	15	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
317	TI	1072192290	YISEL	ALEXANDRA	GARCIA	PARRAGA	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
318	TI	1023379967	MILLER	SAMUEL	GONZALEZ	DIAZ	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
319	TI	1072192230	LUISA	FERNANDA	GONZALEZ	RODRIGUEZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
320	TI	1032681693	STEVEN	SANTIAGO	LOPEZ	MEJIA	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
321	TI	1073690559	DAYAN	STEFANY	MARTINEZ	CAUCALI	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
322	TI	1072191516	EVELYN	MARIAN	MARTINEZ	HERNANDEZ	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
323	TI	1072192176	SARA	LUCIA	OLIVOS	GONZALEZ	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
324	TI	1139225593	KELLY	YULIETH	OROZCO	CHAVES	14	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
325	TI	1072191456	CLAUDIA	ROCIO	PIÑA	GONZALEZ	17	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
326	TI	1141325924	DANNA	SOFIA	REINA	SOSA	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
327	TI	1072191987	MANUEL	FELIPE	RODRIGUEZ	MUÑOZ	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
328	TI	1072192585	DANNA	VALERIA	SANCHEZ	PIÑEROS	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
329	TI	1073689445	DANA	LISETH	SANDOVAL	BUITRAGO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
330	TI	1074814005	KAROL	MICHEL	TEQUIA	BUITRAGO	16	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
331	TI	1030581012	LAGHIONEL		TOVAR	TONUZCO	16	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
332	TI	1033726383	DUVAN	ESTIVEN	VALERO	MOLINA	17	NO	M	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
333	TI	1072192711	IVETH	YOJANNA	VALIENTE	GUERRERO	15	NO	F	10	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
334	CC	1025530865	HELEN	DAYANA	AMAYA	DELGADO	19	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
335	TI	1028491780	AYLIN		AROS	RODRIGUEZ	15	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
336	TI	1073689788	JEISSON	DUVAN	BARRETO	PORTILLA	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
337	TI	1072191311	KEVIN	OSWALDO	CADENA	REYES	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
338	TI	1073427050	NIKOL	SOFIA	CARDENAS	BELTRAN	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
339	CC	1072190176	JARLEYSON	DUVAN	CORREDOR	ARIAS	18	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
340	TI	1074813877	DANIEL	ESTEBAN	DAZA	BUITRAGO	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT NA RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT NA PREPARADA EN SITIO NA

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO 6222 RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO 6222 PREPARADA EN SITIO X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario 1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	Total días de consumo
341	TI	1076244937	ANGIE	VANESA	DE LA CRUZ	MARTINEZ	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
342	TI	1033701546	LIZETH	JOHANA	FUENTES	MARTINEZ	19	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
343	TI	1072190879	DEYVID	STEEVEN	GARCIA	MORA	17	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
344	TI	1076740997	MELANY	STEFANIA	GELACIO	JOYA	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
345	TI	1024510843	ANDRES	FELIPE	GIL	CASTILLO	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
346	TI	1072192061	DANA	JULIETH	GONZALEZ	PIÑA	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
347	CC	1073675879	VALERY	DAHIAN	HERNANDEZ	GALEANO	19	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
348	TI	1072190834	INGRID	XIOMARA	LEON	LARA	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
349	TI	1027526817	DANIEL		MAHECHA	ROJAS	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
350	TI	1072191988	KAROL	ASTRID	MAYORGA	IBAÑEZ	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
351	TI	1048821490	LEIDY	TATIANA	MEDINA	MORA	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
352	TI	1025541649	JHON	EMANUEL	NIETO	GARCIA	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
353	TI	1105613621	KAREN	LIZETH	OROZCO	CHAVES	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
354	TI	1073691595	MAICOL	STIVEN	PELAEZ	CADENA	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
355	TI	1074812268	GERMAN	DAVID	PEÑALOZA	GONZALEZ	18	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
356	TI	1073689184	SARA	CAMILA	PIZA	GARZON	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
357	TI	1014671411	MIGUEL	ANGEL	RAMIREZ	GUTIERREZ	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
358	TI	1053724444	CLAUDIA	MARCELA	RODRIGEZ	CUESTA	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
359	TI	1110501389	LEIDI	YULIANA	RODRIGUEZ	GIRALDO	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
360	TI	1023381703	SANTIAGO		ROJAS	MORENO	16	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.

Formato - REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CÓDIGO DANE: 225740000189 NOMBRE DE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
MUNICIPIO: SIBATÉ
CÓDIGO DANE: 225740000189 SEDE EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL
OPERADOR: (JAC) ASOJUNTAS SIBATÉ SEGMENTO: NA
MES DE ATENCIÓN: OCTUBRE AÑO: 2025
CONTRATO No. SE-CD-CSO-415-2025

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO NOMBRE DEL TITULAR DE DERECHO	PRIMER APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	SEGUNDO APELLIDO DEL TITULAR DE DERECHO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	Sexo	Grado Educativo	Tipo de complemento	FECHA DE ENTREGA - Escriba el día hábil al cual corresponde la entrega del Complemento Alimentario	Total días de consumo
												1 2 3 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	
												Número de días de atención - Marque con una X el día que el Titular de Derecho recibe el complemento alimentario	
361	TI	1072191551	YENXY	VIVIANA	ROMERO	LINARES	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
362	TI	1070752169	DANNY	ALEJANDRO	ROMERO	LOZANO	15	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
362	TI	1071548978	JENIFER	DANIELA	ROMERO	LOZANO	18	NO	M	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
364	TI	1072191838	LAURA	KATHERINE	SANABRIA	URIBE	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
365	TI	1072191296	ANGIE	XIMENA	SANDOVAL	FULA	17	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17
366	TI	1070466029	LAURA	JIMENA	URREA	MACIAS	16	NO	F	11	RPS	X X X X X X X X X X X X X X X X X	17

RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJM	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJM	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS CAJT	NA	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS CAJT	NA	PREPARADA EN SITIO	NA
RACIONES MENSUALES PROGRAMADAS ALMUERZO	6222	RACIONES MENSUALES ENTREGADAS ALMUERZO	6222	PREPARADA EN SITIO	X

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR_JAC: INGENIERA DE ALIMENTOS JENNY ALEJANDRA OLMOS DIAZ C.C. 1.030.679961 NOMBRE RECTOR ESTABLECIMIENTOEDUCATIVO: JAVIER ORLANDO CASTRO VALENCIA C.C. 79.751.817

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL OPERADOR _JAC: Alejandra Olm FIRMA DEL RECTOR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Observaciones:

NOTA: El operador/responsable de prestar el servicio en los establecimientos educativos debe tener en cuenta:
- El archivo de este documento impreso y debidamente diligenciado debe realizarse conforme a los Lineamientos Técnico Administrativos del Programa PAE y estar disponibles para consulta de los veedores y/o supervisores del mismo.
- En procura del cuidado del medio ambiente hacer uso racional de los recursos.
- La firma del presente documento da fe la veracidad del contenido del mismo para el seguimiento, monitoreo y control del programa.
- El presente formato no debe tener tachones, ni enmendaduras para garantizar la validez del mismo.