BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZOFICO VIVE
NIT: 900937890
MES: AGOSTO
MODALIDAD DE ATEI: HOGAR INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCI: PRESENCIAL

NUMERO DE CONTRATO: 144
AÑO: 2021

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ YALLY ORDOÑEZ
Código CUENTAME UDS: 2700100091314
Dirección UDS: MEDRANO

Centro Zonal: QUIBDO
CC: ####
Municipio: QUIBDO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INSTITUCIONL NICOLAS MEDRANO
Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.077.481.103	ANGEL	GABRIEL	CABALLERO	COPETE							
02	RC	1.077.482.976	KIARA	YARETH	PALACIOS	IBARGUEN							
03	RC	1.011.414.793	ANDRES	BEHUR	MORENO	HURTADO							
04	RC	1.078.011.975	JULIUS	DANEKF	GARCIA	MOSQUERA							
05	RC	1.234.438.744	EIZAN	LUCIANA	IABRGUEN	HURTADO							
06	RC	1.078.469.798	NABITH	SAITID	RIOS	CORREA							
07	RC	1.078.469.399	EMILY	JOHANA	CASTRO	PALACIOS							
08	RC	1.078.469.189	JANNA	NAIROBY	PARRA	PALACIOS							
09	RC	1.078.469.707	HAIR	MATHIAS	SALAS	MENA							
10	RC	1.078.469.628	EVANS	JELITH	BLANDON	ARIAS							
11	RC	1.023.541.478	ELIAN	DAVID	MOYA	MENDOZA							
12	RC	1.078.469.480	ELIETH	SARRED	LLOREDA	MEZA							
13	RC	1.025.673.939	KEISY	VALERIA	ROBLEDO	MENA							
14	RC	1.078.012.448	SAMUEL	SMIT	CORDOBA	ALVAREZ							
15	RC	1.078.469.785	HELEN	SAMARA	RIVAS	GONZALES							
										TOTAL			

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

Felipa Stella Renteria R.
COORDINADOR(A) EA

Luz Yolly Ordoñez R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZOFICO VIVE
NIT: 900937980 — NUMERO DE CONTRATO: 144
MES: AGOSTO — AÑO: 2021
MODALIDAD DE ATE: HOGAR INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCI: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO — Centro Zonal: QUIBDO — Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): LUCELLY CAICEDO — CC: 35902537
Código CUENTAME UDS: 27001000091314 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: — Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1033204250	LAURA	SOFIA	MOYA	MORALES			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
02	RC	1023547937	JIAN	ISABELA	CHAVERRA	H.			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
03	RC	1078013291	LHARA	JEILY	PADILLA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
04	RC	1078013144	IKER	KAEL	PARRA	GARRIDO			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
05	RC	1234439362	BRAYAN	YESID	GOMEZ	MORENO			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
06	RC	1078012919	YEILIN	SORELLY	PALACIOS	A.			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
07	RC	1078470230	MAYSA		CUESTA	BONILLA			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
08	RC	1078101575	YEHUDY	STIVEN	URRUTIA	Q			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
09	RC	1077483532	KEILYN	VANESSA	RIVAS	P.			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
10	RC	1078470216	ISABEL	SAMARA	MOSQUERA	M.			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
11	RC	1078014210	KAIRYN	YUDELY	PINO	PALACIOS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
12	RC	1234439542	LAUREN	SOFIA	IBARGUEN	M.			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
13	RC	1078014181	JUAN	DIEGO	PEREA	MORENO			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
14	RC	1078470514	WILMER	YAIR	DOMINGUEZ	A.			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
15	RC	1023657620	MARWIN	SAMUEL	ARAMBULO	H.			I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
16	RC	1078013984	LUCIANA		MINOTA	RODRIGUEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
																																TOTAL		

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

Felipe Stella Renteria P. — COORDINADOR(A) EA

Lucelly Caicedo G. — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZOFICO VIVE
NIT: 900937890
MES: AGOSTO
MODALIDAD DE ATE: HOGAR INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCI: PRESENCIAL
NÚMERO DE CONTRATO: 144
AÑO: 2021

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ YALLY ORDOÑEZ
Código CUENTAME UDS: 2700100091314
Dirección UDS: MEDRANO
Centro Zonal: QUIBDO
CC: ####
Municipio: QUIBDO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INSTITUCIONL NICOLAS MEDRANO
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
16	RC	1.077.482.437	JUAN	DAVID	RENTERIA	BLANDON					A	D	A	A	A	A	A	A		D	A	A	A	A	A	A	A	D	A						
17	RC	1078469444	AILYN	DALIANA	RODRIGUEZ	HINEZTROZA					A	D	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A						
18	RC	1078469208	KEYNER	ANDRES	PEÑA	MENA					A	D	I	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	D							
																													TOTAL						

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

Felipa Stella Renteria P.
COORDINADOR(A) EA

Luz Yally Ordoñez Rivas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ FUNDACION PAZIFICO VIVE
NIT: _____ 900937880-5 NUMERO DE CONTRATO: ____144_____
MES: _ AGOSTO AÑO: ___2021____
MODALIDAD DE ATEI: HOGAR INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCI: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de _____
Regional: _____CHOCÓ_____ Centro Zonal _____ QUIBDO Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a) _____ ANA ZUNILDA BLANDON CC_____ 54251989
Código CUENTAME UDS: 2700100091314 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: _____ HOGAR INSTITUCIONL NICOLAS MEDRANO
MEDRANO Teléfono UDS: _____

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																				
01	RC	1077479527	CELESTE		VALDES	CORDOBA					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02	RC	1078011149	YILMAR	SANTIAGO	MENA	TAPIA					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03	RC	1077480277	DEIVER	FELIPE	MOSQUERA	PINO					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
04	RC	1077478530	ANA	ISABEL	CACERES	MURILLO					A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A			
05	RC	1078468536	DAICY	DANIELA	GARCIA	MOSQUERA					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
06	RC	1078010997	DAFFNE	SAJANY	CASTRO						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
07	RC	1077480735	AHILEN	SAMARIS	ASPRILLA	CUETA					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08	RC	1078468275	EMMANUEL	ANDRES	MOSQUERA	PALACIOS					A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
09	RC	1078011301	HEILIN	SARAY	BEJARANO	NAGLES					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
10	RC	1078011261	DEYKAR	DANIEL	MARTINEZ	ARCE					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
11	RC	1078011513	WARIS	DIRIE	CORDOBA	CACERES					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
12	RC	1077478344	IAN	JOSEPH	MENA	MOSQUERA					I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
13	RC	1085724083	JAZEL	CHARLOTT	PEREA	BLANQUICET					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
14	RC	1078468462	EDEN	HAZARD	MORENO	MOSQUERA					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A			
15	RC	1078011049	SHELCY	JOSADY	MORENO	MOSQUERA					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
16	RC	1078010811	JHOJAN	CAMILO	ESPINOZA	RODRIGUEZ					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
17	RC	1078468743	YEISER	STIVEN	VALOYES	GAMBOA					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
18	RC	1078011024	MAUREN	LISETH	SANCHEZ	MOSQUERA					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
19	RC	1078011551	CHEILYN	YULIETH	PALACIOS	PALACIOS					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
20	RC	1078010934	ANGEL	MATEUS	LEMUS	MORENO					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			
																								TOTAL				

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN EL MES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS DURANTE EL MES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ATENDIDAS	

Felipa Stella Renteria P.
COORDINADOR(A) EA

Ana Zunilda Blandón A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZIFICO VIVE
NIT: 900937960-5 NÚMERO DE CONTRATO: 144
MES: AGOSTO AÑO: 2021
MODALIDAD DE ATEN: HOGAR INSTITUCIONAL
SERVICIO DE ATENCI: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): ANA ZUNILDA BLANDON CC: 54152669
Código CUENTAME UDS: 2700100091314 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR INSTITUCIONL NICOLAS MEDRANO
Dirección UDS: MEDRANO Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
21	RC	1078011738	ADELE	SOFIA	CAMPAÑA	CHAVERRA					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
22	RC	1077479906	HELLEN	SOFIA	RENTERIA						I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
23	RC	1078011460	ANDERSON	SMITH	PALACIOS	ARMIJO					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
24	RC	1078810595	EVANS	JOSEPH	BLANDON	ARIAS					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
25	RC	1078010651	JULIAN	JAIR	MEJIA	PALACIOS					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
26	RC	1078468653	YENCI	LILIANA	GUEVARA	ROMAÑA					A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
27	RC	1078011225	EMANUEL		MOSQUERA	PALACIOS					I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
																													TOTAL				

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

Felipa Stella Rentería P.
COORDINADOR(A) EA
Coordinadora - 3113152615

Ana Zunilda Blandón A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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