BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PR... OCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ICBF CCA # 8 y Medio agua
NIT: 83 500 11 25 - 6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: 07 AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca
Nombre Agente Educativo (a): liliana Riascos
Código CUENTAME UDS: 76090010 4367
Dirección UDS: Ciudad de la nueva Esperanza

Centro Zonal: Valle del cauca
CC: 66939290
Municipio: Buenaventura
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los pollitos
Teléfono UDS: 3158639439

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1185466000	Leiner	Joel	Riascos	Cuero	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
02		1150953825	Heylin	Gabriela	Beurter	Torrez	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03		1151973337	Angel	Yoleimer	Mora	Mosquera	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04		1111237744	Santiago		Rodriguez	Riascos	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
05		1115965474	paula	Andrea	Mosquera	Gutierrez	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06		1076338195	Keilyn	Scarlen	Mosquera	Urbano	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
07		1111924911	Heilyn	Celeste	Torres	Rodriguez	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
08		1235196204	Emma	Alexandra	Valencia	Cruezo	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09		1059094906	Keiler	Camilo	Riascos	Mantilla	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
10		1235148347	Breillyn	Salam	Hinestroza	Torrez	1	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL

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

M.E.N
COORDINADOR(A) EA

liliana Riascos 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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO
NIT 8350011 25 - 6 NÚMERO DE CONTRATO 0823
MES: Julio AÑO:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Hobis
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Municipio: Bitura
Nombre Agente Educativo (a): Lorena Grueso CC 30600126
Código CUENTAME UDS: 76109000704356 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención la esperanza
Dirección UDS: zarzoza Teléfono UDS: 322 235 2323

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	MIERNES			
01	RC	7777923075	linda	Sarai	castro	castillo	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
02	RC	7777927133	Helen	milagro	Mosquera	Hurtado	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
03	RC	7235145952	Juan	Felipe	panameño	caicedo	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
04	RC	7235144952	Sheri	Jannin	García	caicedo	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
05	RC	7777925066	Britani	Vanesa	Valencia	plaza	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
06	RC	7777927732	Dana	ester	Mosquera	Hurtado	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
07	RC	7777926451	carlos	Daniel	arrollo	Hurtado	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
08	RC	1235146620	Juan	camilo	García	caicedo	7	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
09	RC	7777927130	Jesus	David	riascos	panameño	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
10	RC	7777927131	Valeria	Sofia	riascos	panameño	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL			

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Lorena Grueso
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CCAMPO
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: JULIO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARINA VERGARA CC: 66887769
Código CUENTAME UDS: 7610900104364 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PINGUINOS
Dirección UDS: VEREDA EL SALTO Teléfono UDS: 3205830020

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1113072047	HOSSY	YAJAIRA	GOMEZ	TEÑOZ	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
02	RC	1070 2039	GNDRY	ALEXANDER	TORRES	VANDEZ	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
03	RC	1108835826	KAROL	XIMENA	VANEGAS	PRADA	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
04	RC	1104844687	VICTORIA		MENDEZ	ARANA	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
05	RC	1114737519	VALENTIN		PEÑA	GOMEZ	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
06	RC	1113071997	MAIRA	SOFIA	GOMEZ	TEÑOZ	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
07	RC	1109571161	JOAQUIN		ACUÑA	MENDEZ	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
08	RC	1113071397	ELIZABETH		ANGULO	TAMAYO	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
09	RC	1195467552	MARIA	ISABELLA	BARBOSA	PEÑA	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
10	RC	1114737602	NASLY		ANGULO	TAMAYO	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18	
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL		

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

LUZ MARINA VERGARA
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Alto y Medio R.D.
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Yolanda Angulo CC: 31 866 107
Código CUENTAME UDS: 76-10-900-10-4365 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Burbujitas
Dirección UDS: Nueva Frontera Teléfono UDS: 312 2542737

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)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235144155	Angel	David	Sinisterra	Viveros			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
02	RC	1.150.953.524	Thiago	Alexander	Viveros	Potes			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03	RC	1.111.924.870	Luis	Miguel	Viveros	Mondragon			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04	RC	1.135.147.866	Danna	Girlian	Guerrero	Quinones			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
05	RC	1.113.373.400	Thalie	Arianna	Riascos	Pety			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06	RC	1.109.565.963	Karime		Granados	Victoria			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
07	RC	1.143.687.366	Maihn	Sofia	Vente	Rosero			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
08	RC	1235145689	Karol	Jhoana	Diaz	Victoria			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09	RC	1235143955	Ashley	Dahian	Mejia	Sandoval			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
10	RC	1235144313	Liam	Manuel	Valdes	Sandoval			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	180		

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Yolanda Angulo Mina
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 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC Alto Rio Medio - Dagua
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 223
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional H.C.B

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ana Colombia M CC: 29234168
Código CUENTAME UDS: 7610900104364 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pitufos
Dirección UDS: Nueva Floresta Teléfono UDS: 3148842807

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1151973833	Ian	David	Angulo	Castillo	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1235146513	Jose	Angelo	Hernandez	Lederma		11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1115466825	Jeiny	Shariott	Micolta	Mosquera	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1150954763	Darlan	Yosueht	Moreno	Mosquera	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1150953128	Ivan	David	Nuñez	Vargas	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1235144760	Emma	Sofia	Gallego	Caicedo	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1235145350	Emely	Samara	Angulo	Angulo	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1235143662	Stephanie		Guevara	Yepes	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1235144699	Britani		Valencia	Caicedo	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1066848375	Yanpci		Valencia	Caicedo	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20											TOTAL	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Ana Colombia Mina
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario AMDA
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Leidy Johana Ordoñez CC: 1028186272
Código CUENTAME UDS: 7610Q0104377 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Consul #1
Dirección UDS: Carretera calal pombo Teléfono UDS: 3108483930

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES			
01	RC	1114737420	Juan.	Camilo	Blanquen	Ordoñez	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
02	RC	1235144882	Juan	Diego	Angulo	Lopez	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
03	RC	1080349941	Allyn.	Tatiana	Diaz	Lozano	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
04	RC	1113071058	Yasly	Yajaira	Hernandez	Plaza	5			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
05	RC	1113374178	Braham	Smith	Zapata	Hurtado	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
06	RC	1111925674	Donlin	Jhoana	Riascos	Angulo	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
07	RC	1111487662	Jostin	Daniel	Bonilla	Valoyes	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
08	RC	1117034911	Angel	Alaia	Lopez	Riascos	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
09	RC	1111925675	Dian	David	Riascos	Angulo	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
10	RC	1111925673	Karen	Dieta	Riascos	Ortega	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																													TOTAL							

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Leidy Johana Ordoñez
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO
NIT: 8350011 25-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: T C
SERVICIO DE ATENCIÓN: H C B E

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Valle Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Irene Rivas CC: 66912601
Código CUENTAME UDS: 7610900104357 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Bulliciosos
Dirección UDS: Vereda camino viejo Km 40 Teléfono UDS: 3212503856

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1113071603	Angui	tatiana	Diaz	Riascos	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
02	RC	1115465634	Shary	SOFIA	tello	Valencia	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
03	RC	1115466885	Exfer	andres	tello	valencia	1	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
04	RC	1150954272	Willian	Stiven	angulo	angulo	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		19		
05	RC	1150954273	willian	Yessi	angulo	angulo	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
06	RC	1235144619	Diego	Luis	Mosquera	Bermudez	3	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
07	RC	1235145611	Jesus	Daniel	Delgado	Tovar	1	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
08	RC	1113373479	marilin	tamara	Palacio	Renteria	4	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
09	RC	1113374439	Angel	David	Palacio	Renteria	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
10	RC	1235143800	Jeifer	andres	Gamboa	Vente	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A		18		
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Irene 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	28/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C Alto y medio R.D.
NIT: 83500112S-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo. C.
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Valle del Cauca Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Elvia Maria V. CC 29230446
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Chiquillada
Dirección UDS: Barrio el Jardín Teléfono UDS: 310379 4056

Hoja ___ de ___

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	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	MIERNES			
01		1155954603	Ana	Maria	Potes	Rojas	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
02		1060127145	Luci	Lorena	Perea	Perea	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
03		1111926060	Lia	Luciana	Potes	Vargas	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
04		1115465866	Joysi	Mariana	Torres	Angulo	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
05		1115465116	Genesis	Ariana	Siniestera	Solis	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
06		1115465414	Karen	Sahory	Vargara	Aramburo	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
07		1235144691	Gian	Alexander	Riascos	Valencia	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
08		1111924096	Alix	Ariana	Penteria	Aramburo	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
09		1115465899	Shelohy	Sofia	Calcedo	Diaz	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
10		1115465400	Sheyla	Fernanda	Calcedo	Diaz	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL				

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Elvia Maria
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: Consejo Comunitario alto vedia Rio Dagua
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Senith Murillo CC: 1111741164
Código CUENTAME UDS: 7610900104372 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Cisneros Pueblo nuevo Teléfono UDS: 3117226340

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: L	M	MI	J	V	SEGUNDA: L	M	MI	J	V	TERCERA: L	M	MI	J	V	CUARTA: L	M	MI	J	V	QUINTA: L	M	MI	J	V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1104845446	Hector	Manuel	Victoria	Garcia	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
02	RC	1237688892	Daniel	Andres	Gutierrez	Vella Izacc	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
03	RC	1113072191	Jhon	Jaider	Delgado	Rojas		11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
04	RC	1113071736	evelin	Andrea	sepulveda	castro	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
05	RC	1085725890	Briana	Yisel	Zuaza	Torres	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
06	RC	1114737292	Yostin	Andres	Vazques	Herrera	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
07	RC	1109571466	Gabriela		Tabarez	Ruiz	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
08	RC	1241438226	Joseph		Cuellar	Campo	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
09	RC	1109197507	Maria	Celeste	Potosi	Ibargüen	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
10	RC	1232822809	Jangel	Tomas	Murillo	Murillo		7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					18		
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL

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

M.E.N
COORDINADOR(A); EA

Senith Murillo
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 Infonnación: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Alto y Medio R. D.
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca. Centro Zonal: I.C.B.F. Municipio: Buenaventura.
Nombre Agente Educativo (a): Olga Maria Vargas CC: 31846475
Código CUENTAME UDS: 7610900104378 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Nuevo Amanecer #1
Dirección UDS: Ciudadela Nueva Esperanza. Teléfono UDS: 3117319929

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111913340	Kimberlin	Sanay	Delgado	Rodrigues	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1115463804	Lesli	Yoleisi	Riascos	Urbano	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1118374327	Gilary	Sofia	Riascos	Urbano	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1104843130	Shaira	Naomi	Rovelo	Caicedo	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1150955221	Jelon	— o —	Murillo	— o —	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1154644407	Yorner	Aleris	torres	Riascos	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1235143890	yilmar	Samuri	Patiam	Cundumi	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1113071576	Emelin	Sofia	Celis	Urbano	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1235141594	Shelsa	Damaris	Angulo	Orobio	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1113071640	Annie	Julieth	Villa	Maeno	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Olga Maria Vargas.
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: Consejo Comunitario Alto y medio R.D.
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 873
MES: 07 AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca. Centro Zonal: I.C.B.F. Municipio: B/ventura.
Nombre Agente Educativo (a): Sonia pedroza CC: 31378089
Código CUENTAME UDS: 7610900104368 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carmel #2
Dirección UDS: Ciudadela Nueva Esperanza. Teléfono UDS: 3206830788

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1150955375	Teilor	Andres	Mosquera	Riascos	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A T	18		
02	RC	1115895507	Lauren	Stefani	Vallecilla	Orobio	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R	18		
03	RC	1150953053	Jose	Brayan	Gutierrez	Caicedo	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1235142365	Saira	Rocheny	Rivas	Cuero	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A B	18		
05	RC	1275143818	Jhon	Brayon	Renteria	Vargas	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1111473678	Maria	Alejandra	Angulo	Conga	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1205146353	Brian	Eliker	Gamboa	Solimán	1	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1114737773	Matias	-0-	Delgado	Riascos	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1235145018	Elian	Gustavo	Ramirez	Olomia	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1111924203	Yeni	Gimena	Zuñiga	Lerma.	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL

Verificacion De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Sonia pedroza
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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC Afromediano Dagua
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Stella Román
Código CUENTAME UDS: 7610900104369
Dirección UDS: Triana Vía Férrea

Hoja ___ de ___
Centro Zonal: B/ventura Municipio: B/ventura
CC: 29401935
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Luces de colores 1
Teléfono UDS: 3206293809

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	Rev	922499026	Cesar	Oswaldo	Oropeza	Viloz	4	10
02	Rev	903094587	Angy	Ezequiel	Lopez	Antonietta	5	
03	R.C	1113573351	Asly	Luciana	Valencia	Rivas	4	2
04	RC	1113070048	María	Alejandra	Arámburo	Martínez	5	1
05	RC	1113078821	Yorvany	Ariana	León	Marquez	2	11
06	RC	1112970913	Gisel	Andrea	Largacho	Valencia	4	7
07	RC	1.114737692	Valeria	Antonella	Colorado	Artahona	3	2
08	RC	1093985233	Iam		[illegible]	[illegible]	3	2
09	RC	1114737521	Carolay	Mercedes	Silva	Oropeza	2	7
10	RC	1112970962	Andrés	Felipe	Largacho	Valencia	4	1
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS (L = LUNES, M = MARTES, Mi = MIÉRCOLES, J = JUEVES, V = VIERNES)

No.	PRIMERA L	M	Mi	J	V	SEGUNDA L	M	Mi	J	V	TERCERA L	M	Mi	J	V	CUARTA L	M	Mi	J	V	QUINTA L	M	Mi	J	V	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A	T	A					18		
02	E	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	R	A					18		
03	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	A	A					18		
04	T	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A	A	A	A	A	B	A					18		
05	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A					18		
06	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A	A	A	A	A					18		
07	O	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	J	A					18		
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A		A					18		
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	O	A					18		
10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	P	A					18		
11														T						E								
12																				D								
13														I						A								
14														V						G								
15																												
16														O														
17																												
18																												
19																												
20																												
TOTAL																												

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Stella Román
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC Alto y medio rio dagua
NIT: 83500 1175-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ana Delia Riascos CC: 29.236395
Código CUENTAME UDS: 7610900404376 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Nuevo Amanecer 2
Dirección UDS: Trigna invasión Teléfono UDS: 321 746 15 45
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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1113374427	Zoe	Yohesly	ortiz	Suarez	2	8	P A A A A A A A A A A A A A P A A A A T A	18		
02		1113071220	Nahiovy	yiceth	Rivas	Saldaño	4	1	E A A A A A A A A A A A A E A A A A R A	18		
03		1123211863	Ailyn	Ivana	Hernandez	Bustamante	3	6	S A A A A A A A A A A A A S A A A A R A	18		
04		1114737636	Sara	yive	Rodriguez	Riascos	1	11	T A A A A A A A A A A A A T A A A A B A	18		
05		1113374810	Denzel	Damian	Riascos	Martinez	2		I A A A A A A A A A A A A I A A A A A A	18		
06		1113071600	Ehimy	Sofia	Gonzalez	Ramirez	3	9	V A A A A A A A A A A A A U A A A A J A	18		
07		1113072008	Jose	David	Viafara	Hernandez	1	9	O A A A A A A A A A A A A O A A A A D A	18		
08		1191223817	Liam	steven	Ocampo	Torres	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A P A	18		
09		1113072077	Iker	Alexis	Bustamante	Viafara	2	1	A A A A A A A A A A A A N A A A A E A	18		
10		1113071437	Thiago	Jael	Arboleda	Angulo	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A D A	18		
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	18		

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

M-E-R
COORDINADOR(A) EA

Ana Delia Riascos Cairedo
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CCAMDA
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 923.
MES: Julio. AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Valle del Cauca
Nombre Agente Educativo (a): Diana Katherine A cc 1117775447
Código CUENTAME UDS: 761090010437 Hoja ___ de ___
Dirección UDS: Corregimiento la delfina Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carcajada inocente
Teléfono UDS: 3104852696

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, MIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1113071389	Hayleri	Ctarika	Cardona	Cardenas	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1113071280	Juan	camilo	fernandez	Valencia	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1113072085	Yerelin	estefania	Tarache	Cabezuca	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1113071948	112	estefani	Ramirez	mosquera	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1114737589	Nicol	sofia	campo	rivera	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1104848072	Liam	alfredo	angulo	estrella	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1108651672	Heidi	Samara	Cabrera	muñoz	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1113071298	patrick	Emiliano	Cambo9	muñoz	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1116381516	Dominny		Zapata	ortiz	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	15649847	tatiana	antonella	Cardenas	Romero	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL

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

M.E.T
Manuel E. Rivas
COORDINADOR(A) EA

Diana angulo
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
:OMOCIÓN 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: Consejo Comunitario Alto Medio Rio D
NIT: 836001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Marlyn Rivas D CC: 29687646
Código CUENTAME UDS: 7610900104370 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Alegria de vivir #7
Dirección UDS: Cisneros Pueblo nuevo Teléfono UDS: 3137721348

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1237688893	Henyeer	zoeth	Amo	payan	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A	T	A				A		
02	RC	1113071163	Abigail		Bueno	Barreto	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	I	A				18		
03	RC	1113071211	Matias		Rivas	Murillo	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6	A	A	A	A	A	D	A				18		
04	RC	1113071504	Jerling	David	Riascos	Quinatas	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	5	A	A	A	A	A	3	A				18		
05	RC	1114737404	Maria	Jose	Benitez	Mellizo	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A	A	A	A	A	4	A				18		
06	RC	1113375396	Ashley	Salome	Fandiño	Riascos	1	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	1	A	A	A	A	A	J	A				18		
07	RC	1113071351	Jarlyn	Dahiary	Mena	sanchez	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	1	A	A	A	A	A	D	A				18		
08	RC	1114558822	Andry		Vargas	Dagua	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A	A	A	P	A				18		
09	RC	1114737316	Adrian	Jose	Paez	Quiñones	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	E	A				18		
10	RC	1061826824	Martin	David	Ariza	Perdomo	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A				18		
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL

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

M.E.R.
COORDINADOR(A) EA

Marlyn Rivas Diaz
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC AMDA
NIT: 3500112S-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823.
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: B/Ventura Municipio: B/Ventura
Nombre Agente Educativo (a): Dasi Tatiana Vargas p CC: 1117907749
Código CUENTAME UDS: 76900104362 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: santa teresita
Dirección UDS: zona rural alto zaragoza Teléfono UDS: 3114107423.

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111925259	Xiomara		arango	roa	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
02	RC	1235144427	loren	natalia	Olaya	perlaza	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03	RC	1111923035	Melisa		Rodriguez	mosquera	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04	RC	1235145381	Aslin	Guisell	Riascos	Riascos	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
05	RC	1235143900	Jason	Estiven	Terma	Vargas	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06	RC	1235141542	Kellin	Nairan	Murrillo	Riascos	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
07	RC	1113273377	Josue	Daniel	Castro	Garcia	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
08	RC	1235146138	Mary	angelly	Castro	Garcia	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09	RC	1113373456	Shantal	Celeste	Tovar	Ferreira	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
10	RC	1150952918	José	David	Muñoz	Angulo	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Dasi tatiana Vargas p.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C.A.M.D.I.A.
NIT: 835001175-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: B/ventura Municipio: B/ventura
Nombre Agente Educativo (a): Magaly Torres CC: 38470200
Código CUENTAME UDS: 76109001043375 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Luces de Colores #2
Dirección UDS: Diana Via Perra Teléfono UDS: 3117047941
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1109197853	Hanna	Fernanda	Rivas	Martinez	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A				18		
02	RC	1111922658	Eilin	Dayana	Roman	Banguera	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
03	RC	1115466850	Julian	David	Ramirez	Campo	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
04	RC	1053877359	Celeste	— o —	Guarumo	Ruiz	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
05	RC	1115465025	Maira	Alejandra	Perea	Ramirez	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
06	RC	1114737603	Justino	Rafael	Alcantara	Caguana	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
07	RC	10027127	Yenimar	de los Angeles	Bravo	Suarez	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
08	RC	9854361	Roiner	Alexander	Bravo	Suarez	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
09	RC	1233699367	Anthonella	Victoria	Gonzalez	Bravo	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
10	RC	1114737312	Tammy	Alexandra	Hurtado	Peña	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL			

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

M.E.R
COORDINADOR(A) EA

Magaly Torres
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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CCC Alto Medio Rio Dagua
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca
Nombre Agente Educativo (a): Martha Jaires P
Código CUENTAME UDS: 76109001043 64
Dirección UDS: Cisneros la Concha

Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
CC: 31705017
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los traviesos
Teléfono UDS: 311 731 8683
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01		1150954975	Johan	Estiven	Gonzalez	Caicedo	1	11
02		1113071444	heily	Sofia	Rivas	Grajales	3	3
03		1114737296	Jazlyn		Moreno	Portilla	4	8
04		1113071802	Angie	Carolina	Lame	Mosse	3	1
05		1114737681	Gabriela		Possa	Montes	1	8
06		1113071565	Mailyn		Riascos	Gonzalez	3	1
07		1104849121	Jean	Piher	Banguera	Conda	3	8
08		1113071339	Juan	Camilo	Orozco	Giraldo	3	7
09		1104843580	Mathias		Martinez	Marroquin	4	11
10		1113071702	Mateo		Diaz	torres	2	8
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA L	M	Mi	J	V	SEGUNDA L	M	Mi	J	V	TERCERA L	M	Mi	J	V	CUARTA L	M	Mi	J	V	QUINTA L	M	Mi	J	V		CAUSA DE RETIRO
01	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A	T	A					18	
02	E	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	R	A					18	
03	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	A	A					18	
04	T	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A	A	A	A	A	B	A					18	
05	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A					18	
06	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A	A	A	J	A					18	
07	O	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	O	A					18	
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	P	A					18	
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	E	A					18	
10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	D	A					18	
11–20																											

TOTAL 18

[illegible]	0
[illegible]	10
[illegible]	0

M E R
COORDINADOR(A) EA

Martha Gaires Rojas
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C.A.M.I.R.D.
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Salomé Riascos CC: 29.234.125
Código CUENTAME UDS: 761000104358 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Estrellitas
Dirección UDS: Ciudadela Nuevo Esperanzo Teléfono UDS: 3103512886

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.235.142.709	Danny	Esteban	Angulo	Angulo	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
02	RC	1.235.143.927	Ihan	Stiven	Delgado	Nuñez	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03	RC	1.235.144.633	Janny	Thael	Hernandez	Delgado	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04	RC	1.232.814.768	Ilan	Andres	Medina	Hinestroza	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
05	RC	1.150.054.539	Heylin	Sofia	Suarez	Angulo	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06	RC	1.113.374.795	Abner	Samir	Ferrer	Delgado	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
07	RC	1.235.143.834	Aslhi	Xiomara	Gomez	Valtecillo	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
08	RC	1.235.145.015	Jared	Samuel	Riascos	Angulo	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09	RC	1.113.075.015	Jhon	Alex	Mosquera	Gomez	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
10	RC	1.196.716.512	Alana		Torres	Riascos		9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL			

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

Manuel E. R
COORDINADOR(A) EA

Salomé Riascos
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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC AMDD
NIT: 835001125-6 NÚMERO DE CONTRATO: 823
MES: Julio AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Rosa Murillo CC: 66743991
Código CUENTAME UDS: 7610900104 3
Dirección UDS: Corregimiento la delfina
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Concafados Inocentes
Teléfono UDS: 314 876 9817

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1234199927	Marlon	David	Cardenas	Lima	3	8	A A A A A A A A A A A F A A A A A F A		18		
02	RC	1232808689	Melany	Gissel	Angulo	Campos	4	2	A A A A A A A A A A A E A A A A A E A		18		
03	RC	1113071281	Luciano		Fajardo	Jgmbuel	3	7	A A A A A A A A A A A S A A A A A S A		18		
04	RC	1154665381	Yahdet	Samuel	gomez	Rentria	1	9	A A A A A A A A A A A H A A A A A H A		18		
05	RC	1114014683	Kyliam	Andrey	Murillo	Ruiz	1	11	A A A A A A A A A A A I A A A A A I A		18		
06	RC	1111924665	Stefanny	Dahian	Dagua	Riagvendo	3	5	A A A A A A A A A A A U A A A A A U A		18		
07	RC	1114737540	Yoselin	Nahomi	Zapata	Ortiz	2	5	A A A A A A A A A A A O A A A A A O A		18		
08	RC	1111925842	Emir	Leandro	Rentria	Caicedo	3	4	A A A A A A A A A A A F A A A A A F A		18		
09	RC	1232809902	Norma	Isabel	Cabrera		3	9	A A A A A A A A A A A E A A A A A E A		18		
10	RC	1111923206	Ewan	Gael	Ismara	Perlaza	4	5	A A A A A A A A A A A S A A A A A S A		18		
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL

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

Manuel E. R.
COORDINADOR(A) EA

Carmen Rosa Murillo
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