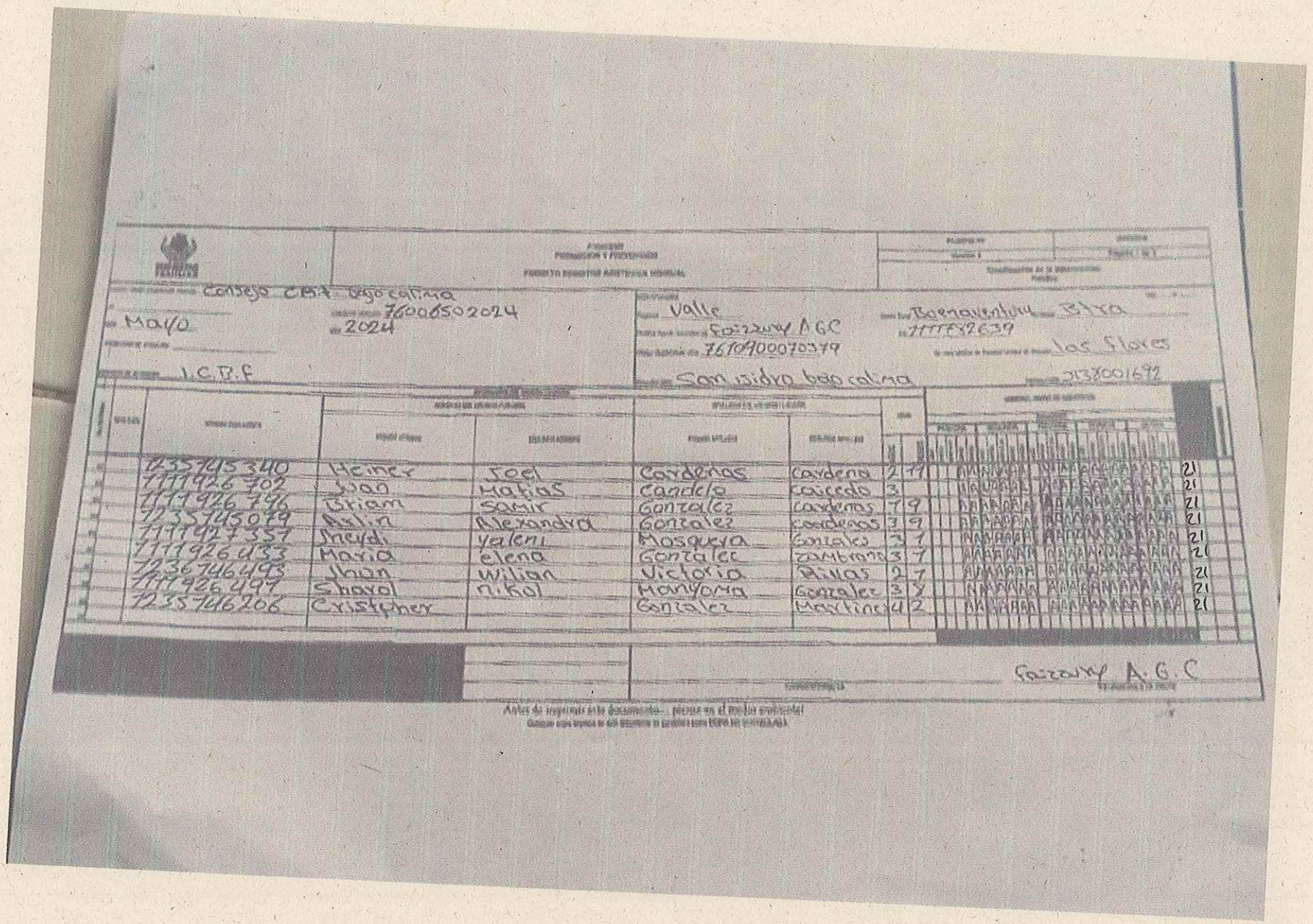
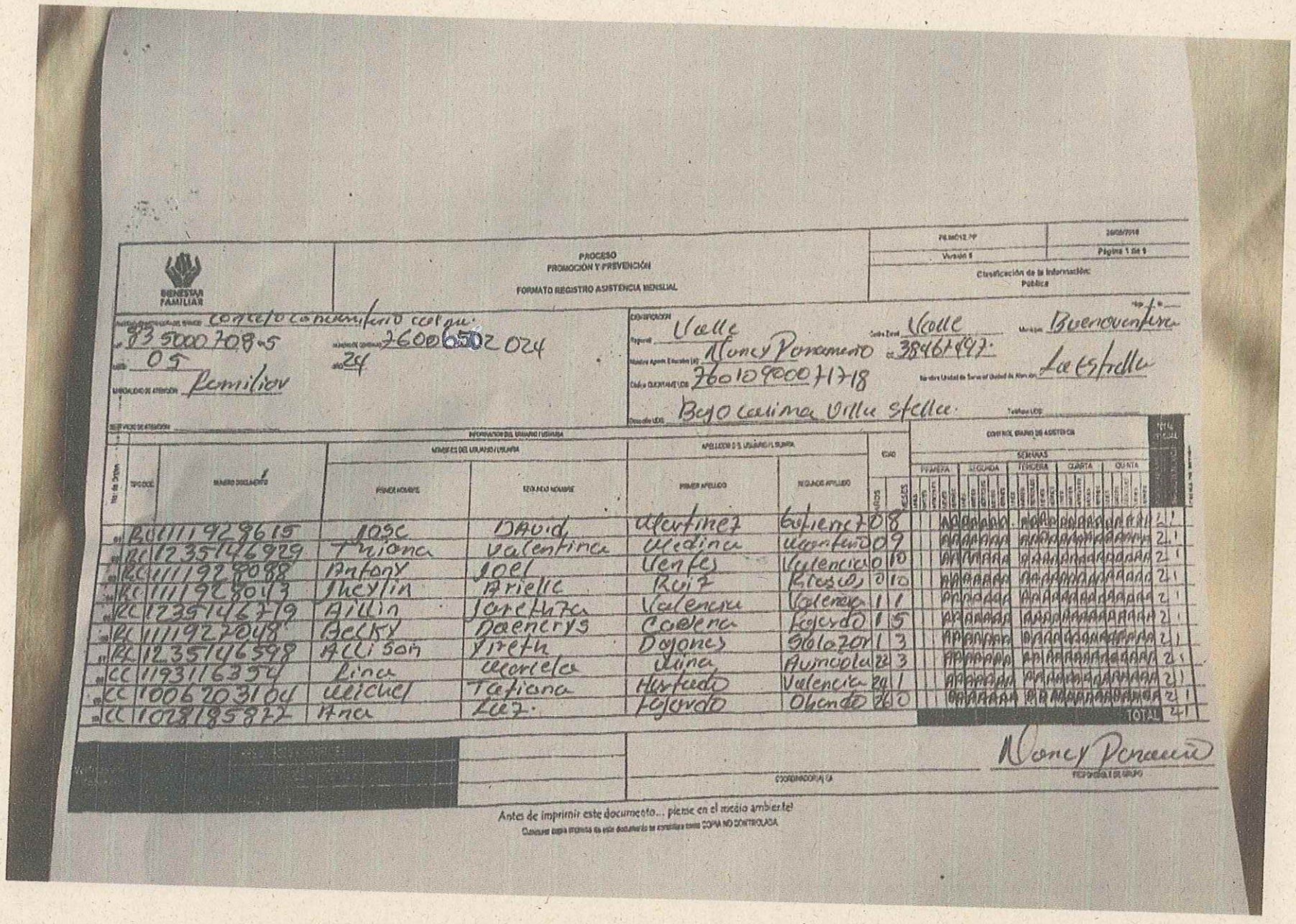


Consejo CBA Bajo calima
Mayo
2024
I.C.B.F
Valle
Buenaventura
Bajo calima
Los Flores
San isidro bajo calima
Cazzony A.G.C

1	1035745340	Heiner	Joel	Cardenas	Cardena	2	11
2	1111926702	Juan	Matias	Candelo	Caicedo	3	
3	1111926796	Isriam	Samir	Gonzalez	Cardenas	1	9
4	1235745079	Asli.n	Alexandra	Gonzalez	Cardenas	3	9
5	1111927357	Sneyda	Yaleni	Mosquera	Gonzalez	3	1
6	1111926033	Maria	elena	Gonzalez	Zambrano	3	1
7	1236746493	Jhan	Wilian	Victoria	Rivas	2	1
8	1111926497	Shayol	Nikol	Manyoma	Gonzalez	3	1
9	1235746206	Cristyner		Gonzalez	Martinez	1	2

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



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR-PROM-12.7F | 26/06/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

Modalidad Servicio: Conecto Comunitario Colgui
No. 83 5000 708-5
Grado: 05
Lineamiento de Atención: Familiar
Número Convenio: 760065202024
Año: 24

Regional: Valle | Centro Zonal: Valle | Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (A): Nancy Ponsamento | CC: 38461897
Código OLE/SIM/LDS: 76010900071718 | Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: La Estrella
Dirección LDS: Bajo Calima Villa Stella. | Teléfono LDS:

Tipo de Doc.	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad Años	Edad Meses	Control Diario de Asistencia Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Total Asistencia
RC	1111927615	Jose	David	Martinez	Bustamante	0	8						21
RC	1235147929	Triana	Valentina	Medina	Montaño	0	9						21
RC	1111927088	Antony	Joel	Cenfe	Valencia	0	10						21
RC	1111927013	Jheylin	Arielic	Ruiz	Reyes	0	10						21
RC	1235147219	Ailin	Sorchuza	Valencia	Valencia	1	1						21
RC	1111927048	Becky	Daenerys	Cabrera	Rojendo	1	5						21
RC	1235146598	Allison	Yireth	Dajones	Bolaños	1	3						21
CC	1193116354	Lina	Marcela	Lina	Arnicola	22	3						21
CC	1006203106	Melchel	Tatiana	Hurtado	Valencia	24	1						21
CC	1028185822	Ana	Luz.	Rojendo	Obando	26	0						21
												TOTAL	21

Nancy Ponsamento
RESPONSABLE DEL GRUPO

COORDINADOR(A) CZ

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	28/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario del Bajo Calima

NIT: 835000708-5

NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024

MES: Mayo

AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempocompleto

SERVICIO DE ATENCIÓN: La pequeño lulo

IDENTIFICACIÓN

Regional: Buenaventura

Centro Zonal: Buenaventura

Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Nubia estela Ramos

CC: 29236422

Código CUENTAME UDS: 7670 9000-890

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: la pequeño lulo

Dirección UDS: Vereda Villa stella K-2

Teléfono UDS: 3188409629

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	Rc	1115466326	Adam	santiago	Riascos	Grueso	2	10
02	RC	1150955384	Milan	Stick	Cufi	Enriquez	2	
03	RC	1235744491	Ever	Josuee	Gamboa	Carabalí	3	9
04	RC	1150953975	Dahian	Celeste	Ramos	urbano	3	10
05	RC	1115465475	Jhostan	Stiwar	obando	Rodriguez	3	9
06	RC	1117925330	Yeiden	Gael	Ruiz	Riascos	3	1
07	RC	1235745532	Anthony	Jared	Valencia	Valencia	2	9
08	RC	1115466767	Kenber		Bonilla	Borocuara	2	7
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA Lunes	PRIMERA Martes	PRIMERA Miércoles	PRIMERA Jueves	PRIMERA Viernes	SEGUNDA Lunes	SEGUNDA Martes	SEGUNDA Miércoles	SEGUNDA Jueves	SEGUNDA Viernes	TERCERA Lunes	TERCERA Martes	TERCERA Miércoles	TERCERA Jueves	TERCERA Viernes	CUARTA Lunes	CUARTA Martes	CUARTA Miércoles	CUARTA Jueves	CUARTA Viernes	QUINTA Lunes	QUINTA Martes	QUINTA Miércoles	QUINTA Jueves	QUINTA Viernes	TOTAL PERSONA
01				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
02				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
03				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
04				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
05				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
06				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
07				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
08				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21
09																										
10																										
TOTAL																										

COORDINADOR(A) EA

Nubia estela Ramos 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo R.o Calima

NIT: 8350007085

NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024

MES: Mayo

AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: Valle

Centro Zonal: Buenaventura

Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Jenny Rocio

CC: 1111770620

Código CUENTAME UDS: 7610900070904

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Palomas Travieso

Dirección UDS: Villa Stella

Teléfono UDS: 3172927527

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1235145014	Jasleidy		Paredes	Rodriguez	3	9
02	RC	1235145013	Hasbleidy		Paredes	Rodriguez	3	9
03	RC	1235142698	Killian	Joel	Castillo	Murillo	5	1
04	RC	7777923306	Jeican	Andres	Riascos	Rivas	4	5
05	RC	7750955804	Aslin	Oriana	Riascos	Mosquera	1	5
06	RC	7750953802	Yeri	Fernando	Castillo	Riascos	4	3
07	RC	1087837503	Jesus	Elias	Martinez	Angulo	4	7
08								
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	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	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
02				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
03				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
04				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
05				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
06				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
07				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21		
08				A	A																							
09																												
10																												
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	

COORDINADOR(A) EA

Jenny Rocio Quiñones
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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: *Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo rio calima

NIT: 8350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024

MES: Mayo AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: Valle Centro Zonal: Bura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Mirella Venta CC: 38474967

Código CUENTAME UDS: 7610900086 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Lanino Maria

Dirección UDS: Villastella Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO /LA 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			
01		1235143831	tam	Jamith	Ruiz	Cundumi	4	5		21	
02		1235145910	Keiner	Dauid	Viveros	Viascos	2	4		21	
03		1235146011	Asley	tatiana	Vante	Valencia	3	5		21	
04		1235144431	Ailin	Sofia	Vasque	Aspilca	4	1		21	
05		1235144449	Cristian	Ayley	Tenya	Ruiz	3	7		21	
06		1235146032	Maikel	Eliam	Ruiz	mina	2	4		21	
07		1113375610	theilor	Smit	Aboleda	Ruiz	1	1		21	
08											
09											
10											

TOTAL

Verificación de Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MADRES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

Mirella Venta
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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

MODALIDAD TRADICIONAL DEL SERVICIO: CC. Rio Bajo Calima
835000708-5
NUMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradisional
TIPO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Sandra yirley Revelo
CC. 38473764
Código CUENTAME UDS: 7610900056824
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los angelitos traviesos
Dirección UDS: Bajo calima la brea
Teléfono UDS: 3114339400

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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL PERIODO	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1154677299	Hellen	Dairovy	Ramos	Aguilar	2	3		21	
02	RC	1235145122	Deiner	Yael	Ramos	Bastilleja	3	4		21	
03	RC	1115467314	Shavitee	Yiyan	Quiñones	Mosquera	2	6		21	
04	RC	1115467433	Kayla	Andrea	Sinisterra	Gonzalez	1	8		21	
05	RC	1235146717	Jeily	Celeste	Aduncola	Lopez	1	5		21	
06	RC	1196716535	Breiner	Thoani	Beleño	Angulo	1	5		21	
07	RC	1235146658	Keilyn	Nahiara	Cordoba	Obando	2	2		21	
08	RC	1153374310	Keisy	Samara	Angulo	Moreno	3	2		21	
09	RC	1231886071	Axel	Jesus	Ibargüen	Gamboa	2	4		21	
10											

TOTAL NIÑAS ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS ASISTENTES	9

COORDINADOR(A) EA

Sandra yirley Revelo.
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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario del Bajo Calima

NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024

MES: Mayo AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: B/tura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): Francia E. Valencia CC: 29260671

Código CUENTAME UDS: 761080005664 9 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Cariñositos

Dirección UDS: Vereda la Caucana Teléfono UDS: 3147984794

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	1ª L	1ª M	1ª Mi	1ª J	1ª V	2ª L	2ª M	2ª Mi	2ª J	2ª V	3ª L	3ª M	3ª Mi	3ª J	3ª V	4ª L	4ª M	4ª Mi	4ª J	4ª V	5ª L	5ª M	5ª Mi	5ª J	5ª V	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1113374102	Kyliam	Jossell	Montaño	Sinisterra	3	11			A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
02		1235145865	Joimar	Eduardo	Mosquera	Valencia	3	1			A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
03		1150954337	Leydi	Ilasmin	Mosquera	Lopez	3	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
04		1113375473	Liam	Nicolas	Gonzalez	Rivera	1	3			A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
05		1111925146	Maikel	Darian	Mosquera	Angulo	4	5			A	A	A	A	A	A	A	A	-	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	-			
06		1110305630	Cristian	Camilo	Barcos	Moscoso	3	7			A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
07		1111924701	Yeisy	Dariana	Banguera	Mosquera	4	6			A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
08		1235146625	Gellin	Dajana	Mosquera	Valencia	1	4			A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
09		1150955568	Lida	Isabella	Celorio	Mosquera	1	8			A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]			
10																																	[illegible]			
TOTAL																																				

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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 del bajo calima
NIT: 7610900056673 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: 05 AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buga Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Marlin V. CC: 1111739235
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caminito Alegre
Dirección UDS: Km 16 via cali V. Caucana Teléfono UDS: 3162718923

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																														TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																															
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									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	1235144656	Esteban		Lopez	Torres	3	7				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02	RC	1235144471	Eiker	Matias	Angulo	Estrilla	3	9				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03	RC	1111925234	Jeremy	Steven	Mosquera	Arenas	3	5				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
04	RC	1113071877	Andres	Matias	Serna	Calle	2	11				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
05	RC	1235146030	Yhover	Emmanuel	Gozman	Torres	2	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
06	RC	1109198312	Maria	Jose	Rodriguez	Cardona	4	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
07	RC	1235144287	Luz	Angela	Alomia	Angulo	3	11				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08	RC	1113374240	Valery		Apraez	Cardona	3	9				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
09																																					
10																																					
																																	TOTAL 8			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

Marlin Vivera
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.

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 Rio Calima
NIT: 835000708-6 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650702024
MES: Completo mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buga
Municipio: Buga
Hoja __
Nombre Agente Educativo (a): Luz Mariana
CC: 29230536
Código CUENTAME UDS: 7610900070955
Dirección UDS: Bajo Calima - Colonia
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pequeño gigante
Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES					
01		1113374142	Brittani		Lozano	caicedo	3	11	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
02		1119269722	yaider	Smith	angulo	murillo	1	7	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
03		1191224383	gael	armando	lozano	moreno	2	8	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
04		1117048556	Luis	derian	renteria	manyoma	4	3	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
05		1113374164	daylin	Johana	micolta	alvan	4		A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
06		1096647823	Joan	Fernando	galvis	cardona.	3	10	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
07		1191221353	Naslin	Sofia	valoy	delgado	2	9	A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
08													
09													
10													

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

TOTAL

COORDINADOR(A) EA

Luz Mariana 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

F0.MO12.PP	28/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo Comunitario Calima

NIT: 9850007095 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024

MES: Mayo AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Valle del Cauca

Nombre Agente Educativo (a): Matilde Viveros CC: 29248274

Código CUENTAME UDS: 7010900568811 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Bellos montaño

Dirección UDS: Via Calima Km 6 La Brea Teléfono UDS: 3147193561

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01		1235144960	Breynen	Adrian	Rodallega	Lerma	3	7	A A D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
02		1111923702	Cristin	Alanna	Caicedo	Rodallega	5	año	A A D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
03		1235923757	Dayan	Raquel	Montaño	Medina	5	año	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
04		1115465659	Elisabeth	Milagro	Panameño	Medina	4	año	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
05		1115656720	Lauren	Nayara	Sinisterra	Medina	4	4	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
06		1115467293	Duelina	Ester	Montaño	Medina	1	11	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
07		1115928121	Kilian	Gael	Mancilla	Rodallega	11	m	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
08		1115465641	Yoise	Salome	Vera	Montaño	4	8	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	21	
09											
10										2	

TOTAL

TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
TOTAL MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ASISTENTES	

Matilde Viveros

COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN 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: Consejo Comunitario Bajo Calima.
NIT: 835000708-5
NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
AÑO: 2024.
UDS: 05.
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: B/tra.
Centro Zonal: B/tra.
Municipio: B/tra.
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ofelia. Arboleda.
CC: 1111760911.
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los pitufos.
Dirección UDS: Bajo Calima - La colonia
Teléfono UDS: 3154865245.

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1150954755	Kevin	Alexander	Viveros	Medina					
02	RC	1115467178	Kayleen	Lorena	Lopez	Torres					
03	RC	1196716375	Sharet	Sofia	Perea	Rascos					
04	RC	1115466886	Owen	Fernando	Davila	Loudoño					
05	RC	1078694097	Yendris		Ganan	Longa					
06	RC	1235144141	Faris	Matias	Davila	Arboleda					
07	RC	1144003772	Emma	Sofia	Perea	Paredes					
08	RC	1111928121	Kilyon.	Lael	Mancilla	Lodallega.					
09	RC	1235145729	Meilin	Dariana.	Londoño	Rascos.	3				
10											

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — TOTAL

Verificación del Cobertura	TOTAL NIÑOS, NIÑAS ASISTENTES
	TOTAL NIÑOS, NIÑAS AUSENTES
	TOTAL NIÑOS, NIÑAS RETIRADOS

COORDINADOR(A) EA

Ofelia Arboleda
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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN 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: Rio Calima
NIT: 8350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Valle/Buna Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Maria D. Mosquera CC: 29230609
Código CUENTAME UDS: 7610900071532 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Angelitos
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3162899518

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	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
01	RC	1111928072	Matias		Mondragon	Longa		11				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02	RC	1114558807	Angely	Celene	Tovar	Valencia	3	01				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03	RC	1235146145	Jhoan	Estiven	Valencia	Rodallega	2	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
04	RC	1111926400	Salome.		Hurtado	Longa	2	01				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
05	RC	1235145237	Dary	Luciana	Montaño	Longa	2	11				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
06	RC	1150954232	Kilian	Andres	Mosquera	Longa	3	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
07	RC	1235146161	Victor	Rodolfo	Longa	Rodallega	2	11				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08	RC	1113375864	Ozlen	Zoe	Velasquez							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
09			Jose	Luis	Longa	Salazar	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
10																																	
																															TOTAL		

Valor Ración De Cobertura	0
	9
	0

COORDINADOR(A) EA

María Dolores Mosquera
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: Río Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Margarita Asprilla CC: 29.230459
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Laureles
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3185930492

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)																							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
01	RC	1110380328	Ayleen	Luana	Garces	ochoa	2	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
02	RC	1092021938	Eliangel	Jesús	Bertrago	Rios	4	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
03	RC	1109575638	Emily	Zoe	Balanta	Mosquera	1	7				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
04	RC	1113375347	Malik		Perlaza	Valencia	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
05	RC	1337688904	Aylin	Pamela	Caicedo	Arevalo	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
06	RC	1235143485	Lian	Alexander	Mosquera	Caicedo	4	9				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
07	RC	1113154817	Angel	David	Lopez	Velez	1	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
08	RC	1150954387	Nathaly	Yazurith	Torres	Gonzalez	3	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
09	RC	1241441295	Paulina		Arboleda	Lopez	3	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10																															

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Margarita Asprilla
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: Rio Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca
Nombre Agente Educativo (a): Ana Longa
Código CUENTAME UDS: 7610900 7769
Dirección UDS: Bajo Calima

Centro Zonal Buenaventura CC 29.230.377
Municipio: Buenaventura
Hoja
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La chilindrina
Teléfono UDS: 3164468128

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	TERCERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	CUARTA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	QUINTA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)
01	RC	1150954743	Elizabeth		Caicedo	Porras	3	1		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
02	RC	1107540665	Angely	Itzayana	Murillo	Tovar	7	9		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
03	RC	1235145578	Nasly	Zareth	Martinez	Angulo	2	7		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
04	RC	1117927276	Kendry	Alexandra	Bermudez	Cangá	1	5		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
05	RC	1144003646	Kaylin	Mariana	Potes	Murillo		7		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
06	RC	1235145731	Braiden	Esteban	Cuero	Longa	2	5		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
07	RC	1235144366	Jose	Stiven	Caicedo	Porras	4	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
08	RC	1078694082	Yemeli	Kailani	Moreno	Martinez	3	1		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
09													
10													

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Ana Longa
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 DE L 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 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo comunitario
NIT: 835000709-5
NÚMERO DE CONTRATO: 7600650Z024
MES: Mayo
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Fami
SERVICIO DE ATENCIÓN: Medio tiempo

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: valle
Centro Zonal: B/ventura
Municipio: B/ventura
Nombre Agente Educativo(a): Ma Teresa M.R.
CC: 1111777192
Código CUENTAME UDS: 76709000715047
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los condoritos#2
Dirección UDS: Bajo calima las colonia
Teléfono UDS: 317500376g

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01		1111767686	Karen	Andrea	Valencia		18	2
02		1111752376	Maria	Fernanda	Murillo	lopez	21	6
03		1235147072	Jean San	Yeled	Roldan	Rivas	1	
04		1107541197?	Anny	Millorly	cuero	Rodriguez	1	2
05		1150956496	Aaron	Joseph	Caicedo	Tamayo		7
06		1144001805	James	Aimar	Boya	Victoria	1	10
07		53132532	Sonia		Tamayo	Montoño	41	9
08		1214213792	Yomeida		Gonzalez	Caicedo	27	2
09		1111801054	Claudia		Caicedo	Lopez	29	9
10		1144004198	luisa	Alejandra	Riasco	Caicedo	2	

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	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
01				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
02				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
03				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
04				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
05				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
06				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
07				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
08				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
09				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
TOTAL																										

Verificación de Cobertura		
	[illegible]	7
	[illegible]	4
	[illegible]	5

COORDINADOR(A) EA

Ma Teresa M.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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2019
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

...DAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo ComunAitario /Bajo calima
835000708-5
...: Mayo
NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Andrea Moreno
Código CUENTAME UDS: ____
Dirección UDS: Bajo Calima/La colonia
Centro Zonal: Buenaventura
CC 66748835
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Virgen
Teléfono UDS: 3174896068

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
RC	1111929551	Nailis	Aiala	Ramos	Murillo	1	5
RC	1235145097	Brittany	Milagros	Victoria	Arboleda	3	1
RC	1235145541	Cristian	Adrian	Angulo	Manyoma	3	3
RC	1115466708	Jeimmy	Janeth	Caicedo	Rivas	2	8
RC	1151973866	Alaia		Rivas	Murillo	2	7
RC	1235145264	Bethany	Marian	Urrutia	Moreno	2	9
RC	1111926490	Samantha	Gabriela	Asprilla		3	1
RC	1111929023	Eison	David	Gamboa	Arboleda	1	

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

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		CAUSA DE RETIRO
1				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
6				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
7				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
8				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			

TOTAL

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Andrea Moreno
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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	20/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C cuenca Baja del rio calima

NIT: 8350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024

MES: Mayo AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB Tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Adelaida Perea CC: 38466 75

Código CUENTAME UDS: 76109007 1335 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Bosquecito

Dirección UDS: consejo comunitario Teléfono UDS: 3170593200

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)					TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA (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)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1112463674	Emma	Fabiana	Rodriguez	Arriechi	3	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			
02	RC	1235143059	Hellyn	Itzel	Batero	Murillo	5	0	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			
03	RC	1079102682	Elli	Paola	Murillo	Moreno	4	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			
04	RC	11156559	Jean	Andres	Torres	Candelo	4	0	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			
05	RC	1194001429	Quewin	Adrian	Valencia	Mina	2	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			
06	RC	1235144963	Lauren	Nahaira	Murillo	Arboleda	3	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			
07	RC	1235116207	Yeidy	Nahaira	Gonzalez	Murillo	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			
08		1191226172	Gerson	Zaid	Benitez	Rivas	1	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			
09																
10																

TOTAL

Verificación de Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Adelaida Perea
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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/06/2013
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

Entidad administradora del servicio: Consejo comunitario Bajo Calima
Nit: 835000708-5
Número de contrato: 16006502024
Mes: Mayo
Año: 2024
Modalidad de atención: Tradicional
Servicio de atención: Tiempo Completo

Identificación
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo(a): Aurora Lizalda
CC: 373 87 842
Centro Zonal: B/tura
Municipio: B/tura
Hoja ___ de ___
Código CUENTAME UDS: 76201062024
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los Pinguinos
Dirección UDS: Bajo Calima
Teléfono UDS: 315480 6166

No. de Orden	Tipo Doc.	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad Años	Edad Meses	1ª Lunes	1ª Martes	1ª Miércoles	1ª Jueves	1ª Viernes	2ª Lunes	2ª Martes	2ª Miércoles	2ª Jueves	2ª Viernes	3ª Lunes	3ª Martes	3ª Miércoles	3ª Jueves	3ª Viernes	4ª Lunes	4ª Martes	4ª Miércoles	4ª Jueves	4ª Viernes	5ª Lunes	5ª Martes	5ª Miércoles	5ª Jueves	5ª Viernes	Causa de Retiro
01		1 143 398 138	Elian	Matia	Valencia	Vallecilla						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
02		1 150 954 185	Luisa	Fernanda	Longa	Riva						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
03		1 235 146 634	Yeicy	Alejandra	Castillo							A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
04		1 111 978 573	Nelson	David	Angulo	Sanchez						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
05		1 235 145 069	Miguel	Angel	Olampo	Rivera						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
06		1 234 201 354	Lian	Damian	Mosquera	Rivas						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
07		1 115 465 772	Sara	Del Mar	Arboleda	Hurtado						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
08		1144.003.487	eiLyn	oriana	Largacha	Murillo						A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
09																																		
10																																		

0
8
0

TOTAL

Coordinador(a) EA

Aurora lizalda
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.

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
NIT: 8350007708-5
NÚMERO DE CONTRATO: 760065002024
MES: MAYO
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TIEMPO COMPLETO
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): YANET ZOLI RIVAS
CC: 31.586.352
Código CUENTAME UDS: 76109000071564
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FLOR DEL BOSQUE
Dirección UDS: CALLE LAS FLORES
Teléfono UDS: 3178528564

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS	TOTAL BIMENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL BIMENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1.111.925.633	ALANI	FERNANDA	GUERRERO	SANCHEZ	4	·				
02	R.C	1.144.003.080	CLEIRON	ALAHIA	RIVAS	CASTILLO		11				
03	R.C	1.111.925.546	ANTONELA		ROLDAN	ASPRILLA	3					
04	R.C	1.104.851.353	HAYLIN	ITZEL	MURILLO	ASPRILLA	2	4				
05	R.C	1.108.572.855	HEIMY	NAHIARA	GONZALES	VARGAS	1	11				
06	R.C	1.117.360.723	MARIA	ALEJANDRA	MENA	GARCIA	3	11				
07	R.C	1.234.201.489	MARIANA		RIASCOS	CAICEDO	4					
08	R.C	1.235.145.626	ERIC	AMIR	ERAZO	VALLEJO	2	9				
09												
10												

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES FR, JUEVES, VIERNES); SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES); TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES); CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES); QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Janeth Zully 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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/08/2016
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario del Bajo Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: 05 AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buga Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Hurtado CC 66940637
Código CUENTAME UDS: 7610700071524 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Bikin Rincon
Dirección UDS: Bajo Calima 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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	
01		1196764 39	Ana	Lia	Gonzalez	Anchico			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
02		1151973874	Julin	Sebastian	Martinez	Perea			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
03		1119283062	Karen	Sofia	Angulo	Perea			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
04		1238.144.358	Kelin	Soriani	Lopez	Gonzalez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
05		1111 925.452	Ana	Lia	Perea	Morillo			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
06		1111 925.451	Ana	Lia	Perea	Morillo			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
07		1111 571269	Kaylin	Zoe	Orobio	Angulo			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
08		1111 926.780	Hans	Stefmar	Perea	Gonzalez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
09									A
10									/

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑAS/NIÑOS MES ANTERIOR	0
ALTAS MES ACTUAL	8
TOTAL NIÑAS/NIÑOS MES ACTUAL	0

Carmen Hurtado
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: C.C cuenca bala Rio calima
NIT: 8350007088-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Flor mª Viveros CC: 29230352
Código CUENTAME UDS: 761090007095O Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Superman
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3165682066

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: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V
01	R.C	1150956402	Ahily	Samara	Murillo	Viveros	3	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
02	R.C	1113375109	Dana	melisa	Cueniz	gonzalez	2	5				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
03	R.C	1078694482	Sara	Sofia	Arteaga	Roldan	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
04	R.C	1139838000	Edwin	Derley	Mena	vargas	1	7				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
05	R.C	1058942483	Lian	David	montenegro	conda	2	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
06	R.C	1111976185	Jhoan	Josue	valencia	moreno	2	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
07	R.C	1144001349	Juan	Sebastian	valdez	valencia	2	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
08	R.C	1196716075	Francisco	Javier	Leudo	lopez	3	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
09	R.C	1111925502	lian	yosue	Rivas	valencia	3	6				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
10	R.C	1150956533	Ainin	Michel	Ramirez	Granado	7					A	A	A	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 (PERSONAS) ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS (PERSONAS) AUSENTES	90
TOTAL MUJERES GESTANTES (PERSONAS)	0

COORDINADOR(A) EA

Flor mª Viveros Gonzalez
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
NIT: 8500708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio Tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Famí

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenavent. Municipio: Buenaventura Hoja
Nombre Agente Educativo (a): Margarita Caicedo CC 29230535
Código CUENTAME UDS: 7610900070928
Dirección UDS: Bajo caliura
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Ternura # 2
Teléfono UDS: 318 6978102

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES					
01	RC	1113375962	THiago		gonzales	cuero		7		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
02	RC	1111928714	12A Hiana		Guaitoto	Moreno		7		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
03	RC	1235147210	Elian		aspina	baaquera		6		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
04	RC	1150956523	JOSE	Jansel	Sinisterra	Murrillo		7		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
05	RC	1235146894	nasly	JIRETH	ortega	gongora		8		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
06	RC	1111927039	Marianela		Mosquera	largacha	1	6		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
07	RC	1111928836	Brianny	SOFia	valencia	Moreno		6		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
08	RC	1235147339	ERTHAN	JAEL	Victoria	Delgado		2		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
09	RC	1111928863	Emanuel		Gonzalez	Acevedo		3		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A
10	RC	1111929006	MAILYN	SOFIA	Padilla	Vergara		1		A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A A

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS	3
TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ATENDIDAS	

COORDINADOR(A) EA

Margarita Caicedo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	28/05/2019
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

PRIMERA INFANCIA

MODALIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Cuenca Rio Bajo Jamaica

IM: 350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024

MES: Mayo AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: PRIMera Infancia

IDENTIFICACIÓN

Regional: Buenaventura Centro Zonal: Valle Municipio: Buenaventura

Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): King Marcela CC: 1111792681

Código CUENTAME UDS: 76109007093 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Naranjos

Dirección UDS: Consejo comunitario Teléfono UDS: 3152528470

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / LA 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			
01		1286146366	Mayurin	Alejandra	Garcia	Gamboa	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
02		1119270666	Jostin		Bentera	Valencia	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
03		1113374496	Diana	Yamila	Gaitan	Gamboa	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
04		1111926855	Juan	David	Victoria	Lenco	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
05		1150953633	Jose	Manuel	Victoria	Conco	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
06		1150954880	Luisa	Fernanda	Ramos	Potes	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
07		1196716380	Maikel	Enderson	Ramirez	Mejia	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
08		1113313878	Maria del Mar		Cardenas	Caicedo	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
09		1111927605	Angel	Tatiana	Valencia	Gonzalez	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	21	
10											

TOTAL

TOTAL NIÑOS, NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	10
TOTAL NIÑOS, NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	9
TOTAL NIÑOS, NIÑAS ASISTENTES	19

Verificación de la Cobertura

COORDINADOR(A) EA

Arboleda Jesus Yuliana

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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	20/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario
NIT: 835000708-5
NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: MAYO
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Fami
SERVICIO DE ATENCIÓN: medio tiempo

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE CAUCA
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Valle del Cauca
Nombre Agente Educativo (a): MARIA CRUZ RIVAS
CC: 66723218
Código CUENTAME UDS: 76004866
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Terrum 1
Dirección UDS: Bajo Calima
Teléfono UDS: 3188420241

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			
01		1231514638	yoni	melida	Viveros	Gamboa		11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
02		1111698241	Luis	carlos	Pavon	Cercedo		77	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
03		1235147108	Liani	Andres	Asprilla	Arroyo		7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
04		1144003239	Tatiana	Salome	Gonzales	Manyoma		10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
05		1145602888	Shelmi	Alexandra	Manyoma	Torres		9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
06		1113375866	Tiago	Dael	Longa	Panameño		6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
07		1143887277	Kevin	Smit	Torres	Rojas		11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
08		1235146586	Zoya	Taliana	Mosquera	Bermudez		17	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
09		1235146379	Yeferson		Rojas	Gonzales		10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
10		1002947669	Veronica		Cardo	Medina			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		

TOTAL

Verificación de Cobertura		
	CANTIDAD NIÑAS MENORES 6 MES ASISTENTES	0
	CANTIDAD NIÑAS MAYORES 6 MES ASISTENTES	10
	CANTIDAD NIÑAS ANTES ASISTENTES	0

MARIA CRUZ RIVAS
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

MODALIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: COMUNITARIO

NIT: 835000798-5

MES: Mayo

NÚMERO DE CONTRATO: 7600652024

AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Nombre Agente Educativo(a): Leticia Murillo

Código CUENTAME UDS: 76109007153A

Dirección UDS: Bajo Calima

Centro Zonal: Buenaventura

CC: 1028161332

Municipio: Buenaventura

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Claveles

Teléfono UDS: 3184178362

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
01		124149205	Keilyn	Gisel	Machado	Longa	3	4			
02		1119267988	Dailin	Cristel	Arboleda	Rojas	3	9			
03		1235146227	Fedderth	Smith	Riasco	Davila	2	3			
04		1235146501	Jhoan	Stiwar	Machado	Longa	2	1			
		1235147023	Charol	Pamela	Cordoba	Guaitoto	3	5			
		1235146725	Liam	Andres	Largacha	Camacho	1	4			
		1063792531	Hellen	Dahiana	Ibargüen	Gomez	4	5			

TOTAL

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS RETIRADOS	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS NUEVOS	0

COORDINADOR(A) EA

Leticia Murillo Benitez
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.

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 Rio Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650222024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja 1
Nombre Agente Educativo (a): Rosa Esther Hinestroza CC: 38466702
Código CUENTAME UDS: 76109000070927
Dirección UDS: Bajo Calima – colonia
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los corderitos
Teléfono UDS: 3178741944

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01		1111925903	Aichell	Mariana	Muñoz	Arboleda	2	9
02		1235143954	Jarlin	Isaac	Tovar	Guaitoto	4	6
03		1241442009	Luciana		Rosero	Vargas	2	9
04		1144112626	Jaider	Ruben	lopez	largacha	2	0
05		1111927240	Kailany	yaetzy	guaitoto		2	2
06		1115467187	thiago	Samuel	valencia	Gamboa	2	1
07		1115466895	ariadna	Jhaeline	banguera	palacios	2	7
08		1111924479	wilber	elian	Garcia	Angulo	4	5
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
			X	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	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	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	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	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	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

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Rosa Esther Hinestroza
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Cuenca del Rio Bavocalima
NIT: 8355000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 760 650202224
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tiempo completo.
SERVICIO DE ATENCIÓN: primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buga Municipio: Valle del cauca Hoja
Nombre Agente Educativo (a): Mi Vicentatodas CC 31 938 359
Código CUENTAME UDS: 76.109000071057 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los carruceles
Dirección UDS: Cuenca del Rio Bavocalima Teléfono UDS: 3186544352

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES					
01		1075465888	Zoe	Luciana	Rivas	Hurtado	3	5		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
02		1133973965	Sarlin	Alanna	Murillo	Alomia	4	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
03		1111924560	Maria	Alejandra	Gamboa	Cuero	4	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
04		1235144221	Alan	Stiven	Caicedo	Garces	4	7		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
05		1235144692	Moises	David	Mosquera	Angulo	3	5		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
06		1111924663	Jordan	Smith	Hurtado	Asprilla	4	7		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
07		1111923948	Kylian	Fernando	Gonzales	Tejada	4	9		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
08		1235143294	Luiz	Angel	Gamboa	Riascos	4	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A
09													
10													

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Mi Vicentatodos
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

PA.MO12.PF	28/05/2019
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Entorno desde donde labora el servicio: Buena Ventura Bajo del rio Calima

ICBF: 8880007093-5

Mes: MAYO

Número de contrato: 7600650824

Año: 2024

Modalidad de atención: Tiempo Completo

Servicio de atención: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Nombre Agente Educativo (a): Zully Tamayo

Código CUENTAME UDS: 76 70 9000 70324

Dirección UDS: Bajo Calima

Centro Zonal: Buenaventura

OC: 7028160235

Municipio: Buena ventura

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los chicos del rio

Teléfono UDS: 316 754 5022

Hoja ___ de ___

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
01	RC	1196 716 461	Kalet		Dominguez	ortiz		
02	RC	1115.466.393	Yarlin	Valeria	Hurtado	ASPrilla		
03	RC	1235.146 556	Ostin	Adrian	Torres	Rojas		
04	RC	1205.145 202	Julia	Estefani	Cortes	Valencia		
05	RC	1150 955 062	Shaira	Salomé	Balanta			
06	RC	1151 974.460	Seiren	Durianna	Garcia	Garces		
07	RC	1114 926.759	German	David	Murillo	Cordoba		
08	RC	1.235 147.056	Hever	Adrian	Lopez	Caicedo		
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA							SEGUNDA							TERCERA							CUARTA							QUINTA						
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
01			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	A	A	A	A	A	A
02			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	A	A	A	A	A	A
03			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	A	A	A	A	A	A
04			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	A	A	A	A	A	A
05			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	A	A	A	A	A	A
06			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	A	A	A	A	A	A
07			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	A	A	A	A	A	A
08			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	A	A	A	A	A	A
09																																			
10																																			

TOTAL	CAUSA DE RETIRO

0	
8	
0	

COORDINADOR(A) EA

Zully Tamayo M.
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

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: CC cuenca Baja del Rio calima

NIT: 835000708-5

NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024

MES: Mayo

AÑO: 24

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: primera Infancia

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Centro Zonal: Buenaventura

Municipio: Buenaventura

Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo(a): Cristina Rivas M

CC: 31959838

Código CUENTAME UDS: 76109000091550

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Enanos

Dirección UDS: Bajo calima Lla colonia

Teléfono UDS: 3186544820

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD 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	TOTAL MENSUAL
01		1113374519	Dufer		Riasco	Mejia	3	4				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
02		1111926791	Dayfer		Diaz	Zamora	1	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
03		1109576198	Milan	Gerard	Obando	Hurtado	1	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
04		1144001334	Emanuel		Banguera	Herbara	2	3				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	
05		1150956106	Thian	David	Gonzales	Ortiz	1	5				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
06		1107540662	Alisson		Bastida	Davilo	1	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
07		1235144214	Cristin	Irene	Mabinez	Rivas	4	2				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
08		1235145660	Genesis	Yaret	Moreno	Riasco	2	9				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	
09		1196716444	Emmie	Yarley	Paloceo	Rivas	1	10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
10																																		
																																	TOTAL	

Verificación de Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Cristina
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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Ccomunitario rio calima
NIT 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO 7600650 2024
MES: mayo AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo(a): Florentina Renteria R cc 29230617
Código CUENTAME UDS: 7610900071567 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los pequeñinos
Dirección UDS: Bajo calima Teléfono UDS: 3181378214

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	RC	1111925008	Yerson	Fabian	mancilla	Renteria	3	9
02	RC	1115466441	Gerson	Fernando	Hurtado	Renteria	2	8
03	RC	1191225608	Gilan	Xareny	lemus	perea		
04	RC	1235144895	milan	Josue	lemus	saa	3	3
05	RC	1196716089	Bayron	Jederi	Bermudez	longa	3	2
06	RC	1235144568	Emily	Dayara	Rojas	Gonzalez	3	7
07	RC	1111927128	Ainara	Sofia	Torres	Rivas	1	8
08	RC	1115466429	Axel	Felipe	Renteria	lopez	2	9
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No.	PRIMERA Lunes	PRIMERA Martes	PRIMERA Miércoles	PRIMERA Jueves	PRIMERA Viernes	SEGUNDA Lunes	SEGUNDA Martes	SEGUNDA Miércoles	SEGUNDA Jueves	SEGUNDA Viernes	TERCERA Lunes	TERCERA Martes	TERCERA Miércoles	TERCERA Jueves	TERCERA Viernes	CUARTA Lunes	CUARTA Martes	CUARTA Miércoles	CUARTA Jueves	CUARTA Viernes	QUINTA Lunes	QUINTA Martes	QUINTA Miércoles	QUINTA Jueves	QUINTA Viernes	TOTAL MENSUAL Asistencias	TOTAL MENSUAL Inasistencias	CAUSA DE RETIRO
01				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
04				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
05				A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
06				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
07				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
09																												
10																												
TOTAL																												

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	3 niñas 5 niños
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Florentina Renteria 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.

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 La Nocalima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650-2024
MES: 05 AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio Tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: Bltra Centro Zonal Bltra Municipio: Bltra Hoja
Nombre Agente Educativo (a): Rosario Caicedo CC 29230528
Código CUENTAME UDS: 7610900070946 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Condoritos F7
Dirección UDS: BAJO calima los colonios Teléfono UDS: 318742.62 43

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)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	
01	RC	1191227.377	Jesus	David.	Delgado	calderon		9	
02	RC	1744.002096	KAILyn	ADHARA	Murillo	Fernandez	1	6	
03	RC	1235.147.186	Jomy	Dailen	caicedo	Rivas		5	
04	RC	1235146651	Briany	YISLEIDY	LOPEZ	RIASCOS	1	4	
05	RC	1235.147 151	Brian	smit	Gonzalez	calderon		6	
06	cd.	31.603 233	sorlandy		Caicedo	solis	40		
07	cd.	59.684.711	DIANA	Maribel	Alban	sol	44		
08	cd	1151.446.265	yersi	Lorena	Gonzalez	Ramirez	23		
09	cd.	1010.107.784	Rubis	carolina	Murillo	caicedo	33		
10	cd.	1028.160.270	PAULA	ALEJANDRA	RAMOS	RENTERIA	22		

TOTAL

Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA: Rosario Caicedo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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 Río Calima
NIT: 836000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650220 29
MES: Mayo AÑO: 2029
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buga Municipio: Buga
Nombre Agente Educativo (a): Cindy P. Hurtado CC: 1111757223
Código CUENTAME UDS: 7619000071529 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Tierra Caricia
Dirección UDS: Bajo calima - colonia Teléfono UDS: 3163944903

Hoja ___

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)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	
01		1111926515	Dilan	Stiven	Florez	Dominguez	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 A A A A
02		1144001062	Yosman	Jacob	Saa	Estupiñan	2	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 A A
03		1235147110	Jose	Emmanuel	Valencia	Lopez	0	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 A A
04		1235146627	Sergio	Andres	Otalora	Garelli	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 A A
05		1063794745	Esteban	Yahir	Tumbajoy	Gomez	2	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 A A A A
06		1232810579	Antonella		Olaya	Solis	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 A A A A
07		1235146729	Meilin	Dariana	Londoño	Rivera	1	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 A A A A
08									
09									
10									

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑAS, NIÑOS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑAS, NIÑOS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	7
TOTAL NIÑAS, NIÑOS ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Andy Paola Hurtado
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	28/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: El cuenca baja del Rio calima
NIT: 835000708-5
NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo
AÑO: 24
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Alexa Caicedo R
CC: 25.618270
Código CUENTAME UDS: 7610900070104
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: los pitufos
Dirección UDS: Bajo calima (la colonia)
Teléfono UDS: 3167051347

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			
01		1113749965	christopher	Manuel	Caicedo	Mosquera	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
02		1119277232	Keider	Yohan	Moreno	Murillo	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
03		1235145668	Angel	David	Davila	Castro	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
04		1062205423	Emmanuel		Garcia	Quiñonez	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
05		1089557401	Kitan	Andres	Ramos	Quiñonez	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
06		1079162100	joselin		Mosquera	Cruz	5	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
07		1235143832	Karen	johana	Castillo	Benitez	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
08											
09											
10										TOTAL	

Verificación de Cobertura	
TOTAL NIÑAS, NIÑOS Y/O MUJERES GESTANTES	0
TOTAL NIÑAS, NIÑOS Y/O MUJERES GESTANTES RETIRADOS	7
TOTAL NIÑAS, NIÑOS Y/O MUJERES GESTANTES ACTIVOS	0

COORDINADOR(A) EA

Alexa Caicedo 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.

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

TIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo C.H.Bio Calima
: 8850007085 NUMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
ES: Mayo AÑO: 024
ODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
RVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca
Nombre Agente Educativo (a): Nicolasa Angulo
Código CUENTAME UDS: 7670900070708
Dirección UDS: BJ calima

Centro Zonal: Buenaventura Municipio: B/ tura
CC 29.260626
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los pasaritos
Teléfono UDS: 3106665594

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																							TOTAL MENSUAL	
		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		
R	1.235.744.557	Deiner		Achito	Gonzalez	3	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
R	7.777.925.567	Yoani	estiven	manyoma	Bonilla	3	7		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
R	7.750.955.742	Jesus	David	Angulo	Balencia	2	3		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
R	7.235.745.657	Alana	sofia	Ramos	Valoy	2	8		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
R	7.774.424.835	Daviana		Rodrigué	Gonzalez	2	2		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
R	7.235.745697	Eslin	nicol	Grueso	Mosquera	2	5		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
R	7.235.745.274	Naslin	Dayan	sinisterra	Angulo	3	0		A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		

TOTAL

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Nicolasa Angulo
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5
Clasificación de la I
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario
NIT: 835000708 5 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: B
Nombre Agente Educativo (a): Fabiola caballero CC 1028185665
Código CUENTAME UDS: 76109000010327 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los
Dirección UDS: San isidro Riocalima Teléfono UDS: 3c

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTE																						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA													
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES							
01	R	1058678315	Marianis		Gonzalez	Caicedo	3	5m																							
02	R	1111925582	Jaidy	Yicht	Gonzalez	Caicedo	4	8m				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
03	R	1111925407	Jose	Miguel	Cardenas	cardena	3	20d				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
04	R	1113372384	Kailin	yamile	Cardena	ortega	3	10m				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
05	R	1235144884	Enderlin		Manyoma	Cardena	4	6m				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
06	R	1113376148	Alan	David	Cardena	perlaza	3	8m				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
07	R	1235146200	Emili	orcana	Gonzalez	caballero	2	2m				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
08	R	1235146303	Juliana		ortega	Hurtado	1					A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
09	R	1059715771	Samanta	Guadalupe	Murillo	Moreno	2					A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A							
10	R																														

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	09
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA: fabiola caba
RESPONS

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo comunitario calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ayda angulo mosquera CC: 38465513
Código CUENTAME UDS: 7610 9600708 81 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: la pequeña maravilla
Dirección UDS: El Ruiz cra 3 # 12 Teléfono UDS: 321 822 3980

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL ASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	Rg	1150954406	Maria	Del mar	Solis	Hernandez	3	4					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
02	Rg	1235144546	ASHly	Farah	Riascos	Arango	3	7					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
03	Rg	1150954886	Emily	Nicole	Camacho	Aramburo	2	5					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
04	Rg	1150954239	Thiago	Josue	camacho	Arroyo	3	6					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
05	Rg	1109573241	ada	Yaritza	cuero	angulo	2	6					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
06	Rg	1111927020	Ithan	adrian	Muriel	Borja	1	7					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
07	Rg	1235144980	eiling	Salome	Martinez	alborno2	3	3					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
08	Rg	1150954588	Liam	David	cordoba	Rivera	4						A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
09	Rg	1010250479	Keylin	Daniela	pineda	camacho	4	11					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
10	Rg	1115466250	Maria	Camila	Valverde	Mateus	3	1					A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	
																																TOTAL	21	

	0
	10

COORDINADOR(A) EA

Ayda Angulo M
RESPONSABLE DE GRUPO
38465513

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

TIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Calima
: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
ES: Mayo AÑO: 2024
CODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
ERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Leny Izquierdo H.
Código CUENTAME UDS: 781090007041 8
Dirección UDS: Km 9 Bajo Calima

Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
CC: 66938218
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Futuro
Teléfono UDS: 3155281348

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL	
								SEMANAS																							
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS / MESES																									
1	RC	1232816824	Ana	Sofia	Hidalgo	Izquierdo	2 10				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
2	RC	1111927241	Joser	Helian	Vente	Valencia	2 1				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
3	RC	1111924748	Ian	Jacob	Valencia	Angulo	3 7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
4	RC	1111926953	Leimar		Valencia	Viafara	3 7				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
5	RC	1151973621	Steisy		Castro	Viveros	2 6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
6	RC	1196716442	Kaitlyn	Nairoby	Angulo	Mosquera	1 11				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
7	RC	1111927781	Emelin		Tamayo	Tamayo	1 6				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
8	RC	1140000400	Liam	Adrian	Gongora	Garcia	2 10				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
																														TOTAL		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Leny Izquierdo H
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 ___

TIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario río cauca
: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600630 2024
ES: Mayo AÑO: 2024
ODALIDAD DE ATENCIÓN: Primera infancia
ERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Martha Soleima Cardenas M. CC: 1143932595
Código CUENTAME UDS: 7610900070392
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Bosita
Dirección UDS: Km 9 El porvenir
Teléfono UDS: 3104935896

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL	
									SEMANAS																														
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
	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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																													
1	RC	1113374154	Sara	Camila	Delgado	Riascos	4	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
2	RC	1106525 11	Juan	Camilo	Cortes	Gongora	1	7				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
3	RC	1235146584	Aelian	David	pandales	Valois	3	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
4	RC	1235146585	Jesus	Adrian	pandales	Valois	2	4				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
5	RC	1150954262	Lukas	Fidel	palacios	Rojas	4	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
6	RC	1235147160	Alexa	Ramara	Delgado	Riascos		6				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
7	RC	1113374153	Maria	Isabel	Angulo	Angulo	3	9				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
8	RC	1235146556	Hostin	Adrian	Flores	Rojas	2	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0
9																																					
10																																					
																																		TOTAL	21	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Martha Soleima Cardenas Manosalva
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 — [illegible] Versión 5 — Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: consejo comunitario
NIT: 835000708 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: 8 a 4 pm Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Rural Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ana Francisca CC 1111799808
Código CUENTAME UDS: 7610900070387 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: El Progreso de los Hermanos
Dirección UDS: la estrella km 22 Teléfono UDS: 3167605775

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES: PRIMER NOMBRE	NOMBRES: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1113374309	Jose	matias	Angulo	Angulo	3	8
02	RC	1241441903	caleb		ortega	Angulo	3	2
03	RC	1115467400	Adriana	corina	noguera	montaño	1	9
04	RC	1072368153	Johan	antonio	Romero	Vera	3	5
05	RC	1151973908	Eliam	santhiago	sanches	Hurtado	2	2
06	RC	1059451260	Nailen	Maria	solis	Perea	2	1
07								
08								
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA Mi	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA Mi	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA Mi	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA Mi	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA Mi	QUINTA J	QUINTA V	TOTAL		CAUSA DE RETIRO
01				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
02				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
03				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
04				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
05				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
06				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
07																												
08																												
09																												
10																												
TOTAL																										21		

Verificación de Cobertura	
[illegible]	0
[illegible]	6
[illegible]	0

COORDINADOR(A)

Ana Francisca
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	28/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario del rio calima

NIT: 835000708

NÚMERO DE CONTRATO: 7600650̶2024

MES: Mayo

AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Nombre Agente Educativo (a): Yileidi Angulo

Código CUENTAME UDS: 76109000070901

Dirección UDS: Bajo calima KM 9

Centro Zonal: Buenaventura

Municipio: Buenaventura

CC: 1028161288

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: florecitos del campo

Teléfono UDS: 3103908608

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01	RC	1235143576	mailen	Samari	caicedo	Murillo	4	7
02	RC	1115466957	Eiler	Estiguar	Tamayo	Riascos	2	4
03	RC	1111926836	Adan	felipe	Torres		2	2
04	RC	1113374362	Lesli	Sareli	hurtado	Riascos	4	4
05	RC	1113375232	Jose	manuel	Angulo	Riascos	2	1
06	RC	1241440089	Milan	Gael	Lucumi	espina	4	5
07	RC	11967/6090	Maria	Camila	ASPrilla	Angulo	3	2
08	RC	1113374575	Ana	Victoria	Riascos	Riascos	4	1
09	RC	1111928199	JHon	ever	Perea	Gongora		9
10	RC	111565730	vayolet		ESPinosa	castro	3	5

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	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	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
02				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
03				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
04				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
05				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
06				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
07				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
08				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
09				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
10				A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	0	
TOTAL																										21		

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

COORDINADOR(A) EA

Yileidi 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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

P6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Entidad Administradora del Servicio: Consejo Comunitario rio Calima — Número de Contrato: 7600650 2024 — Año: 2024

Nit: 8350007058 — Mes: Mayo — Modalidad de Atención: Tradicional — Servicio de Atención: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle — Centro Zonal: Buenaventura — Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Martha Yenni Rivera cc 1028 600294 — Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los pinitos
Código CUENTAME UDS: 76109000040887 — Teléfono UDS: 3128749572
Dirección UDS: Vereda los brazos

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01	RC	1113374015	Liro	Angel	Montezuma	Valencia	3	9
02	RC	1115467606	Ana	Julieth	Valencia	Angulo	3	6
03	RC	1115465589	Dana	Gabriela	Angulo	Arboleda	3	6
04	RC	1235145325	Emma	Fabiana	Montezuma	Angulo	2	
05	RC	1237145912	Alani	Ariel	Arango	Montezuma	2	
06	RC	1130455474	Ian	Gael	Montezuma	Arboleda	1	
07	RC	1235146311	Mar	Sofia	Arboleda	Arango	1	
08	RC	1115467288	Eyani	Isabela	Montezuma	Montezuma	1	
09	RC	1113375617	Chey	Victoria	Montezuma	Delgado	1	
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA							SEGUNDA							TERCERA							CUARTA							QUINTA							TOTAL MENSUAL	
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADOS	DOMINGOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADOS	DOMINGOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADOS	DOMINGOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADOS	DOMINGOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	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	21	0
02	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	21	0
03	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	21	0
04	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	21	0
05	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	21	0
06	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	21	0
07	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	21	0
08	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	21	0
09	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	21	0
10																																		TOTAL 21	

Verificación de Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Martha Yenni A
RESPONSABLE DE GRUPO

COORDINADOR(A) EA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: consejo comunitario
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7680650 2024
MES: mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): S. paola Mor. CC. 66738703
Código CUENTAME UDS: 7611090000 56794 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Emanuel
Dirección UDS: Km 4 cruce Teléfono UDS: 3177905204

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	1115466873	Angel	Damian	montaño	tamayo	2	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		
02	RC	1196716468	Samantha		rojas	caicedo	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		
03	RC	1105466028	Danna	Isabela	aduviala	murillo	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		
04	RC	1115466552	Yeison	Esmi	aduviala	montaño	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		
05	RC	1130714977	Samanta	Elena	chud	escobar	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		
06	RC	1115374556	tailer	Jossuac	valencia	cangu	3	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		
07	RC	1115464569	Emily	tamara	moreno	mosquera	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		
08	RC	1115467721	Derek	Joan	montaño	tamayo		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		
09	RC	1111927562	Yeicon	Josue	castro	campo		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		
10	RC	1235144964	Julian	Esmith	peluza	ortega	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		

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS, NIÑAS MATRICULADOS	
TOTAL NIÑOS, NIÑAS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS, NIÑAS RETIRADOS	

Sandra P. Moreno
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo Comunitario — NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024 — NIT: ___ — MES: Mayo — AÑO: 2024 — MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional — SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN — Regional: Valle — Centro Zonal: ___ — Municipio: Buenaventura — Nombre Agente Educativo (a): Guillermina H — CC: 25718517 — Código CUENTAME UDS: 76109000070923 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los caracolitos — Dirección UDS: calle 1ra - 7W187 / cabal pombo — Teléfono UDS: 3153258805

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		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		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235144152	Liam	Andres	cortez	Mejia	4	5				
02	RC	1115464849	Hamle	cristina	viveros	valencia	4	6				
03	RC	1235145278	Taylin	Airana	quintero	caicedo	4	1				
04	RC	1196716443	Mia	vanessa	Mosquera	puerta	3	1				
05	RC	1235145351	Jonnier	Yamir	Lozano	Riascos	3					
06	RC	1115550806	Luz	Victoria	obando	chiripua	2	5				
07	RC	1114841991	Heiberlin	Samanta	Mesa	pina	4	6				
08	RC	1150954313	Melany	Luciana	ortiz	castaño	2	9				
09	RC	1111927209	Angel	Gael	angulo	Garces	1	6				
10	RC	1235146539	Elba	Daviannith	saavedra	Gomez	1	7				
											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:	

COORDINADOR(A) EA

Guillermina Herrera
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

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 ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC de lacuenca baja del rio cali ma
NIT: 83 5000708-5
NÚMERO DE CONTRATO: 7600 6502024
AÑO: 2024
MES: Mayo
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca
Centro Zonal: Bltura
Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Adelina Angulo G.
CC 66735987
Código CUENTAME UDS: 7109000564408
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las estrellita toaviesos
Dirección UDS: Bajo calima Vereda La brea
Teléfono UDS: 3153875320

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	R	1111926129	Natalia		corre	Medina	4	6
02	R	1113374157	Joe	cambel	Medina	Gonzales	3	10
03	R	1111927680	Heylen	yurani	Guaytoto	Angulo	1	5
04	R	1235146111	Maikel	Jordani	Mosquera	Gonzales	2	3
05	R	1196716548	Alinson		Riasco	Vivero	1	3
06	R	1111928242	Maria	zanto	Riasco	Vivero	4	
07	R	1111927048	Beckys	Daenerys	cadena	Fajardo	1	7
08								
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA | SEGUNDA | TERCERA | CUARTA | QUINTA

DÍAS: LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES

21

TOTAL

Verificación De Cobertura:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS NUEVOS QUE INICIARON EL MES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS QUE TERMINARON EL MES ASISTENTES
TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS ASISTENTES

7

Adelina Angulo Garces
COORDINADOR(A) EA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario del Río Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Rural. Municipio: B/ Hora. Hoja
Nombre Agente Educativo (a): Felice Mosquera. CC: 29228192
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Esfuerzo
Dirección UDS: Gradual. Río Calima. Teléfono UDS: 312 3972149

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1111926128	Alexandra		Manyoma	Bonilla.	4	
02	RC	1235145843	Geiser	Alexander	Manyoma	Torres.	2	
03	RC	1078693997	Tida	Valerie	Murillo	Manyoma.	4	
04	RC	1235146619	Asly	Soré	Manyoma	Torres.	1	
05	RC	1235146036	Jhan	Andersón	Benítez	Manyoma.	2	
06	RC	1150954550	Yeferson		Victoria	Manyoma.	3	
07	RC	1078694698	Henry	Gabriel	Gamboa.	Murillo.	1	
08	RC	1078694697	Dilan	Andres	Gamboa	Murillo.	1	
09	RC							
10	RC							

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
02				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
03				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
04				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
05				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
06				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
07				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
08				A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	
09																									
10																									
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	

COORDINADOR(A) EA

Felice M.M.
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 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario río Calima

NIT: B35D00708-05 NÚMERO DE CONTRATO: 760065002024

MES: Mayo AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: Buenavent. Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Diana Yisela V CC 1111756593

Código CUENTAME UDS: 76109000371559 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los dragoncitos mag

Dirección UDS: Cabalpambo Teléfono UDS: 3154263448

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: 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)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115466590	Genesis		Valencia	Garcia	3	4				
02	RC	1235146588	Yazuri		Congo	Delgado	4	0				
03	RC	1235146587	Yolani		Congo	Delgado	2	0				
04	RC	1235145299	Saira	Isabell	Grajeda	Tobar	3	1				
05	RC	1235146348	Thiago	Jael	Bautista	Pretel	1	10				
06	RC	1235144958	Juan	Jose	Guaitoto	pretel	3	6				
07	RC	1235145524	starlin		Delgado	Solis	2	10				
08	RC	1235146035	Tinderlin	Johana	Tono	Angulo	2	3				
09	RC	1064991772	Mara	Julieth	Tobar	Balanta	4	0				
10	RC	1235146186	Alana	Sofe	Cundumi	Bentero	2	3				

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:	

COORDINADOR(A) EA

Diana Yisela V.
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.

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Canasta baja calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650202 4
MES: Mayo AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Presencial
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Graciela Moreno CC 29231560
Código CUENTAME UDS: 7600900070334 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Observando especies
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3182273673

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: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1235149843	Faison	Esteban	Garcia	Salazar						
02	RC	1235144706	Nelson	Santiago	Angulo	Mina						
03	RC	1150954429	Allan	Stiwuar	Lopez	Asprilla						
04	RC	1196716402	Martin	Elias	Asprilla	Castro						
05	RC	1111926741	Eduard	Santiago	Paz	Aloma						
06	RC	1235149178	Jissy	Eliana	Valencia	Cango						
07	RC	1066068959	Kiara	Isabel	Guerrero	Pineda						
08	RC	1150954310	Dana	michell	torres	Alomo						
09	RC	1196716496	Naylin	Isabela	Quiñonez	Hurtado						
10	RC	1109570498	Carlos	Jose	Angulo	Segura						
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									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:	

COORDINADOR(A) EA

Graciela Moreno
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