BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Hoja 1 de ____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo

SERVICIO DE ATENCIÓN: Lapeguenalulú

IDENTIFICACIÓN

Regional: Buenaventura — Centro Zonal: Buenaventura — Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Nubia estela Ramos — CC 29236422

Código CUENTAME I.C.B.F.: _____ — Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Lapeguenalulú

Dirección UDS: Vereda villastella k5-2 — Teléfono UDS: 3188409679

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO/A USUARIA					EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/A USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/A USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			
01	RC	TY546326	Adam	Santiago	Riascos	Grueso	2	TY	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
02	RC	TY50955384	Milan	Stick	Cufi	Enriquez	2	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
03	RC	7235744491	Ever	Josue	Gamboa	Carabali	3	TY	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
04		TY50953975	Dahian	celeste	Ramos	Urbano	3	TY	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
05		TY5465475	Jhostan	Stiwar	obando	Rodriguez	3	TY	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
06		TY7925330	Yeiden	Gael	Ruiz	Riascos	3	4	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
07		7235745532	Antony	Javed	Valencia	Valencia	2	10	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
08		TY5466767	Isanber		Bonilla	Borocuara	2	10	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
09											
10											

TOTAL 8

COORDINADOR(A) EA

Nubia estela Ramos 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

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

CENTRO ZONAL / UNIDAD TERRITORIAL DE SERVICIO: Consejo Rio Calima
NIT: 8350007085
CÓDIGO DE CONTRATO: 76007062029
MES: Julio
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Jenny R. Dajones
CC: 1111770626
Código CUENTAME UDS: 7610900070904
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Las Palmas Trauca
Dirección UDS: Villa Stella
Teléfono UDS: 3172927527

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	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 DÍAS
01	RC	1735145014	Jasleidy		Paredes	Rodriguez	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	27
02	RC	1235145013	Hasbleidy		Paredes	Rodriguez	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	27
03	RC	1235142698	Killian	Joel	Castillo	Murillo	5	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	27
04	RC	7777923306	Jeican	Andres	Riascos	Rivas	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	27
05	RC	1750955809	Aslin	Oriana	Riascos	Mosquera	1	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	27
06	RC	1750953802	Jeri	Fernanda	Castillo	Riascos	4	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	27
07	RC	1087837503	Jesus	Elias	Martinez	Angulo	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	27
08														
09														
10														
													TOTAL	

COORDINADOR(A) EA

Jenny Rocio Dajones
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 rio calima

NIT: 835000 7085 · NÚMERO DE CONTRATO: 76002062024

MES: Julio · AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional

SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle · Centro Zonal: Btura · Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): Mirella vente · CC 38474967

Código CUENTAME UDS: 7609000886 · Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: La niña Maria

Dirección UDS: villa stella km 2 · Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL
01		1235143831	tam	Samit	Ruiz	Condumi	4	7	A (daily marks)	22
02		1235145910	David	keiner	Viveros	viascas	2	6	A (daily marks)	22
03		12351481	tatiana	Allin	Vente	Valenena	3	7	A (daily marks)	22
04		123514431	sofia	cristian	Vasque	Asprilla	4	2	A (daily marks)	22
05		1235144494	Arley	Maikel	longa	Ruiz	3	9	A (daily marks)	22
06		1235514 6032	Elian	Aslly	Ruiz	mina	2	6	A (daily marks)	22
07		1113375610	smith	teilor	arboleda	Ruiz	1	3	A (daily marks)	22
08										
09										
10										
									TOTAL	

COORDINADOR(A) EA

Mirella vente
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 Versión 6	6/29/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: consejo comunitario B.J
NIT: 7670900070379 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650204
MES: JULIO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Rural Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Faizury Gcc 7777782639
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: las flores
Dirección UDS: San isidro Teléfono UDS: 3138007692

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																							
									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		1235745340	Heiner	Joel	cardenas	cardena	3		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
02		1111926702	Juan	Matias	candelo	caicedo	3		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
03		1111926796	Briam	Samir	Gonzalez	cardena	1	11	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
04		1235745079	Arlin	Alexandra	Gonzalez	cardena	3		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
05		1111927351	Jherdi	yaleni	Mosquera	Gonzalez	3		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
06		1111926433	Maria	elena	Gonzalez	zambrano	3		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
07		1236746493	Jhon	Wilian	victoria	Rivas	2		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
08		1111926491	Sharol	nikol	Manyoma	Gonzalez	3		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
09		1235146206	cristpher		Gonzalez	martinez	4		A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			
10																																		
																															TOTAL		

Verificador Dígito de Cobertura: 0 9 0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario
NIT: 9350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650092024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Francia E.V.S CC: 29260671
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los cariñositos
Dirección UDS: Km1. La caucana Teléfono UDS: 3147984794

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1113374102	Kiliam	Jossell	Montaño	Sinisterra	4	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
02	RC	1135145865	Joimar	Eduardo	Mosquera	Valencia	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
03	RC	1150954337	Leidy	Yasmin	Mosquera	Lopez	4	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
04	RC	1111925146	Yaikel	Darian	Mosquera	Angulo	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
05	RC	1110305630	Cristian	Camilo	Barco	Moscoso	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
06	RC	1111924701	Yeisi	Dariana	Bangera	Mosquera	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
07	RC	1135146625	Geilin	Daiana	Mosquera	Valencia	1	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
08	RC	1150955568	Lida	Isabella	Celorio	Mosquera	1	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A				A	A	A			20		
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

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: 7610900070323 NÚMERO DE CONTRATO: 76 006502024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Fabiola C. CC 1028185 665
Código CUENTAME UDS: 7610900070108 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Bulliciosos
Dirección UDS: San Isidro Riocalimo Teléfono UDS: 3173155092

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						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	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R	1058678315	Marianis		Gonzalez	Caicedo	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
02	R	1111925582	Jaidy	Yiceht	Gonzalez	Caicedo	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	R	1111925407	Jose	Miguel	Cardena	Cardenas	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	R	1113373841	Nailin	Yamile	Cardena	ortega	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	R	1235144884	Enderlin		Manyoma	Cardena	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	R	1235146200	Emily	orcana	Gonzalez	Caballero	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	R	1235146303	yuliana		ortega	Hurtado	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
08	R	1059715771	Samanta	Guadalupe	Murillo	Moreno	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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

Fabiola Caballero
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	-6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CNSDC.M.Riocalima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buena Ventura Municipio: B/Ventura
Nombre Agente Educativo (a): Nicolasa Angulo CC: 29260626
Código CUENTAME UDS: 7610900070708 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pajaritos
Dirección UDS: BJO calima Teléfono UDS: 3106665594

Hoja ___ de ___

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	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	SEGUNDA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	TERCERA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	CUARTA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	QUINTA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R	1235744557	Deiner		Achito	Gonzalez	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	20		
02	R	1777925567	Yoani	esfiven	manyoma	Bonilla	3	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	20		
03	R	1.750,955,742	Jesus	David	Angulo	Valencia	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	20		
04	R	1.235,745,657	Alana	Sofia	Ramos	Valoy	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	20		
05	R	1.174,424,835	Daviana		Rodrigue	Gonzalez	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	20		
06	R	1.235,745,697	Eslin	nicol	Grueso	Mosquera	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	20		
07	R	1.235,745,274	Naslin	Dayan	Sinisterra	Angulo	3	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	20		
08																
09																
10																
													TOTAL	20		

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

Nicolasa Angulo A
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
NIT: 8500070B-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Primera Infancia
SERVICIO DE ATENCIÓN: Medio Tiempo

IDENTIFICACIÓN
Regional: valle del cauca Centro Zonal: Buenavent Municipio: Buenavent
Nombre Agente Educativo (a): Margarita C. CC. 29230535
Código CUENTAME UDS: 76109000709 28 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Ternura # 2
Dirección UDS: Bajo calima Teléfono UDS: 3186978102

Hoja ___ de

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL DE ASISTENCIA
			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	RC	1133759962	THiago		gonzales	cucro		9	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	1111928714	IZAHiana		Guaitoto	Moreno		9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03	RC	1235147210	Elian		osPina	banguera		9	A	A	A	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	Murillo		9	A	A	A	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	1		A	A	A	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	9	A	A	A	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	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08	RC	1235147339	EIHan	Jael	Victoria	dulgado		5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
09	RC	1111928863	Emanuel		Gonzales	acevedo		5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
10	RC	1111928006	Mailyn	SOFia	Padilla	Vergara		3	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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

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.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP	21/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

DAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Calima

835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024

Julio AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Nombre Agente Educativo (a): Yanet Zuli Rivas

Código CUENTAME UDS: 76109000071564

Dirección UDS: Calle las flores

Hoja ___ de ___

Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura

CC 31586352

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Flor del Bosque

Teléfono UDS: 3178528564

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	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 MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.111.925.633	Alani	Fernanda	Guerrero	Sánchez	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
02	RC	1.111.925.546	Antonella		Roldán	Asprilla	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
03	RC	1.104.851.353	Haylin	Itzel	Murillo	Asprilla	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
04	RC	1.108.572.855	Heimy	Nahiara	Gonzales	Vargas	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
05	RC	1.117.360.723	Maria	Alejandra	Mena	García	4	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
06	RC	1.234.201.489	Mariana		Riascos	Caicedo	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
07	RC	1.235.145.626	Eric	Amir	Erazo	Vallejo	3			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

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	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario B.C.
NIT: 835000708-5 NUMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.111.927.551	Nailing	Aiala	Ramos	Murillo	1	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
02	RC	1.235.145.097	Britany	Milagros	Victoria	Arboleda	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
03	RC	1235145541	Cristian	Adrian	Angolo	Manyoma	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
04	RC	1115466708	Jeimmy	Janeth	Caicedo	Rivas	2	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
05	RC	1151973566	Alaia		Rivas	Murillo	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
06	RC	1235145264	Bethany	Marian	Urrutia	Moreno	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
07	RC	1111926490	Samantha	Gabriela	Asprilla		3	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
08	RC	1111929023	Fyson	David	Gamboa	Arboleda	1		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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

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.
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

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja _

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Cuenca rio bajo calima
NIT: 8355.000 708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76 00650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: valle del cauca Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo(a): Ma Vicenta Tovar CC: 31938359
Código CUENTAME UDS: 76.109000 71052 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los carruseles
Dirección UDS: Cuenca del rio bajo calima Teléfono UDS: 3160544352

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES					
01		1115465888	Zoe	Luciana	Rivas	Hurtado	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A
02		1113373965	Salin	Alanna	Murillo	Alomia	4	5	A A A 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	5	A A A 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	9	A A A 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	7	A A A 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	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A
07		1111923948	Kilian	Fernando	Gonzales	tejado	5		A A A 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	Riasco	4	5	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

COORDINADOR(A) EA

Ma Vicenta Tovar
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 Calima
NIT 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: T. Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Buga Municipio: Buga Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Rosa Hinestroza CC 38466702
Código CUENTAME UDS: 7610900000 70927 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los corderitos
Dirección UDS: Bajo Calima - alteq Teléfono UDS: 317 8741944

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	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			
01		1115467187	Thiago	Samuel	Valencia	Valoy	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
02		1144112626	Jaider	Ruben	Lopez	Largacha	2	1		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
03		1235143954	Jarlin	Isaac	Tovar	Guaitoto	4	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
04		1111927240	Kailany	Yaedzi	Guaitoto	moreno	2	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
05		1241442 09	Luciana		Rosero	Vargas	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
06		1111925903	Aichell	mariana	muñoz	Gomez	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
07		1115466895	Jhaelinne	ariadna	Banguera	Palacios	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
08		1111924479	wilber	elian	Garcia	Angulo	4	6		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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Rosa Esther Hinestroza
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

Hoja ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Bajo Calima.

N° 83500078 NÚMERO DE CONTRATO 7600650202024

MES Julio AÑO 2024.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio tiempo

SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN

Regional: B/tura. Centro Zonal: B/tura. Municipio: B/tura.

Nombre Agente Educativo (a): Ofelia Arboleda. CC 1111760911.

Código CUENTAME UDS: ___ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pitufos.

Dirección UDS: Bajo Calima Colonia. Teléfono UDS: 3154865245.

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	
01		1950954735.	Keyin.	Alexander.	Vivenas	Medina.	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
02		1115467178	Kayken	Lorena.	Lopez	Torre.	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
03		1196716375.	Shamir	Sofia.	Perea.	Riascos	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
04		1113466886.	Owen.	Fernando	Davila	Londoño.	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
05		1078694097	Yendris		Cañan	Lauga.	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
06		1235144141	Faris	Matias	Bonilla	Arboleda.	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
07		1144003006.	Jhonatan.	Stiwar.	Ceballos	Murillo	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
08		1144003772.	Emma.	Sofia.	Sinisterra	Paredes			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	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

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

F0.MO1.PP	29/08/2013
Versión: 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

MODALIDAD/NOMBRE/MODALIDAD DE SERVICIO: Consejo del Bajo Calima
NIT: 8350007085
NÚMERO DE CONTRATO: 16006502024
MES: Julio
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
DISEÑO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca
Nombre Agente Educativo (a): Aurora Lizalda
Código QUENTAME UDS: 76201062024
Dirección UDS: Bajo Calima
Centro Zonal:
Municipio:
cc 37387842
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los Pinguinos
Teléfono UDS: 3154806166
Hoja ___ de ___

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)	FIRMA DEL PADRE
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		
01		1 143 398 138	Elian	Matia	Valencia	Vallecilla	3	10		
02		1 150 954 185	Luisa	Fernanda	Longa	Riva	3	11		
03		1 235 146 634	Yeicy	Alejandra	Castillo		1	7		
04		1 111 928 573	Nelson	David	Angulo	Sanchez	2	3		
05		1 235 145 069	Miguel	Angel	Olampo	Rivera	2	4		
06		1 234 201 754	Lian	Damian	Mosquera	Rivas	2	4		
07		1 115 465 772	Sara	Del Mar	Arboleda	Hurtado	3	7		
08		1.144.003.487	Eilyn	Oriana	Largacha	Murillo		11		
09										
10										

TOTAL 414

COORDINADOR(A) EA

Auroralizalda
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: 7600680 2024
MES: Julio AÑO: 24
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): carmen Gruesso CC:
Código CUENTAME UDS: 7609000071524 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Bajo calima la colonia Teléfono UDS: 3165471301

Hoja

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																											
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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		1147716430	Ana	Lia	Gonzales	Anchico			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
02		1151973844	Ailin	Dahian	martinez	Perea			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
03		1119280627	Haren	SOFIA	Angulo	Ospina			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
04		1119286227	Ana	Lia	mena	murillo			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
05		1119251527	Ana	Hia	mena	murillo			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
06		1119571260	meilin	Zoe	ovobio	Angulo			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
07		1119267807	Hans	Steimar	mena	Grueso			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
08		1235144353	meilin	Soriany	Lopez	Gonzales			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
09		1235145651	Briany	Yisleidy	Lopez	Riasco			A	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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

carmen Gruesso
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: Comunitario rio Calima
NIT: 8350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buena Ventura Municipio: Buena Ventura Hoja ___
Nombre Agente Educativo (a): Florentina Renteria R CC. 29 230 617
Código CUENTAME UDS: 7610900071567 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pequiñines
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3184378214

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	
01	RC	1111925008	Yerson	Fabian	mancilla	Renteria	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
02	RC	1115466441	Carson	Fernando	Hurtado	Renteria	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
03	RC	1191225608	Gidan	Xarenny	lemus	Perea	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
04	RC	1235114895	milan	Josue	lemus	Saa	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
05	RC	1196716089	Bayron	Jederi	Bermudez	Longa	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
06	RC	1235114568	Emily	Dayana	Rojas	Gonzalez	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
07	RC	1111927128	Ainara	Sofia	Torres	Rivas	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
08	RC	1115466429	Axel	Felipe	Renteria	lopez	2	11	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 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	5 niños 3 niñas
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Florentina Renteria
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

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario B/ Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650202 4
MES: Julio 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): Cristina Ruiz CC: 31.959.838
Código CUENTAME UDS: 761090000715 50 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Enanos
Dirección UDS: B/ Calima - Aldea. Teléfono UDS: 3186549820

Hoja ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)
	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	RC	1113374519	Dufer		Riascos	Mejia	3	5	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
02	RC	1111926791	Daylfer		Diaz	Zamora	1	11	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
03	RC	1109576198	Milan	Gerardol	obando	Hurtado	1	3	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
04	RC	1149001334	Emanuel		Bonguera	Vergara	2	4	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
05	RC	1150956106	Thian	David	Gonzalez	ortiz	1	6	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
06	RC	1107540662	Alisson		Bastidas	Davila	1	9	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
07	RC	1235144214	Cristia	Irene	ortiz	Magera	4	3	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
08	RC	1235145660	Genesis	Yaret	Davila	Riasco	2	10	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
09	RC	1196716 44	Emmie	Yarley	Pallacio	Rivas	1	11	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A
10	RC	1235143277	Haylia	Tatiana	Moreno	Riascos.	4	11	A A A A / A A A A / A A A A / A A A A / A A A

TOTAL

Verificación De Cobertura

COORDINADOR(A) EA

Cristina Riva
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.M012.P5 | 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: 7600050 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria D. Mosquera CC: 29.230.609
Código CUENTAME UDS: 7610900071532 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Angelitos
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 316 2849518

INFORMACIÓN DEL USUARIO/ USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1111928072	Matias		Mondragon	Longa	1	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			
02	RC	1114558807	Angelx		Tovar	Valencia	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			
03	RC	1235146145	Jhoan	Estiven	Valencia		2	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	1111926400	Salome		Hurtado	Longa	2	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			
05	RC	1235145237	Dary	Luciana	Montaño	Longa	3	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			
06	RC	1150954232	Killian	Andres	Mosquera	Longa	3	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			
07		1235146161	Victor	Rodolfo	Longa	Rodallega	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
08		1113375864	ozlen	Zoe	Velazquez		[redacted]		A 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			Jose	Luis	Longa	Salazar	[redacted]		A 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												
											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

Maria 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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MD12.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo del Bajo Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ana Longa CC: 29.230.377
Código CUENTAME UDS: 76109007769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: la chilindrina
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 3164468728
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1150954743	Elizabeth		Caicedo	Porras	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
02	RC	1107540665	Anyely	Itzayana	Murillo	Tovar	3	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
03	RC	1235145578	Nasly	Zoreth	Martinez	Angulo	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
04	RC	1144003646	Kaylin	Mariana	Potes	Murillo		9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
05	RC	1078694082	Yemily	Kaylani	Moreno	Martinez	3	3	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	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
07	RC	1235145436	Jose	Estiven	Caicedo	Porras	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
08	RC	1235146206	Crotopher		Gonzalez	Martinez	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A				
09	RC																																		
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

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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Bajo Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 760066[illegible]2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Margarita Asprilla CC: 29.230.459
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Laureles
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3185930492
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																	TOTAL MENSUAL		
			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		1770380328	Ayleen	Luana	Garces	Ochoa	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02		1092021938	Eliangel	Jesus	Buitrago	Rios	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
03		1709575638	Emily	Zoe	Balanta	Mosquera	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
04		1173375347	Malik		Perlaza	Valencia	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
05		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	A	A	A			
06		1235143485	Lian	Alexander	Mosquera	Caicedo	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
07		1113154817	Angel	David	Lopez	Velez	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08		1150954387	Nathaly	Yazuritt	Torres	Gonzalez	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			
09		1247447295	Paulina		Arboleda	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	A			
10																																		

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

Margarita Asprilla 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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Bajo Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 760068[illegible]2024
MES: JULIO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Leticia Murillo CC: 1028161381
Código CUENTAME UDS: 7610900715341 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Claveles
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3184478362

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																											
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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		1111926798	Dailin	Cristel	Arboleda	Rojas	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
02		1124141205	Keilin	Gisell	Machado	Longa	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
03		1063792531	Helen	Dahiana	Ibarguen	Gomez	5	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
04		1235146277	Fedderth	Smith	Riasco	Davila	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
05		1235147023	Charol	Pamela	Cordoba	Cuaitoto	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
06		1235156001	Jhoan	Stiwar	Machado	Longa	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
07		1235146725	Liam	Andres	Camacho	Largacho	2	1	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 NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

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: CC. Cuenca baja Rio calima
NIT: 8350007088-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio 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: 76109000070950 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Superman
Dirección UDS: Bajo calima Teléfono UDS: 3165682066
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1150956402	Ahily	Samara	murillo	Viveros	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02		1113375109	Dana	melisa	Cueniz	Gonzalez	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03		1078694482	Sara	SOFIA	Arteaga	Roldan	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04		1150956533	Ainlin	michel	Ramirez	Granado	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05		1139838000	Edwin	Derley	mena	Vargas	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06		1058942483	lian	David	montenegro	conda	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07		1111926185	Jhoan	Josue	valencia	moreno	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08		1144001349	Juan	Sebastian	valder	valencia	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09		1196716075	Francisco	Javier	leudo	lopez	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
10		1111925502	lian	Yosue	Rivas	valencia	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	70
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Flor maria Viveros Gonzalez
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: CC Baja del Rio calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600630204
MES: Julio AÑO: 24
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja __
Nombre Agente Educativo (a): Alexa caicedo R CC: 25618270
Código CUENTAME UDS: 7610900070104 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Arrufos
Dirección UDS: Bajo Calima (La colonia) Teléfono UDS: 3164051347

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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		1113744965	Christopher	Manuel	Caicedo	Mosquera	4	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
02		1119227232	Heider	Johan	Moreno	Murillo	1	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
03		1235145668	Anbel	David	Davila	Castro	2	7	A	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	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
05		1089557401	Kilan	Andres	Ramos	Quiñonez	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
06		1029162100	Joselin		Mosquera	Cruz	5	8	A	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	9	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

Verificacion De Cobertura

Alexa Caicedo R.
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: Concejo comunitario calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ayda angulo mosquera CC: 38 465 513
Código CUENTAME UDS: 7610 9000 70 881 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: la pequeña manada
Dirección UDS: El Ruiz cr 83 C11 2A Teléfono UDS: 321 822 3980

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO				
01	RC	1150954406	Maria	del mar	Solis	Hernandez	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
02	RC	1235144546	ASHly	Farath	Brascas	Arango	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
03	RC	1150954986	Emily	Nicole	Camacho	Aramburo	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
04	RC	1150954239	Thiago	Josue	Camacho	Arroyo	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
05	RC	1109573241	Ada	Yaritza	Cuero	Angulo	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
06	RC	1111927020	Ifan	adrian	Muriel	Borja	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
07	RC	1235144980	erling	salome	Martinez	Albornoz	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
08	RC	1150954588	Liam	David	cordoba	Rivera	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
09	RC	1010250479	keylin	Daniela	pineda	camacho	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
10	RC	1115466250	Maria	Camila	valverde	Mateus	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	

TOTAL 22

10

COORDINADOR(A) EA

Ayda Angulo 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	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: 7600650202024
MES: JULIO
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Municipio HCB TIEMPO COMPLETO
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI PRIMERA INFANCIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): MARIACRUZ RIVAS CC 67692318
Código CUENTAME UDS: 761007186 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección UDS: Bosocalima Terminal 1 Teléfono UDS. 3138420241

Hoja

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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

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		1035614686	yoro	melizo	viveros	gomboo		12
02		1111698411	Luiz	carlos	Povoni	caicedo		18
03		1235147108	Liani	Anores	Arroyo	Aspirilla		8
04		1114560288	Shelmi	Alexandra	Monyomo	Torres		8
05		1133758866	Tiago	Dael	Longo	Ponmeño		8
06		1111807360	islenis		Valencia	Lopez	22	
07		1235146586	Soyo	Tatiana	Mosquera	Bermocol		19
08		1235146369	Yeferson		Rojos	gonzales		11
09		1002449669	Veronica		Conda	murcino	20	
10		1114003939	Tailini	Solome	Gonzales	Maniyomo		11

TOTAL

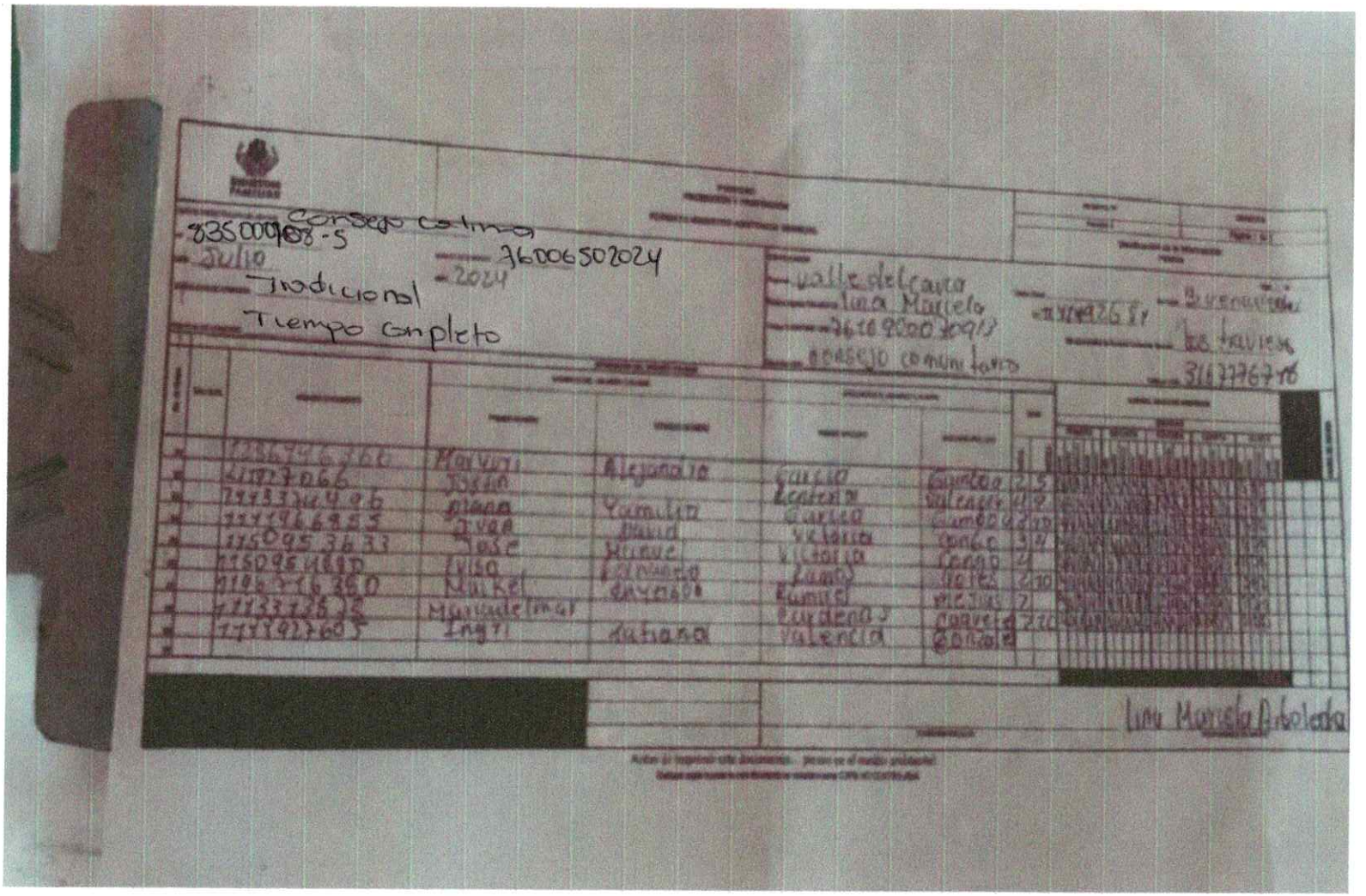
Verificación De Cobertura
CUPOS NIÑAS/NIÑOS PRESENTES
CUPOS NIÑAS/NIÑOS PRESENTES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS/NIÑAS ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

MARIACRUZ RIVAS
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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



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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario — REGIÓN: Valle — Hoja ___ de ___

NIT: 835000708-5 — NUMERO DE CONTRATO: 7600 6582 014 — Centro Zonal: B/ ventura — Municipio: B/ventura

MES: Julio — AÑO: 2024 — Agente Educativo (a): Ma Teresa MR — CC: 1.111772192

MODALIDAD DE ATENCION: Fami — CODIGO UDS: 76109000071547 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los condoritos #2

SERVICIO DE ATENCION: Medio Tiempo — Dirección UDS: Bajo Calima las colonia — Teléfono UDS: 3175037649

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1111767686	Karen	Andrea	Valencia		18	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
02		1111752376	Maria	Fernanda	Murillo	Lopez	24	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
03		1235147072	Jea son	Yeled	Roldan	Rivas	1	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
04		1107541197 7	Anny	Milleryl	Cuero	Rodriguez	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			
05		1150956496	Aaron	Joseph	Caicedo	Tamayo		8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
06		1144007805	James	Aimar	Bayo	Victoria	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
07		1214213742	Yumeida		Gonzalez	Caicedo	27	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
08		1111801054	claudia		lopez	Caicedo	29	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
09		1144004198	luisa	Alejandra	Riasco	Caicedo		4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
10		53132532	Sonia		Tamayo	Montaño	41	11	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:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	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.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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 del Bajo Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650202024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: T. completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Buga Municipio: Buga
Nombre Agente Educativo (a): Luz Murillo CC 29230536
Código CUENTAME UDS: 7609000709555 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Pequeños Gigantes
Dirección UDS: Bajo calima Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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		1143883265	Salome	Emilang	Guerrero	perez	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
02		97556 98	Sebastian	Elias	Guerrero	perez	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
03		1111926972	Yaiden	Smith	Angolo	Murillo	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
04		1191224387	Gael	Armando	Lozano	Moreno	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
05		1113374142	Brittany	Talhia	Lozano	Caicedo	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
06		1113374146	Luis	Derian	Rentería	Manyoma	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
07		1117048 56	Dailin	Johana	Murcia	Alban	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
08		1191221353	Naolin	Sofia	Valoy	delgado	2	10	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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

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.

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 de Bajo Calima
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600652024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: T. completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal Buna Municipio: Buna Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Cindy P. Hurtado CC 1111757223
Código CUENTAME UDS: 7610900071529 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Tierna Caricia
Dirección UDS: Bajo Calima - aldea Teléfono UDS: 3163944903

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		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1111926515	Drey	Stiven	Florez	Dominguez	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02		1144001062	Yosman	Jacob	Saa	Estupiñan	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			
03		1235147110	Jose	Emmanuel	Valencia	Lopez	0	9	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	6	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	11	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	8	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	Rivas	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
08		1115465430	Yaileng	Alexandra	Renteria	Siniterra	4		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:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Cindy 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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

PA-PROY-PP | Versión: 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

8350007-5 Consejo Comunitario 76006500024
Julio Tradicional 2024
Tiempo completo

Valle | Bl/tura | Bl/tura

	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL ASISTENCIAS
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES						
1	RC	1235144893	Faison	Esteban	Cortes	Solozo								
2	RC	1235144706	Nelson	Santiago	Angulo	mina								
3	RC	1150959929	Allan	Sluider	Lopez	Asprilla								
4	RC	1196716498	Marlin	Elias	Asprilla	Cotes								
5	RC	1111926741	Eduard	Santiago	Paz	Alomia								
6	RC	1235144178	Jissy	Eliana	Valencia	Congo								
7	RC	1066068959	Kiara	Isabell	Guerrero	Pinedo								
8	RC	1150954310	Dana	michell	Tores	Alomia								
9	RC	1196716496	Naylin	Isabela	Quiñonez	Hurtado								
10	RC	1109570998	Carlos	Jose	Angulo	Segura								
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SESIONES

TOTAL ASISTENCIAS MENSUALES

FECHA DE INGRESO

Verificación de Cobertura

10

Graciela Moreno

COORDINADOR(A) TA

RESPONSABLE DE DATOS

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

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

LOS DATOS INCORPORADOS 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 Rio Cajaa
NIT: 935000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76 00650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Medio tiempo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Hogar FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Rosario Caicedo CC: 29230528
Código CUENTAME UDS: 76109000709 46 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los condoritos #1
Dirección UDS: Bajo caloma las colonias Teléfono UDS: 3187426243

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	1191227377	Jesus	David.	Delgado	calderon		11
02	RC	1144.002096	Kailyn	Adhara	Murillo	Fernandez	1	9
03	RC	1235.147186	Jomy	DAilen	caicedo	Rivas		8
04	RC	1235.147151	Brian	SMit	Gonzalez	calderon		9
05	cd	31.603.233	Sorlandy		Caicedo	Solis	40	
06	cd	59.684711	DIANA	Maribel	Alban	Sol	45	
07	cd	1151446265	yersi	Lorena	Gonzalez	Ramirez	23	
08	cd	1010.107784	Rubis	Carolina	Murillo	caicedo	33	
09	cd	1028.160270	PAula	Alendra	Ramos	Renteria	22	
10	cd	1078.686269	MaribeTH		victoria	Hurtado	29	

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	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		
03	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		
05	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		
07	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		
09	A	A	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	A	A		

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO

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

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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: CC Bajo Rio Caloma
NIT: 835000908-5
NÚMERO DE CONTRATO: 7600632024
MES: Julio
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo(a): Adelaida Perea
Código CUENTAME UDS: 7610900071385
Dirección UDS: Bajo Calima - Aldea

Centro Zonal: Buenaventura
CC: 38466615
Municipio: Buenaventura
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Bosquecito
Teléfono UDS: 3170543200

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		1112460674	Emma	Fabiana	Rodriguez	Arrechi	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
02		1230143059	Heiyn	Itzel	Batero	Murillo	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
03		1079102682	Lili	paola	Murillo	Moreno	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
04		1115465559	Jean	Andres	torres	Candelo	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
05		1194001429	Quewin	Adrian	Valencia	Mina	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
06		1235144960	Lauren	Nahaira	Murillo	Arboleda	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
07		1235149116709	Yeidi	Nahaira	Gonzales	Murillo	2	3	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	8	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

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.

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 Información: Pública
		29/05/2018 Página 1 de 1

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario bajo Calima
NIT: 835000708-5
NUMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: 07
AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera Infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca
Centro Zonal: Buga
Municipio:
Nombre Agente Educativo (a): Marlin Vivero M.
CC: 1111739735
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caminito Alegre
Dirección UDS: Km 15 Via Cali V. la Caucana
Teléfono UDS: 3162713923

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	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)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235144656	Esteban		Lopez	Torres	3	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
02	RC	1235144471	Fiker	Matias	Angulo	Esterilla	3	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
03	RC	1111925234	Jeremy	Steven	Mosquera	Arenas	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
04	RC	1113071877	Andres	Matias	Serna	Calle	3	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
05	RC	1235146030	Yhover	Emmanuel	Guzman	Torres	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
06	RC	1109198312	Maria	Jose	Rodriguez	Cardona	4	5				A A A	A A A	6		
07	RC	1235144287	Luz	Angela	Alomia	Angulo	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
08	RC	1113374240	Valery		Arraez	Cardona	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	A A A	20		
09																
10																
													TOTAL	8		

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

COORDINADOR(A) EA

Marlin V. 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

F-012.PP | 29/05/2013
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Concejo comunitario
NIT: 8350009708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Guillermina CC: 25718 517
Código CUENTAME UDS: 7610900070928 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los caracolitos
Dirección UDS: Cabal pombo Teléfono UDS: 3153258845

Hoja ___ de ___

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	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	TERCERA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	CUARTA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	QUINTA (LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235144152	Liam	Andres	Cortez	Mejia	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A X A	A A A ·	A A A			
02	RC	1115464849	Hamle	cristina	viveros	valencia	4	8	A A A A A	A A A A A	A A X A	A A A	A A A			
03	RC	1196716443	Mia	Vanessa	Mosquera	puerta	4	1	A A A A A	A A A A A	A A X A A	A A A	A A A			
04	RC	1235145351	Jonnier	yamir	Lozano	Riascos	3	2	A A A A A	A A A A A	A A X A A	A A A	A A A			
05	RC	1115550806	Luz	victoria	obando	chiripua	2	7	A A A A A	A A A A A	A X A A	A A A	A A A			
06	RC	1114841941	Heiberlin	Samanta	Mesa	piña	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A	A A A	A A A			
07	RC	1150954313	Melony	Luciana	ortiz	castaño	3	1	A A A A A	A A A A	A A A A	A A A	A A A			
08	RC	1111927209	Angel	Gael	Angulo	Garcez	1	8	A A A A A	A A A A	A A A A	A A A	A A A			
09	RC	1235146539	Elba	daviannith	Saavedra	Gomez	1	9	A A A A A	A A A A	A A A A	A A A	A A A			
10	RC	1235144482	Kenner	steylee	Rosero	caraballi	3	8	A A A A A	A A A A	A A A A	A A A	A A A			
	RC		Wendy	Nohomy	Lopez	Mosquera	3	9	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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
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.
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: cede la cuenca baja del Río
NIT: 835000708 NÚMERO DE CONTRATO: 76001062024 GSD
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TiempoCompleto
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: Valle del cauca Centro Zonal: Buenaventera Municipio: Buenaventera
Nombre Agente Educativo (a): Adelina A. CC: 66735987
Código CUENTAME UDS: 7109000 56408 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las estrellitas travesas
Dirección UDS: Bajo calima Vereda la brea Teléfono UDS: 3153875320

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 MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R	1111926129	Natalia		Correa	Medina	4	8	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A	22		
02	R	1113374157	Joe	cambel	Medina	Gonzales	4	1	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
03	R	1111927650	Heilin	yuràni	Guaitoto	Angulo	1	7	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
04	R	1235146111	Maikel	Jordani	Mosquera	Gonzales	2	3	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
05	R	1196716548	Alinson		Riasco	Vivero	1	5	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
06	R	1111928242	Maria	Zanto	Riasco	Vivero	4	2	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
07	R	1111927048	Becky	Daenerys	cadena	Fajardo	1	9	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
08	R	1115467730	Ana	Lucia	Rodallega	Tovar	1	3	PRIMERA: L A, M A, MI A, J A, V A; SEGUNDA: L A, M A, MI A, J A, V A; TERCERA: L A, M A, MI A, J A, V A; CUARTA: L A, M A, MI A, J A, V A; QUINTA: L A, M A, MI A, J A, V A			
09												
10												
										TOTAL	08	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	08
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Adelina Angulo Gavees
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 Calima
NIT: 8850007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600706202 (650)
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: Valle del Cauca Centro Zonal ___ Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Matilde Vivas CC 29248274
Código CUENTAME UDS: 7610900056871 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar Bellos montaña
Dirección UDS: Via Calima Km 6 la Brea Teléfono UDS: 3147783561

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	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V			
01	R	1235144960	Breyner	Adrian	Rodallega	Lerma	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21	no	
02	R	1115928121	Kilian	Gael	Mancilla	Rodallega	1 año		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21		
03	R	1235923757	Dayan	Raquel	Montaño	Medina	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21		
04	R	1115465859	Elisabeth	Milagro	Panameño	Medina	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21		
05	R	1115656720	Lauren	hazara	Sinisterra	Medina	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21		
06	R	1111923702	Cristin	Alanna	Caicedo	Rodallega	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21		
07	R	1115467293	Daeling	Ester	Montaño	Medina	2	5 meses	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					21		
08	R	1115465641	Joisé	Salome	Vera	Moreno	4	10	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			

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

COORDINADOR(A) EA

Matilde Vivas
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 POLITICA 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 Nuevo Limón
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 76006502024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Martha Zoleima Cc: 1143932595
Código CUENTAME UDS: 76109000070392 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Rosita
Dirección UDS: Km9 El porvenir Teléfono UDS: 3104935896
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1113374154	Sara	Camila	Delgado	Blascos	4	5	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
02	RC	1106525 11	Juan	Camilo	Cortes	Gongora	1	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
03	RC	1235146584	Helian	David	pandales	Valois	3	10	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
04	RC	1235146585	JESUS	Adrian	pandales	Valois	2	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
05	RC	1150954262	Lukas	fidel	palacios	Rojas	4	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
06	RC	1235147453	Alexa	Tamara	Delgado	Blascos		8	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
07	RC	1113374153	Maria	ISABEL	Angulo	Angulo	3	11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
08	RC	1150956387	Luis	Zain	Quiñones	Garces		11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22	0	0
09																
10																
													TOTAL	22	0	0

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 Zoleima Cardona Hinestroza
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: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Leny Izquierdo CC: 66938218
Código CUENTAME UDS: 7810900418 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Futuro
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3155281348

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1232816821	Ana	Sofia	Hidalgo	Izquierdo	3		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0	0
02	RC	1111927241	Joser	Helian	Vente	Valencia	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0	0
03	RC	1111924748	Ian	Jacob	Valencia	Angulo	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0	0
04	RC	1111926953	Leimar		Valencia	Viafara	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0	0
05	RC	1151973621	Sterly		Castro	Viveros	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			22	0	0
06	RC	1196716442	Karlhyn	Naroby	Angulo	Mosquera	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			22	0	0
07	RC	1111927781	Emelin		Tamayo	Tamayo	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0	0
08	RC	1144000400	Liam	Adrian	Gongora	Garcia	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0	0
09																																				
10																																				
																																	TOTAL	22	0	0

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 Hinestroza
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: CC bajo calima
NIT: 8350007085 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650202 4
MES: Julio AÑO: 24
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: Buenaventura Centro Zonal Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Ana lucia M CC 66 732 502
Código CUENTAME UDS: 7610 900070346 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: la unión
Dirección UDS: Villa linda Teléfono UDS: 315 278 0425

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	RC	1115467110	Karla	ainara	Mondragón	Angulo	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
02	RC	1111924111	Luli	lorena	Rodallegas	Volais	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
03	RC	1119240900	Shaira	nicol	Valencia	Angulo	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
04	RC	1150953533	Jeiner		Mondragón	Riascos	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
05	RC	1235146479	Juan	pablo	Rentería	hinistroza	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
06	RC	1196716434	Jesus	adrian	Mina	Angulo	2	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
07	RC	1022063859	Diego de Jc.		Cuartas	Franco	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
08	RC	119616140	Mairín	Saray	Angulo	Angulo	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
09	RC	1150955258	Jessie	Antonella	gutierrez	Mosquera	2	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
10	RC	1150953960	Carlos	Josue	Siniestera	Mosquera	4		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			✓		
																																		✓		
																																	TOTAL	10		

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

Ana lucia Manyoma Mosquera
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: _____
NIT: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650202
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB Tiempo Completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle. Centro Zonal: B/tura Municipio: B/tura
Nombre Agente Educativo (a): Eliee Mosquera CC. 29228192
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: el esfuerzo
Dirección UDS: Guadual rio Calima Teléfono UDS: 3173972149

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1.235.145 843	Geider	Alexander	Manyoma	Torres	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
02		1 098 693 997	Eida	Valerie	Murillo	Manyoma	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
03		123 5146 036	Jhon.	Anderson	Benitez	Manyoma	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
04		123 5146 619	Asly	Soce	Manyoma	Torres	7		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
05		1078 694 698	Henrry	Gael	Gamboa	Murillo	1		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
06		1078 694 697	Dilan	Andres	Gamboa	Murillo	1		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
07		1.111 926 128	Alexandra		Manyoma	Bonilla	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
08		1150 954 550	yeferson		Victoria	Manyoma	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A			
09		1078 473 650	Jose.	Manuel	Riva	Rivera	2.		A A 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:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Eliee 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

P6.MO12.PP | Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

Entidad administradora del servicio: consejo comunitario

NIT: 835000708-5

Número de contrato: 7600650224

Mes: Julio

Año: 2024

Modalidad de atención: tradicional

Servicio de atención: tiempo completo

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Centro Zonal: Buenaventura

Municipio: Buenaventura

Nombre agente educativo(a): Ana Francisca

C.C. 1111799808

Código CUENTAME UDS: 761090070387

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: El Progreso de los Hern

Dirección UDS: la estrella Km 22

Teléfono UDS: 3167645775

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	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		
01	RC	1113374309	Jose	matias	Angulo	Angulo	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
02	RC	1241441903	Caleb		Ortega	Angulo	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
03	RC	1115467400	Adriana	corina	noguera	montaño	1	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
04	RC	1072368153	Johan	Antonio	Romero	Vera	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
05	RC	1151973908	Eliam	santhiago	Sanches	Hurtado	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
06	RC	1144000818	Kerelin	Dothian	murillo	Rubio	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
07	RC	23507092020	Yuliani	sofia	Rodrigues	sanches	4			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	0
08																																			
09																																			
10																																			
																																		22	0

0
7
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 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: 835000708-5 NÚMERO DE CONTRATO: 6800
MES: julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: tradicional

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura Centro Zonal: Buenaventura Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): S. paola CC: 66738703
Código CUENTAME UDS: 761090005674 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Emanuel
Dirección UDS: Km 9 cruce Teléfono UDS: 3508059853

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																	TOTAL MENSUAL		
			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	1115546873	Angel	Damian	monroy	tamayo	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
02	RC	1196716468	samantha		rojas	caicedo	2		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
03	RC	1115466028	Donna	Isabela	Arvinola	murillo	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
04	RC	1115466552	Yeison	Esmi	arvinola	montaño	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
05	RC	1113071497	samara	Elena	chud	escobar	3	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
06	RC	1115374456	Yailin	Josuar	Valencia	conga	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
07	RC	1115464569	Emily	tamara	moreno	mosquera	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
08	RC	1115467721	Derek	Juan	monroy	tamayo	1		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
09	RC	1119927562	Yeison	josue	castro	campo	1		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
10	RC	1235144964	Julian	esmith	peluza	ortega	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22	0	0
																																	TOTAL	220	0	

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

S. paola moreno ta
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo Comunitario Rio Calima
Nit: 835000708
MES: Julio
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: Bay
NÚMERO DE CONTRATO: 7600650224
AÑO: 2024

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): Martha Aduviola
Código CUENTAME UDS: 76109000070887
Dirección UDS: Vereda los Brazos
Centro Zonal: Buenaventura
CC: 1028600294
Municipio: Buenaventura
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los primos
Teléfono UDS:

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	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1113374015	Luis	Angel	Mondragon	Valencia	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	22	0
02	RC	1115467606	Andres	Joaqui	Cifuentes	Angulo	3	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22	0
03	RC	1115465584	Dana	celeste	Angulo	Aduviola	3	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22	0
04	RC	1235145325	Erika	Tatiana	Mondragon	Cuevas	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	22	0
05	RC	1150955474	Ian	gael	Mondragon	Aduviola	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	22	0
06	RC	1235146311	Angi	Sofia	Aduviola	Aduviola	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	22	0
07	RC	1115467288	elyra	Isabela	Angulo	Mondragon	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22	0
08	RC	1113375613	Chica	Victoria	Montiagon	Delgado	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	22	0
09															
10															

TOTAL 22 0

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 Yenni 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

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Consejo comunitario de rio
NIT: 835000708 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio 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): Yileidi Angulo CC 1028161288
Código CUENTAME UDS: 7610900070901 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Florecitas del campo
Dirección UDS: Bajo calima KM 9 Teléfono UDS: 3103908608

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235143576	Mailen	Samari	caicedo	Murillo	4	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
02	RC	1115466957	Eiler	estiguar	tamayo	Riascos	2	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
03	RC	1111926836	Adan	Felipe	torres		2	4	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
04	RC	1113374362	Lesli	soreli	Hurtado	Riascos	4	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
05	RC	1113375232	Jose	Manuel	Angulo	Riascos	2	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
06	RC	1241440089	Milan	Gael	Lucumi	ospina	4	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
07	RC	1196716050	Maria	camila	Asprilla	Angulo	3	5	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
08	RC	1113374975	Ana	victoria	Riascos	Riascos	4	4	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
09	RC	1111928199	Jhon	ever	Perea	Congora		11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
10	RC	1115657730	Vayolet		Espinosa	castro	3	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		22	0	0
														TOTAL	22	0	0

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.
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

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 Pioc.
NIT: 835000908-05 NÚMERO DE CONTRATO: 7600650 2024
MES: Julio AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tiempo completo
SERVICIO DE ATENCIÓN: Primera infancia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle Centro Zonal: Buenaventura I Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo (a): Diana Ysela V. CC 1111756593
Código CUENTAME UDS: 7660900071559 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los dragoncitos mágico
Dirección UDS: Calle pombo Teléfono UDS: 3154268448

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	RC	1115466590	Genesis		Valencia	Garces	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
02	RC	1235146588	Yazuri		Congo	Delgado	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
03	RC	1235146587	Yobani		Congo	Delgado	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
04	RC	1235145299	Sara	Isabell	Granja	Tovar	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
05	RC	1235146348	Thiago	Joel	Guaitoto	Pretel	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
06	RC	1235144958	Juan	Jose	Guaitoto	Pretel	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
07	RC	1235145524	Starlin		Delgado	Solis	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
08	RC	1235146035	Kinverlin	Johana	Torres	Angulo	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
09	RC	1064491720	Mara	Yulieth	Tobar	Ballanta	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
10	RC	1235146186	Aldina	Soe	Cundumí	Benitez	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22	
																														TOTAL			

	0
	10

Diana Ysela Valencia
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.

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	29/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

Hoja ___ de ___

Entidad administradora del servicio: Consejo Comunitario del Bajo Calima
835000708-5
Número de contrato: 76006502024
Julio
Año: 2024
Modalidad de atención: tradicional

Identificación
Regional: B/tura
Centro Zonal: B/tura
Municipio: B/tura
Nombre Agente Educativo(a): Sandra yirley Revelo
CC. 38473764
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Angelitos traviesos.
Código CUENTAME UDS: ____
Dirección UDS: Bajo Calima km6 la brea
Teléfono UDS: 3114339400

Servicio de atención: ____

No. de orden	Tipo doc.	Número documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad años	Edad meses	Control diario de asistencia (semanas primera a quinta)	Total mensual	Causa de retiro
01	RC	1115467299	Hellen	nairovy	Ramos	Agilar	2	4	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
02	RC	1235145122	Deiner	yael	Ramos	Rodallega	3	5	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
03	RC	1115467 7374	Sharite	yijan	Quiñones	Mosquera	3	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
04	RC	1115 4674333	Karla	Andrea	Sinisterra	gonsalez	2	3	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
05	RC	12351467 12	Jerly	celeste	aduincola	Lopez	2	7	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
06	RC	11967165 35	Breiner	Johany	Beleño	Angulo	1	8	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
07	RC	12351460 58	keilin	nahiara	Coordova	obando	2	6	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
08	RC	113374310	keisy	Samara	Angulo	moreno	4	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
09	RC	12388206 11	exel	Jesus	Ibarguen.	gamboa	2	4	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22	
10											

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

Sandra yirley Revelo E.
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.

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

Consorcio Comunitario Caleima
0708-5
Número de contrato: 760001062024
Año: 24
...familiar

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Valle
Municipio: Buenaventura
Hoja __ de __
Nombre Agente Educativo(a): Nancy Pacuenzo.
CC: 38462497
Código CUENTAME UDS: 76010900071718
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La estrella
Dirección UDS: Bajo Caleima villa stella
Teléfono UDS:

NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
5146929	Thiana	Valentina	Medina	Montero	0	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
928615	Jose	David.	Martinez	Gutierrez	0	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
1928088	Antony	Joel	Vente	Valencia	0	12	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
1928043	Jheylin	Arielle	Ruiz	Riascos	0	12	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
5146719	Ailin	Jorcheza	Valencia	Valencia	1	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
1922048	Becky	Daenerys	Cadena	Fajardo	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
351465598	Ally Son	Yireth	Dajones	Scolotor.	1	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
3116354	Ana	Marcela	Urina	Aurikola	22	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
06203104	Michel	Tefrona	Hurtado	Valencia	24	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
28185877	Ana	Luz	Fajardo	Obando	26	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	Sí		
							TOTAL	10		

NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	7
MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

Nancy Pacuenzo
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 cuencabada Rio Calima
NIT: 8350007038-5 NUMERO DE CONTRATO: 76000652024
MES: Julio 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): Zully Tamayo CC: 1028160235
Código CUENTAME UDS: 76 10 9000 70324 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los chicos del río
Dirección UDS: Bajo Calima Teléfono UDS: 316 754 5022

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO 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																			
01	RC	1.196.716.461	Kalet		dominguez	ortiz			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
02	RC	1.195.466.353	Yarlin	valeria	Hurtado	Asprilla			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
03	RC	1.235.146556	Ostin	Adrian	Torres	Rojas			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
04	RC	1.205.145.202	Julia	Estéfani	Cortes	Valencia			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
05	RC	1.150.955.062	Shaira	Salome	Balanta				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
06	RC	1.151.974.460	Seiren	Darianna	Garcia	Garces			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
07	RC	1.143883.727	Kevin	Esmith	Torres	Rojas			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
08	RC	1.235.147.056	Hever	Adrian	Lopez	Caicedo			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

Zully Tamayo
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