REGISTRO DE ASISTENCIA MENSUAL RAM

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900898122 NÚMERO DE CONTRATO. 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): ROSA MERLIN HURTADO CC
Código CUENTAME UDS: 27005562024 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención HOGAR ROSA MERLIN HURTADO
Dirección UDS: Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1036267951	MAROLY	JEREMAHIA	BARCO	MURILLO	1	7		19		
02	RC	1078338314	ARLEYSON		PRADO	RENTERIA	3	7		19		
03	RC	1078473545	EMMANUEL		DELGADO	IBARGUEN	3	3		19		
04	RC	1032193456	OSTUAL	JHORETH	CHALA	VALDERRAMA	4	9		19		
05	RC	1078338215	ANDRES	SAMIR	DIAZ	DELGADO	3	9		19		
06	RC	1078338218	GEICY	YULIETH	CORDOBA	NAGLE	3	5		19		
07	RC	1078338340	YULIAN	SAMIR	VALDERRAMA	IBARGUEN	3	4		19		
08	RC	1078339264	YOJAN	YESITH	PEREA	LERMA	1	8		19		
09	RC	1078859181	DARLIN	ARITZA	MOSQUERA	MURILLO	2	8		19		
10	RC	1079102298	MARELIN	JAZMIN	LARGACHA	MURILLO	4	11		19		
11	RC	1079102940	ELIAN	STIVEN	NAGLES	HURTADO	3	11		14		
12	RC	1093189476	YEIMY	MAYER	CAMPO	ARCE	3	4		19		
									TOTAL	228		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES.	0

COORDINADOR(A) EA

Rosa Merlin Hurtado
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900898122 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): EDNA AGUALIMPIA CC:
Código CUENTAME UDS: 27005562024 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR EDNA AGUALIMPIA
Dirección UDS: Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1034933006	JENESIS	ANDREA	MURILLO	AGUALIMPIA	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
02	RC	1053013603	ANDREA	SOFIA	GARCIA	MARTINEZ	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
03	RC	1076337794	YEISY	FERNANDA	ASPRILLA	RIVAS	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
04	RC	1076337828	SANTIAGO		DOMINGUEZ	MURILLO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
05	RC	1076338497	IAN	DAVID	VASQUEZ	VALLEJO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
06	RC	1076338522	BRITANY	MICHEL	CUNDUMI	MOSQUERA	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
07	RC	1076339152	NESLY	SHARAY	VALOY	AGUILAR	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
08	RC	1076339238	BREYNER	ANDRES	CUNDUMI	MOSQUERA	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
09	RC	1076339246	YOISER	ANDRES	MOSQUERA	RAMIREZ	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
10	RC	1077652669	NEHEMIAS		PALACIOS	MOSQUERA	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
11	RC	1079102841	VIKI	MILAGRO	GUERRERO	MEDINA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
12	RC	1079103345	JHOJAN	FERLEY	MOSQUERA	RAMIREZ	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
13	RC	1079102312	BRAYAN	ESTIVEN	CUNDIMI	MOSQUERA	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A							
																															TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Edna agualimpia
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 6	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :____ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: MARZO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): SANDRA PATRICIA MURILLO CC: _____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ SANDRA PATRICIA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

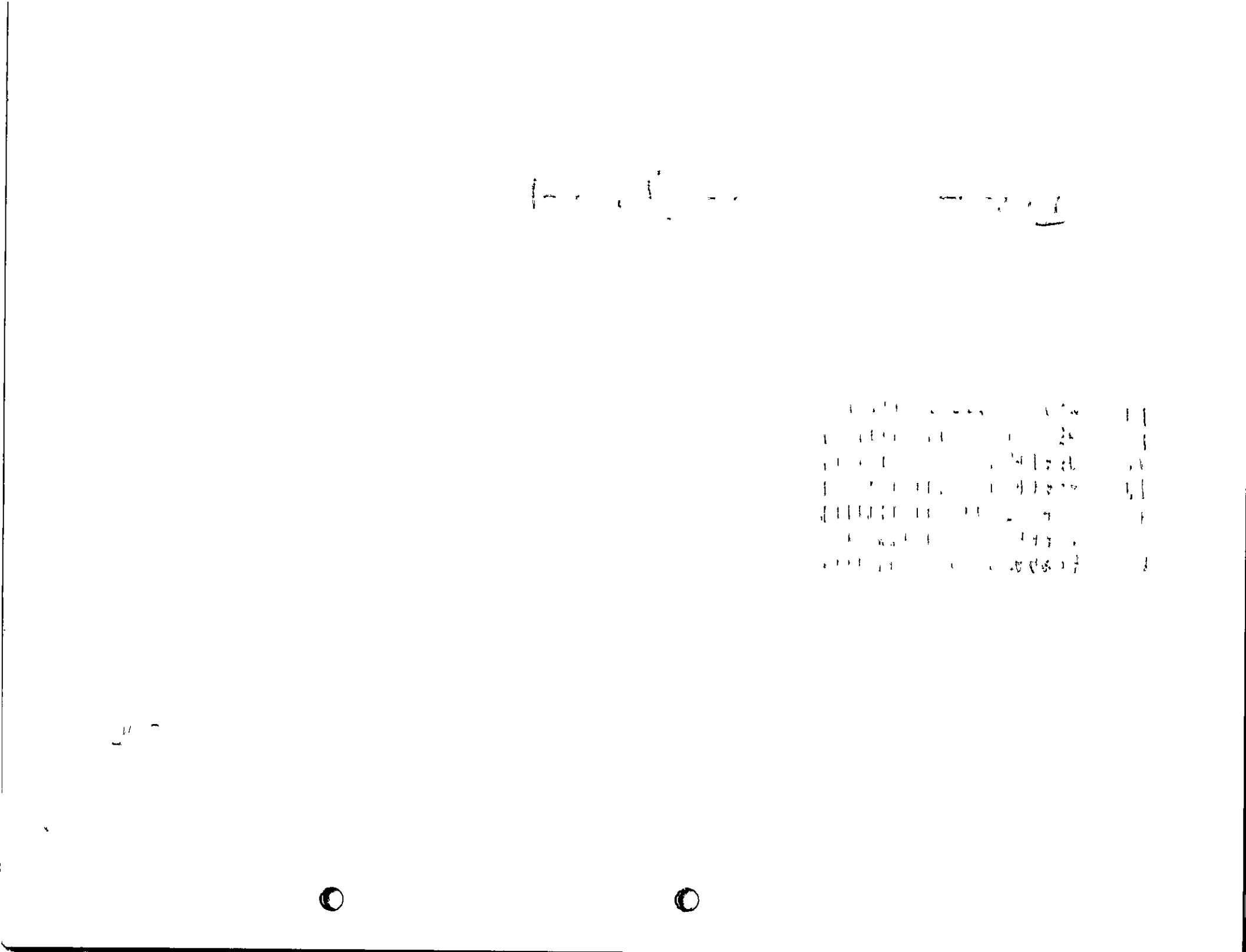
No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO 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	1076337989	KAREN	YARLEIDY	VALOYES	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
02	RC	1076338771	NAIRA	YUCETH	MURILLO				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
03	RC	1076336960	DEYCI	YIRLESA	VALOY	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
04	RC	1076338046	HAILIN	NICOL	MEDINA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
05	RC	1076338771	CHELOY	YULIETH	LOPEZ	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
06	RC	1076103726	MARIETH	ALANA	RIVAS	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
07	RC	1076102878	TIANNY	MICHAEL	MURILLO	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
08																																						
09																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
																																				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:

Yoleimy Quinto
COORDINADOR/ALEA

Sandra P.
RESPONSABLE DE GRUPO

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



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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

MES: Marzo AÑO: 2025

Nombre Agente Educativo (a): ESNERA ISMARE CC: _____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ESNERA ISMARE

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

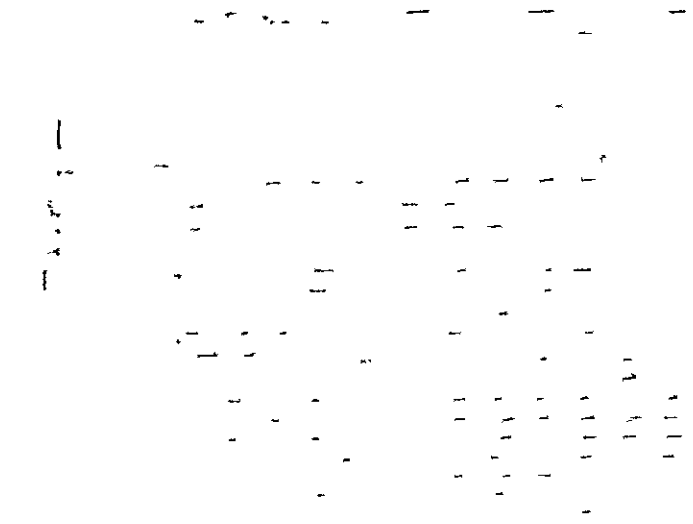
No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																												
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	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	RC	1078338433	DANILMARINSON		CABEZON	PEÑA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1078338431	YASMARY		OSORIO	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1078338437	GERLY		CABEZON	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1078338968	YIMARI		MEMBACHE	ISMARE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1078338969	LIS	FRANCENI	OSORIO	ISMARE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1077981981	MARIA	LORENA	PIRAZA	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1078102367	YURLEY		MEMBACHE	OSORIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1078102424	NANI		CABEZON	ISMARE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1078102436	MARIA	NALIS	CARPIO	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1078102926	DARNERIS		MEMBACHE	QUIRO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	RC	1078102978	WESNER		ISMARE	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	RC	1078103061	YORLINSON		MEMBACHE	PUCHIGAMA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13																																					
																																		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:

Yuleiny Quiñ — COORDINADOR/A TA

Esnera — 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 6	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): ENELISA LOPEZ CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ ENILSA LOPEZ

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Años	MESES																									
01	RC	1076336370	YEAN	ISAAC	MICOLTA	LOPEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	S	A				14		
02	RC	1076338493	LUCY		LOPEZ	MURILLO			A	A	A	A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A				14		
03	RC	1076338712	JOSE	GAHEL	MOSQUERA	LOPEZ			A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
04	RC	1076338733	DANNA		PEREA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
05	RC	1076338756	SISLY	JOHANA	TORRES	MICOLTA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
06	RC	1077469248	LIAN	MATEO	TORRES	PEREA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
07	RC	1078472933	DANILA		VELASQUEZ	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
08	RC	1079102901	EDIN	DAVID	MURILLO	TORRES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A				14		
09	RC	1079103085	MARLIN		LOPEZ	MICOLTA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	K	K	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
10	RC	1096042018	DANA	MARCELA	AGUILAR	ASPRILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
11	RC	1144112549	ERIK	YAEL	TORRES	PEREA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				14		
12																																	
13																																	
																														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:

Yoleiny Quinto
COORDINADOR(A)

Enelisa Lopez
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	F8.MO12.PP Versión 6	29/06/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS — IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

NIT: 900.898.122-9 — NÚMERO DE CONTRATO: 556 — Regional: CHOCO — Centro Zonal: ISTMINA — Municipio:

MES: Marzo — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a): ANA DE JESUS — CC:

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA — Código CUENTAME UDS: — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ANA DE JESUS

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB — Dirección UDS: — Teléfono UDS:

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				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078338589	ARLINTO	JOSE	MURILLO	SALAZAR			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1078338659	DEINER	SAMIR	RIVAS	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1078987810	KAROL	DAYANA	MOSQUERA	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1078102478	CRISTIAN	JAVIER	RIVAS	TORRES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1078103187	EMELI	SARAY	RIVAS	TORRES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
									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:

Yuleimy Quintero — COORDINADOR(A) DE...

Ana de Jesus — 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

Document ID: 2025572

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): ALIRIA CARPIO CC _____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ ALIRIA CARPIO

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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				SEMANAS																								
			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	1079102270	LEANDRO		MEMBACHE	MEPAQUITO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
02	RC	1079102274	FABIAN		ISMARE	PIZARIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
03	RC	1079102276	OLIVER		MEMBACHE	PISARIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
04	RC	1079102473	CESIR	GEDSON	CABEZON	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
05	RC	1079102486	CHARLER		CABEZON	PIZARIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
06	RC	1079102572	EDRIC	ARHER	PIZARIO	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
07	RC	1079102657	ELIGSON		OBORIO	CHAMAPURO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
08	RC	1079102906	ALEJANDRA		ISMARE	OBORIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
09	RC	1079102934	YANETZA		ZARCO	CHIRIPUA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
10	RC	1079103038	NAISIRY		CHAMARRA	CABEZON			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
11																																			
12																																			
13																																			
																													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:

Yuleimy Pinto
COORDINADOR(A)

Aria Carpio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: MARZO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): YORTELIA PISARIO QUIRO CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ YORTELI/ PISARIO QUIRO

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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				SEMANAS																														
			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	1078088526	WILMAR		CHOCHO	MEMBACHE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
02	RC	1078101144	WILDER		SANCHES	CHOCHO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
03	RC	1078339077	LINDA		CHOCHO	CONQUISTA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
04	RC	1078084090	YUBINES		CHAMARRA	CHOCHO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
05	RC	1078102877	KAREN		CHOCHO	CHAMAPURO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
06	RC	1078102760	ELIAN	NOEL	CONQUISTA	CABEZON			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
07	RC	1078102950	YULIETA		ISMARE	CONQUISTA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
08	RC	1078103109	DULCE	ALAIA	ISMARE	OSORIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
09	RC	1078103286	SOTELDO		CHOCHO	CHIRIPUA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
10	RC	1078103332	YAEL		CARPIO	CHIRIPUA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							14		
11																																						
12																																						
13																																						
																																			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:

Yuleimy P. — COORDINADORA/E

Yortel.a. — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.896.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR TRADICIONAL COMUNITARIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B.

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): FRANCIA DAVILA CC: 26328645
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: BI SAN AGUSTIN
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																				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	1076338157	ESTHER	JHOJARY	IBARGUEN	SERNA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
02	RC	1076338301	ELIANA		MORROCO	ROJAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
03	RC	1076338986	JASER	ANDRES	IBARGUEN	ZAMBRANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1076338999	OSLEM	STEIFY	POSSO	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
05	RC	1076389723	MARIA	FERNANDA	QUINTERO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
06	RC	1077487057	JARED		MOSQUERA	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1079103423	JARLIN	PAOLA	IBARGUEN	SERNA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
08	RC	1079103443	WILDER	SAEL	COPETE	LOPEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
09	RC	1128731495	ANA	YULIETH	ISARAMA	ISARAMA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
10	RC	1079102720	WENDI	YULIETH	MOSQUERA	MOSQUERA	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
11	RC	1028046743	LYAM	MANUEL	CORDOBA	MOSQUERA	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							
12	RC																																	
13	RC																																	
																															TOTAL			

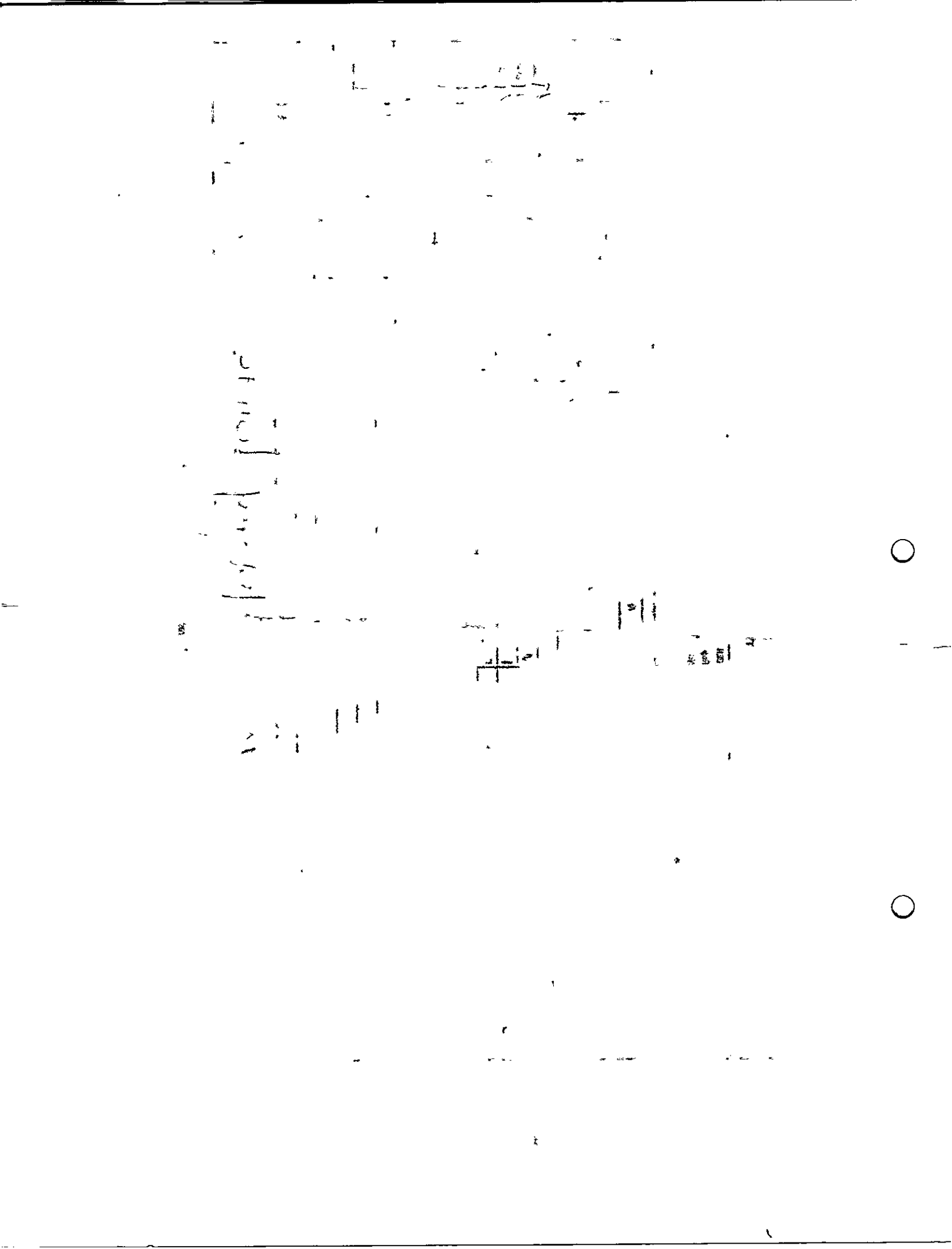
Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: —
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: —

Yuleimy Quinto
COORDINADOR(A) EA

Francia Davila.
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

I²6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Sueños Activos

NIT: 900.398.122-9

MES: Marzo

NÚMERO DE CONTRATO: 556

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO

Nombre Agente Educativo (a):

Código CUENTAME UDS:

Dirección UDS:

Centro Zonal ISTMINA

Municipio:

CC

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención

Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (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	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	0152426748	Angel	Maximiliano	Rodriguez	gratero	3		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A A	A			19		
02	R.C	1131153 27	Adrimar	Estefania	Chirinos	Martinez	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
03	R.C	1076338193	Liam	David	Mosquera	Ibarguen	3		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
04	R.C	1076339386	Cindy	manuela	Lozano	Lamare	1		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
05	R.C	1076338533	Evelin	Melissa	Urrutia	Rosso	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
06	R.C	1079102990	Escarlen	Tamara	Cano	orejuela	3		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
07	R.C	1076338602	Jose	Damian	Riascos	largacha	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
08	R.C	1076338782	Yian	Davian	Mosquera	Ibarguen	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
09	R.C	1079103131	Jose	Yasir	Ibarguen	Asprilla	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
10	R.C	1076338983	Odlin	Adhara	Urrutia	Rivas	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
11	R.C	1076339118	Deilin	Yaneth	Gomez	Rivas	2		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
12	R.C	1076338666	Deiner	Aziel	Rojas	Rodriguez	3		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		
13	R.C	1076339386	Jackson	Yadiel	Serna	Leudo	1		A A A A A A A A A A A A A A A	A A A A	A			19		

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

Yolemy Quinto — COORDINADOR(A)

Yadira Leudo — PROFESIONAL DE APOYO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Joleni Borja CC 1076323481

Código CUENTAME UDS: 27361000 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Joleni Borja

Dirección UDS: Eduardo Santos Teléfono UDS: 3226097035

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

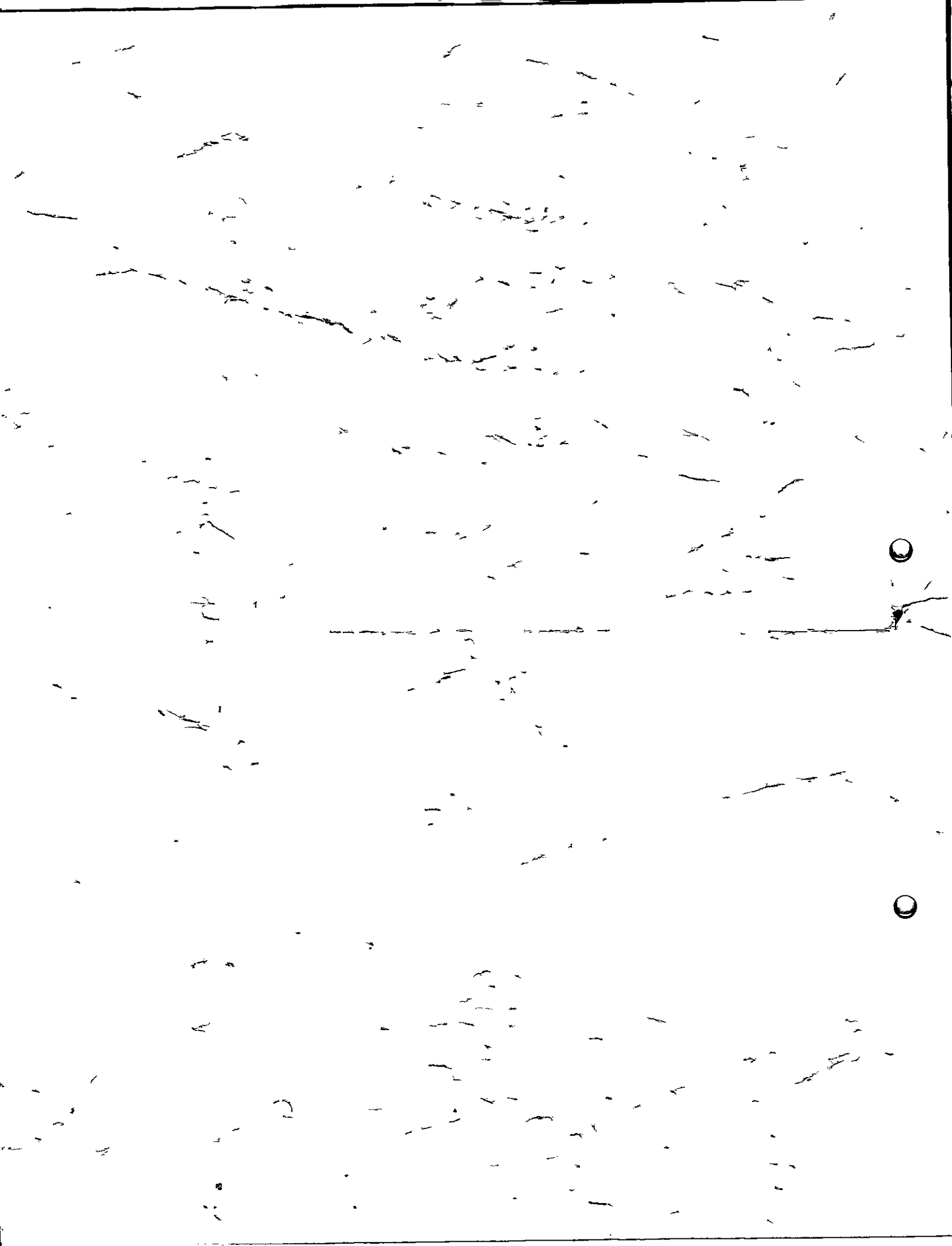
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					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	1076333860	Juan	Jose	Hurtado	Borja	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1076338228	Zoe	Sareth	Ramirez	Palacio	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
03	RC	1079978657	Luis	Jose	Suarez	Osorio	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
04	RC	1003493181	Anthony		Martinez	Castro	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
05	RC	1076339448	Yelsy	Anolma	Hurtado	Cuesta	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
06	RC	1076339235	Mahiam	Zareth	Hurtado	Hurtado	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
07	RC	1076339113	Darlinton	Jhoel	Mosquera	Mosquera	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
08	RC	1076338820	Salome		Ceballos	Ranteria	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
09	RC	1114046529	Maximiliano		Ortiz	Ospina	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
10	RC	1076338009	Darianny	Alexandra	Moreno	Mosquera	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
11	RC	1078648284	Hellen	Maraian	Aricapol	Cardenas	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
12	RC	1076339432	Sharol	Duriany	Gonzalez	Cordoba	1	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A									19		
13																																				
																																	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:	

Yolemy Quinto
COORDINADOR(A) TECA

Joleni Borja Tap
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	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SERRANIA COLOMBIA

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Marlen Rocio cc 1076 375910

Código CUENTAME UDS: 27361001255 16 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Marlen Vivas

Dirección UDS: Diego luis Teléfono UDS: 3206107370

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339243	Yijari		Hurtado	Urrutia	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 A A A A	19		
02	RC	1.128730.933	liam	david	cordoba	Mosquera	4		A A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1.128730.935	Yulianny	Sofia	Cordoba	Mosquera	4		A A A A A I A A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1.128.730.832	Maikol	emilio	Oreguela	Hurtado	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	RC	1076.337.798	wily	olayari	Navio	Valoyes	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	RC	1076.338.917	Wendy	Nahomi	Mosquera	Rengifo	2		A A A A A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	RC	1076.337.917	Jhoselin	Soeth	Oreguela	Mosquera	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	RC	1076.339.344	Alaian	Camila	Rivas	Arias	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 A A A A	19		
09	RC	1079.102.904	Ceider	Moises	Rivas	Arias	3		A A A A A A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10	RC	1.128.731.253	Carlos	Yoel	Mosquera	Mosquera	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
11	RC	1025.776.934	tiago		Valencia	Cordoba	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
12	RC	1.077.201107	Juan	manuel	rivas	moreno	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
13	RC	1076.338.422	Cristal		Rengifo	oreguela			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
									TOTAL	19		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Yulemy Donto — COORDINADOR(A) TERRITORIAL

Marlen Rocio 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: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900698122 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): LUZ AMPARO URRUTIA LOZANO CC: 26661202
Código CUENTAME UDS: 2736100067933 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LUZ AMAPRO URRUTIA LOZANO
Dirección UDS: Teléfono UDS:

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				SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1028959234	KEILER	DAMIAN	QUINTANA	MORENO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
02	RC	1076338071	LIANNY	YOHELY	URRUTIA	PADILLA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
03	RC	1076338631	JOSHUA	ZAEL	IBARGUEN	CORDOBA	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
04	RC	1076339259	LIAM	ISAAC	GARCES		1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
05	RC	1076339577	IKER	DAVID	SANCHEZ	VALENCIA	0	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
06	RC	1078694608	EILEEN	DAHIANA	GONZALEZ	QUINTANA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
07	RC	1079102774	LUZ	ELIANNE	MOSQUERA	MOSQUERA	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
08	RC	1079103337	JHONES	JAIR	MARTINEZ	IBARGUEN	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
09	RC	1238940001	CATTLEYA		URRUTIA	ZULUAGA	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
10	RC	1076338985	JOHAN	JOSUE	LEUDO	LOZANO	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
																														TOTAL	190		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES A 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Yoleimy Quinto
COORDINADOR(A) EA

Luz Amparo Urrutia L.
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

427

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 : SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900898122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN 35697267
Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal ____ istmina Municipio: _ istmina
Nombre Agente Educativo (a): NELLY IBARGUEN M. CC: 35.695.943
Código CUENTAME UDS: 2736100067957 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: NELLY IBARGUEN
Dirección UDS: CUBIS/LAVANDERIA Teléfono UDS: 3106062258

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	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	RC	1122735616.	DARIANNIS	ZHAMARA	MENDOZA	LUJANO	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
02	RC	1088363303.	THIAGO		REYES	SIMANCA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
03	RC	1076337959.	LUCIANA		HENAO	VERA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
04	RC	1076337980.	SARA	SOFÍA	MOSQUERA	TORRES	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
05	RC	1076338760.	LIANNY	SHIRLEY	LERMA	RIVAS	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
06	Rc	1076339336.	JENA	ELAINE	MOSQUERA	MANYOMA	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
07	RC	1077201192.	JAYLY	JAMERLI	LERMA	LERMA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
08	RC	1078987780.	OMAR	ALEXANDER	DOMINGUEZ	CAICEDO	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
09	RC	1079103072.	CRISTIAN	DAVID	VALENCIA	TORRES	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
10	RC	1079103195.	LIAM	JOEL	MOSQUERA	MOSQUERA	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
11	RC	1079103313.	LIAM		ARBOLEDA	VILLERO	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
12	RC	1079103223.	GAEL	STIVEN	ARBOLEDA	ASPRILLA	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
13	RC	1079103217	YOHARY	CELESTE	TORRES	ASPRILLA	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A						19	
																															TOTAL	19	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTE ASISTENTES	

Yulemy Donato
COORDINADOR(A) EA

Nelly Ibargüen Mosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900.898.122-9 | NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: Marzo | AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO | Centro Zonal: ISTMINA | Municipio: Istmina | Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Elisabeth Perea. cc 26328641
Código CUENTAME UDS: 27361000 7575 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Elizabeth Perea
Dirección UDS: San Antonio | Teléfono UDS: 3145113999

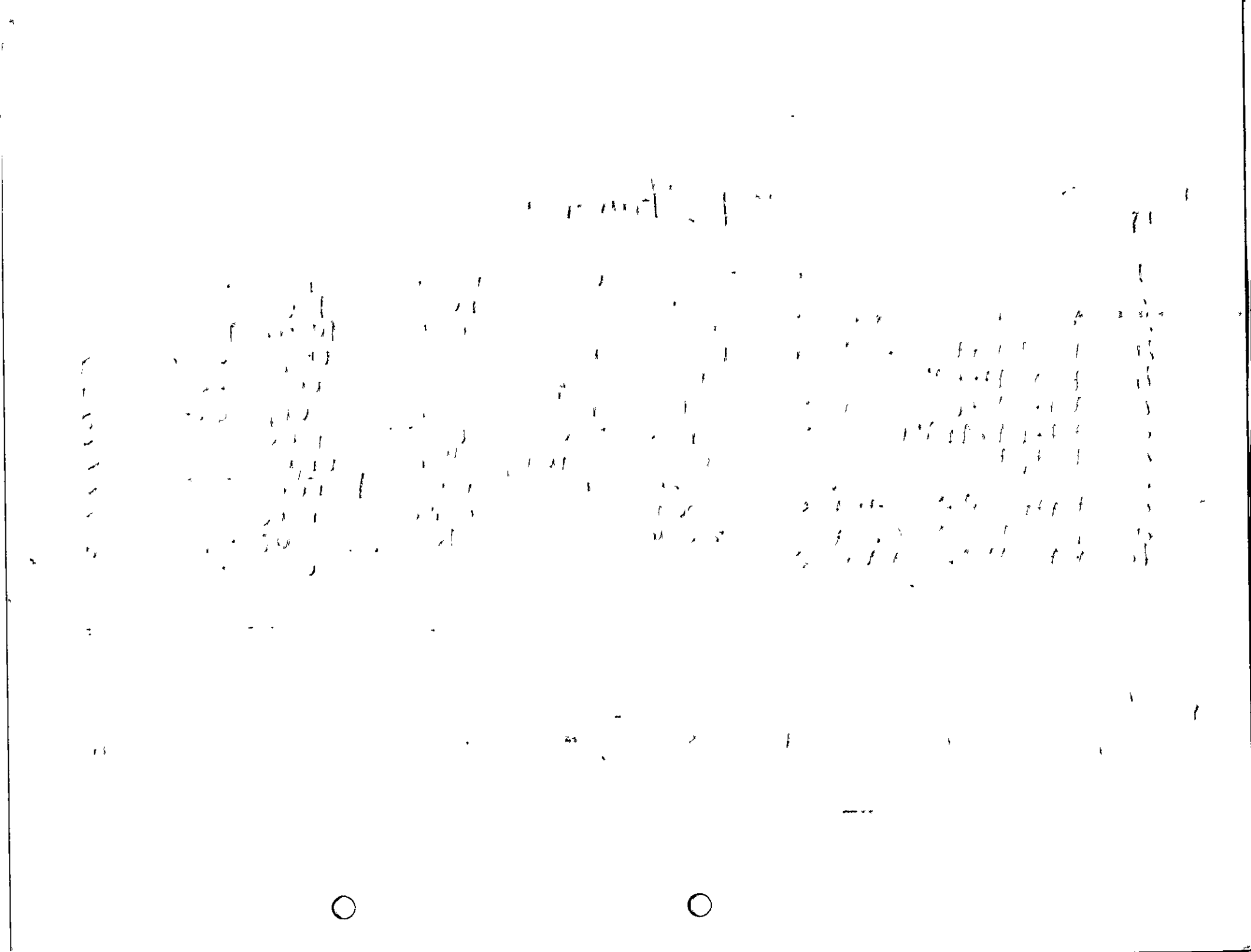
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA (L M M J V)	SEGUNDA (L M M J V)	TERCERA (L M M J V)	CUARTA (L M M J V)	QUINTA (L M M J V)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	107638036	Dauinson		Quinto	Moreno	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
02	R.C	1076338102	Jhonathan	Arley	Palomeque	Martinez	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
03	R.C	1076338583	Dana	Milagro	Quinto	Moreno	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
04	R.C	1076338889	Dauianny	Andrea	Mosquera	Torres	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
05	R.C	1076338726	Jarlan	David	Lerma	Caceres	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
06	R.C	1076338906	Karol	Yiseth	Martinez	Chala	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
07	R.C	1079102505	Ian	Samuel	Mosquera	Mena	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
08	R.C	1079103032	Liam	Jared	Quinto	Urrutia	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
09	R.C	1079103383	Eliam	David	Mosquera	Mosquera	1		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
10	R.C	1128026399	Danna	Saray	Ruiz	Ibarguen	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
11	R.C	1128731527	Anny	Yaliana	Lozano	Palacios	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
12	R.C	1079102822	Tally	Daliana	Ibarguen	Gimenez	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	– A A A –	A – – – –	19		
13																
													TOTAL	19		

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

Yuleimy Quinto
COORDINADOR/A EA

Elizabeth Perea 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	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Diana Belalcazar CC 35697124

Código CUENTAME UDS: 233610007821 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención

Dirección UDS: cubis Teléfono UDS: 3148732252

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)		CÓDIGO DEL MOTIVO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01		1076338446	Isaac	Andres	Zuluaga	Sanchez	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
02		1017285530	Liam	David	Rivas	Valencia	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
03		1076338968	Saira	Yiseth	Murillo	murillo	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
04		1076338146	Shosuar	Stiven	Suarez	Cotolola	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
05		1076338827	Brian	Sneyder	mosquera	Alvarez	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
06		1076337881	Thiago	Andrey	Rivas	Alvarez	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
07		1076338636	Yonier	Yesid	Rivas	perea	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
08		1076339110	Allison	Liseth	Valencia	hn	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
09		1076339099	Emely		patiño	ossa	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
10		3059	Ian	Fernada	Roo	G	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
11		1079103282	Allison	Sofia	Martinez	Rojas	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
12		1076338380	Ian	Yesid	Martinez	Rojas	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
13		1059992755	Hadja	Mathias	Arrechea	Riascos	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19	
										TOTAL 19	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Yulemy Quinto
COORDINADOR(A) ZONAL

Diana Belalcazar Rico
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS FUNSA
NIT: 900898122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR COMUNITARIO TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGAR COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): ROSA OVIDIA VALOIS MURILLO CC 3 5 6 9 5 8 1 1
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar Comunitario Rosa Ovidia
Dirección UDS: B/ San Francisco Teléfono UDS:

Hoja 1 de 1

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		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C.	1078473569	ELAH	HAIDARA	GAMEZ	QUINTO	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02	R.C.	1079102622	JAILIS	SOFIA	MARTINEZ	RENTERIA	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	R.C.	1079102508	FRANK	ALEXANDER	MOSQUERA	POTES	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	R.C.	1076339506	FRAYLIN	MARIA	QUINTO	COLLAZO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	R.C.	1076339351	ELIANA		HINESTROZA	CABRERA	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	R.C.	1076927012	JANER	ANDRES	PLATA	TRIVIÑO	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	R.C.	1079102899	SHAIRA	MICHEL	MURILLO	MOSQUERA	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	R.C.	1076338258	HEIDY	YULIANA	PEREA	PAPELITO	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09	R.C.	1045532629	KELLY	JOHANA	CUITIVA	CHICA	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10	R.C.	1079103017	JUAN	DAVID	MORENO	MURILLO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
11	R.C.	1076338618	JASMIN	ALAIA	ARENAS	WALDO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
12	R.C.	1040102451	ELIAN		SANTAMARIA	GOMEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
13												

TOTAL 19

Verificación De Cobertura

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

Yulemy Quinto
COORDINADOR(A) EA

Rosa Ovidia Valois
ROSA OVIDIA VALOIS 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	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasicación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): SHIRLEY RAMIREZ CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SHIRLEY RAMIREZ

Dirección UDS: Teléfono UDS:

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				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1075029715	DISSA		PALACIOS	GOMEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
02	RC	1076338635	ANGEL	DAVID	CORDOBA	HEREDIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
03	RC	1076338643	YOIDER	FABIAN	QUINTO	IBARGUEN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
04	RC	1076338760	JESLYN	ADHARA	VIVEROS	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
05	RC	1076339220	PEDRO	JOSE	CAICEDO	BENITEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
06	RC	1076339314	ANGEL	ANDRES	PALACIOS	LARGACHA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
07	RC	1076339381	ETHAN	JOHAN	MARTINEZ	GRANJA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
08	RC	1076825381	KEILY	SCARLY	SANCHEZ	CABALLERO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
09	RC	1078103880	EDINSON		LONGA	VALENCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
10	RC	1078473508	KEIRYN	JHOANA	SANCHEZ	RENTERIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
11	RC	1079103184	JASEN	ANDRES	CORDOBA	ZUÑIGA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
12	RC	1128089586	KEILYN	JACELY	MOSQUERA	RAMIREZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					14		
13	RC	1128089778	YEINI	ALEJANDRA	MOSQUERA	RAMIREZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
																															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:

Yuleimy Paola Arroyo — COORDINADORA ICBF

Shirley Ramirez — 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: SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900 838 122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: Marzo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Claudia Jineth R.M. CC 35697333
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Claudia Jineth R.M.
Dirección UDS: B/ San Agustin Teléfono UDS: 3103245324

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079102877	Maiyin	Andrea	Mosquera	Valencia	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
02	RC	1076339387	Haylin	Samara	Valois	Mosquera	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
03	RC	1076335786	Aslam	Matias	Mosquera	Perea	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
04	RC	1076338858	Jesus	Manuel	Valois	Urrutia	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
05	RC	1079102903	Yoiber	Yair	Valois	Caicedo	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
06	RC	1076338599	Samuel	David	Perea	Rodriguez	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
07	RC	1128026358	Brianny	Yulieth	Mosquera	Largacha	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
08	RC	1076337847	Elian	Santiago	Mosquera	Banguera	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
09	RC	1076339383	Jansy	Yulieth	Larga	Mosquera	1	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
10	RC	1074359013	Geyli	Alison	Perea	Cordoba	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
11	RC	1079103284	Elian	Wal	Waldo	Lozano	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
12	RC	1076339015	Darling	Saray	Vivevos	Copete	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
13	RC	1079103702	Leisy	Daliana	Uborgüen	Murillo	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				A					19		
																																	TOTAL			

Verificación De Cobertura

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

Yulemy Quinto
CORRESPONSABLE

Claudia Jineth Rodriguez 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 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: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900696122 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): AIDA LUZ QUINTO CC
Código CUENTAME UDS: 2736100067707
Dirección UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR AIDA LUZ QUINTO
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					#ASISTENCIAS	#INASISTENCIAS	
									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	RC	1032036096	SANTIAGO		MOSQUERA	COGOLLO	1	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
02	RC	1076338040	IMARAI		MORENO	QUINTO	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
03	RC	1076338197	JADER	SAITH	MOSQUERA	MARTINEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
04	RC	1076338355	WEILY	SALOME	MOSQUERA	BANGUERA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
05	RC	1076338562	BEICY	DANIELA	QUINTO	MOSQUERA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
06	RC	1076338935	KIARA	LIZETH	HURTADO	RENTERIA	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
07	RC	1076339093	THIAGO		OREJUELA	OREJUELA	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
08	RC	1078859106	VIVIANA		MOSQUERA	VIVAS	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
09	RC	1076103252	THEYLOR	ANDRES	MURILLO	PEREA	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
10	RC	1168213018	EMELI	HALANA	MOSQUERA	QUINTO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
11	RC	1076339219	MAXIMILIANO		MOSQUERA	PALACIOS	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A							19		
																																		TOTAL	209		

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

Yuleimy Cuanto
COORDINADOR(A) EA

Aida Luz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): DEBORA VALDERRAMA CC _____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ DEBORA VALDERRAMA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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				SEMANAS																							
			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	1023582114	EIMY	ALANA	VARGAS	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
02	RC	1038651902	MANUELA		BALVUENA	CAÑATE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
03	RC	1040891757	CARLOS	GAEL	MENDOZA	VALENCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
04	RC	1074021494	LUAM	ANDRES	PEREZ	GARCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
05	RC	1076338445	HEINER	SAMUEL	MOSQUERA	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
06	RC	1076338501	HELEN	VALERIA	OREJUELA	MERCADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
07	RC	1076339044	AMBER	SOFIA	TABORDA	URANGO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
08	RC	1076825404	LEIMAR	DAVID	LOPEZ	RENGIFO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
09	RC	1079102913	JOEILYN	SAMARA	MURILLO	IBARGUEN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
10	RC	1079103283	XYLIAN	ISAAC	ORDOÑEZ	LARGACHA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
11	RC	1079103299	GENESIS	DAHIANA	RIVAS	PARRA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
12	RC	1142526347	MAXI	ANDRES	MENDOZA	SANDOBAL			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
13	RC	1142526886	CELIN	ANDREA	MENDOZA	SANDOBAL			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
																															TOTAL	247		

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

Yuleimy Quinto
COORDINADOR(A) EA

Debora V.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): RUBI MILENA CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ RUBI MILENA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA · SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1035988178	MATEO		ANGULO	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
02	RC	1025910923	DHAIR		VALDERRAMA	IBARGUEN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
03	RC	1076337999	TEWI	ANDRES	MURILLO	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1076338066	DUVERLY	ANDREA	RAMIREZ	IBARGUEN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
05	RC	1076338396	WILFRE	ISMAEL	VALENCIA	ACEVEDO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
06	RC	1076338784	ELISABETH		MURILLO	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1076338880	JORGE	LUIS	IBARGUEN	MONTAÑO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
08	RC	1076339091	MERLIN	JOHANA	ASPRILLA	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
09	RC	1077201239	LUCY	TATIANA	MOSQUERA	RAMIREZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
10	RC	1079102674	CLARA	ELENA	IBARGUEN	LOPEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
11																																		
12																																		
13																																		

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:

Yoleimy Quinto — COORDINADOR(A) FA

Rubi Milena — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: MARZO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): LUZ MIRA MONTES CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ LUZ MIRA MONTES

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																									
									PRIMERA						SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA																											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	1076337898	MARLON	ANDRES	MORENO				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A				19		
02	RC	1076337899	SARANNY	MARCELA	MORENO				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
03	RC	1076338293	JEISER	ANDRES	LOZANO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	J	A				19		
04	RC	1076338349	HELEN	YADIRA	MOSQUERA	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	J	A				19		
05	RC	1076338415	HALAN	DAVID	MOSQUERA	DAZA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	J	A				19		
06	RC	1076338630	LORELIN	JAHANNA	MORENO	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	J	A				19		
07	RC	1076338653	YOHELA		MORENO	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	V	A				19		
08	RC	1076338985	YEILY		PALENCIA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	V	A				19		
09	RC	1078987884	JHORDIN	SMITH	VALOIS	LOZANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	V	A				19		
10	RC	1078103125	HILAN	DANIEL	MOSQUERA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A	V	A				19		
11									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A	J	A				19		
12									A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	V	A	A	A	Q	A				19		
13																																			
																																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:	

Yuleidy Dunto COORDINADORA(LA)

Luz Mira RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): MARLENIS PEREA CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ MARLENIS PEREA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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				SEMANAS																								
			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	1025678213	YAROL	ANDRES	VALOYES	CAICEDO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
02	RC	1076337953	KEISY	ARIANNY	RIVAS	VALENCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
03	RC	1076338073	KAROLIN	DAHIARA	MOSQUERA	LEDEZMA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
04	RC	1076338368	KARLA	SARAY	MOSQUERA	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
05	RC	1076338490	ALAN	GAEL	PEREA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
06	RC	1076338548	LIAM	SEBASTIAN	VALENCIA	LOPEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
07	RC	1076338612	JUAN	JOSE	RIVAS	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
08	RC	1076339259	AINARA		MOSQUERA	ASPRILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
09	RC	1076353316	ALEX	DANIEL	HURTADO	RODRIGUEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
10	RC	1079102998	LIAM	GAEL	MOREMO	VALOIS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
11	SD	21F9B5B7B3D94AEC9E2EB58CE8BEAEA218177	GREGORIO	JOSUE	RONDON	RONDON			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
12																																	
13																																	
																													TOTAL	209		

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

Yolanda
COORDINADOR(A)

Marleny
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

IDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

_ 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

: marzo AÑO: 2025

DALIDAD DE ATENCIÓN: F COMUNITARIA

VICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): DEICY MOSQUERA CC _____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ DEICY MOSQUERA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
RC	1027816842	YEISY	LORETH	DIAZ	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1075028484	LUISA	CELENA	SOTO	RUBIANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1076338250	EMANUEL		HURTADO	SANCHEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1076338461	YARLEISON		MANYOMA	MORROCO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1076338833	MILU	SELENI	SOTO	RUBIANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1076339184	THHN	DANIEL	LONGA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1076339508	SORIMAS		TAJU	MORROCO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1079102148	JAIMAR		TAJU	MORROCO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1079102806	DAVID	JOAQUIN	TUJA	MORROCO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1079103275	MADINSON	YULIETH	PALACIOS	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1128731396	EMMANUEL		VALENCIA	FORASTERO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
RC	1128731421	YORDIN	JUAQUIN	MANYOMA	MORROCO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
																																TOTAL 285		

ficación De obertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Yolenys O
COORDINADOR(A) S

DEICY
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

489

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: Nov 20 AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): NANCY BAZAN CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ NANCY BAZAN

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1018261187	YULIETH	CELESTE	VILLA	AGUIRRE			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A				19		
02	RC	1076337864	WEILYN	JARLEIDY	MENA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
03	RC	1076338295	JOSE	JHOEL	MURILLO				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
04	RC	1076338436	LITZY	DARIANNY	MURILLO	MORALES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
05	RC	1076338576	JHOEL	SANTIAGO	HURTADO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
06	RC	1076338587	VALORIN	FERNANDA	CUESTA	LOZANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
07	RC	1076338588	VALORIN	YULIETH	CUESTA	LOZANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
08	RC	1076339035	ITZAYANA		RIVAS	LOZANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
09	RC	1076339200	JAIMY	SHALIANNY	PALACIOS	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
10	RC	1078987872	EIDER	NAHEL	GUTIERREZ	PALACIOS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		A				19		
11	RC	1079102826	YUDI	DELIARNI	RIVAS	LOZANO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A				19		
12	RC	1155220500	JANIER	YECID	PALACIOS	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A				17		
13																																		
																															TOTAL	178		

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

Yolanda
COORDINADOR(A) FA

Nancy
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

IDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

___900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

:___Nariño AÑO: 2025

DALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

VICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): MARIA ANTONIA MURILLO CC _____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ MARIA ANTONIA MURILLO

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
		NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
RC	1076338093	JHOSTIN	YOHEL	OREJUELA				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
RC	1076338172	MILLAN		HURTADO	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
RC	1076338390	YOSHIMAR		GONZALES	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076338407	KELLY	DAYANA	CUESTA	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076338551	MARLEN	SARIETH	MURILLO	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076339158	KATERIN	YISETH	LONDOÑO	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076339165	YEILER	EMMANUEL	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076339337	KYLIAN		LERMA	CACERES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
RC	1078104109	LICETH	DARIANNY	RIVAS	ASPRILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1078104110	LICETH	NAYIRA	RIVAS	ASPRILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1079102775	JHAYLIN	LISETH	GUERRA	RIVAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1079102776	JHAN	FERNANDO	GUERRA	DIAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
RC	1168213000	YEILYN		HURTADO	VALENCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						14		
																														TOTAL	277		

ficación De obertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Julieth C. — COORDINADORA(A) FA

Mª Antonio Murillo — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

IDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUERÑOS ACTIVOS

900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

: marzo AÑO: 2025

DALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

VICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): CRISTINA MENDOZA CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ CRISTINA MENDOZA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

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			
RC	1013382697	ELSA	DAVIANNETH	RAMIREZ	MENDOZA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076338287	GUSTIN	DAHIAN	BEDOYA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076338326	JUAN	CAMILO	GONZALEZ	AYALA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076338429	ANGEL	JOEL	HURTADO	BECERRA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076338721	JHOSUARD	SMITH	DENIS	LARGACHA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076339080	YISMAR	FARAN	RIVAS	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1076339459	ANA	MARIA	HURTADO	BECERRA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1078102522	FRANKIER	JASIEL	VELASQUEZ	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1078182418	ADHARA	ISABEL	MORENO	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1079103101	RYAN	ALEJANDRO	ARBOLEDA	GIRALDO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1119219655	HELLEN	SOPHIA	MENDOZA	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
RC	1144001738	EIMY	SALOME	VIDAL	VALLECILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
																																TOTAL	288		

ficación De obertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

IDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ____ SUERÑOS ACTIVOS
900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: ________ 556
: Marzo AÑO: 2025
DALIDAD DE ATENCIÓN: ____________ COMUNITARIA
VICIO DE ATENCIÓN: ____________ HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: ______ CHOCO ____________
Nombre Agente Educativo (a): FLOR MARIA MARTINEZ
Código CUENTAME UDS: ____________
Dirección UDS: ____________

Hoja ____ de ____
Centro Zonal ______ ISTMINA Municipio: ____________
CC ____________
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ FLOR MARIA MARTINEZ
Teléfono UDS: ____________

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
RC	1037489344	HELLEN		VILLAR	OSORIO		
RC	1076337769	STEISY	YULIETH	MARTINEZ	MOSQUERA		
RC	1076338532	JHOSELIN	DAHIANNY	REYES	SANCHEZ		
RC	1076338549	LUIS	MATIAS	ISNARE	PEÑA		
RC	1076338659	JOSE	JESUS	PIZARIO	ISMARE		
RC	1076339062	WATSON		ISMARE	PEÑA		
RC	1076339189	ZOE	NAHIARA	VELASQUEZ	MOSQUERA		
RC	1079102341	YEINER		CABEZON	ISMARE		
RC	1079102740	GEILYN	SARHIANA	RIVAS	MARTINEZ		
RC	1079103012	LYANNA	SOFIA	RIVAS	MURILLO		
RC	1079103147	NAYLIN	DAYANA	MURILLO	MORENO		
RC	1079192445	SAMUEL	JOSE	PIZARIO	ISMARE		
RC	1128028276	KELY	HERNANDA	MESA	MEMBACHE		

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

NÚMERO DOCUMENTO	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1037489344	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1076337769	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1076338532	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1076338549	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1076338659	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1076339062	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1076339189	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1079102341	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1079102740	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1079103012	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1079103147	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1079192445	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
1128028276	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
																									TOTAL	27		

ficación De obertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Yolanda Q
COORDINADOR(A) EA

Flor Ma Martinez
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

V92

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :__ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: _ 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _ 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a) ESNEIDER MENA CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ESNEIDER MENA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1032635875	EIVAN	EMANUEL	VALENCIA	ABADIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A				19		
02	RC	1076338244	EIMAR	ARLEY	MARTINEZ	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A				19		
03	RC	1076338811	NEIDY	KAROLINA	SALAS	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
04	RC	1076339111	SAMARA		CAICEDO	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19		
05	RC	1076339128	JOSE	ISMIR	MEMBECHE	ABADIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
06	RC	1076339393	YERLIN	YAJIRI	MOSQUERA	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
07	RC	1077488903	NIRLEY		CAIZANO	ROJAS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A					19		
08	RC	1079182895	ABDIEL		CAICEDO	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
09	RC	1079183224	EIDER	LIONEL	MESA	OSORIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
10	RC	1049588840	Briana	Saray	Heran	Chaparro	2	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N					19		
11																																		
12																																		
13																																		
																												TOTAL			171		

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

Yuleimy Quinto
COORDINADOR(A) EA

Esneider Mena
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: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): ALBA LUZ ARBOLEDA CC:

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ALBA LUZ ABROLEDA

Dirección UDS: Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1013361294	ANGEL	DARECK	GIL	CORDOBA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A P A	19		
02	RC	1076337894	LIANNY	ESTEISY	MARTINEZ	CORDOBA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A L A	19		
03	RC	1076339677	RICARDO		CORDOBA	MOSQUERA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1076338940	KILIAN		MARTINEZ	CORDOBA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N A	19		
05	RC	1076339144	SCARLETH		MARTINEZ	MOSQUERA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A	19		
06	RC	1076339296	KAILIN	YULIETH	LOZANO	MORENO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	RC	1079102491	SHARY	NAHOMY	CORDOBA	IBARGUEN			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A C A	19		
08	RC	1107641267	IAN	ALEC	MOSQUERA	SABUGARA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A	19		
09	RC	1129731883	LESLIN	DANIELA	MURILLO	LOZANO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A D A	19		
10									N			
11												
12												
13												
									TOTAL	171		

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

Yuleimy Quinto
COORDINADOR(A) EA

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): GLORIA CECILIA CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GLORIA CECILIA

Dirección UDS: Teléfono UDS:

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	1071441232	ANYELI		OSPINA	CASARRUBIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A					19		
02	RC	1076338235	JAIDER	ANDRES	PALACIOS	OREJUELA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
03	RC	1076338556	JASSIEL		WALDO	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1076338815	EILEEN	SOFIA	QUINTO	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
05	RC	1076338861	YEILIN	NAHIA	QUINTO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1076338887	DAILEN		OREJUELA	RODRIGUEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1076339040	SOILETH	JOHAISYS	MOSQUERA	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A					19		
08	RC	1076339440	AMBER	ARLEISY	HURTADO	OREJUELA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
09	RC	1077489395	AXEL	JHOEIMAR	OREJUELA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
10	RC	1113872076	HEYLEN	ZARETH	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
11																																			
12																																			
13																																			
																															TOTAL	190		

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

Yuleimy Quinto — COORDINADOR(A) ICBF

Gloria Cecilia — 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	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): ANA ROSINA QUINTO CC

Código CUENTAME UDS:

Dirección UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ ANA ROSINA

Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1020243578	MAEL	ARLET	QUINTO	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A					19		
02	RC	1035650979	THIAGO		QUINTO	CHOCHO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
03	RC	1076338099	GEISY		OREJUELA	OREJUELA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1076338507	MARIA	BELEN	MARTINEZ	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
05	RC	1076338507	DELANY		QUINTO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1077488360	LUCAS	ANDRES	QUINTO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1078104237	AKEMY		MOYA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
08	RC	1079102586	ALIX	SHAIRETH	PALACIOS	WALDO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
09	RC	1079103128	LIZ	YOHARY	MOSQUERA	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A					19		
10	RC	1079103517	KEYLI	LUCIANA	MURILLO	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
11																																	
12																																	
13																																	
																															TOTAL	190		

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

Yolanny Quinto
COORDINADOR(A) ÁREA

Ana Rosina Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): NURY LOZANO CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ NURY LOZANO

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																													TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				
01	RC	1018281786	DEIMAR	RAUL	URRUTIA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A						19		
02	RC	1076338312	ELIANA		MARTINEZ	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A						19		
03	RC	1076338364	JEMA	LUCIA	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1076338895	MARIA	ANJEL	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A						19		
05	RC	1076339028	ISAAC	ANDRES	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A						19		
06	RC	1076339107	ALEXANDER	ALBERTO	URRUTIA	EYES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1076339164	YOSUANI		CORDOBA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A						19		
08	RC	1079103078	YAILIN	YUSELY	PEREA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A						19		
09	RC	1079103104	DARLIN	NAHOMY	LOZANO	TENORIO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A						19		
10	RC	1079103356	ZOE	NAHARA	VALENCIA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A						19		
11	RC	1079103426	JOSE	OSLINGER	MOSQUERA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						19		
12																																						
13																																						
																																			TOTAL	209		

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

Yuleimy Quinto
COORDINADOR(A) ZONAL

Nury Lozano
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

500

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: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.698.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): MARIA EDILSA MORENO CC:

Código CUENTAME UDS:

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MARIA EDILSA MORENO

Dirección UDS:

Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — 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	1076337848	BREIMAR	JOSUE	GONGORA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A				19		
02	RC	1076338483	GNESIS	CRISTAL	MOSQUERA	VALENCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A				19		
03	RC	1076338474	KIARA	JULIETH	MOSQUERA	URRUTIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
04	RC	1076338619	ESTHER		MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19		
05	RC	1076338827	FREILIN	PAOLA	MOSQUERA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1076338828	JUAN	GABRIEL	CORDOBA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1076338170	AMAIA	SARETH	CORDOBA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A					19		
08	RC	1076338369	ANA	MARIA	CHOPERENA	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
09	RC	1078102701	MIGUEL	ANGEL	CORDOBA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
10	RC	1079103148	LUCAS	JOSE	MORENO	URRUTIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
11	RC	1079103190	MAEL	ISAIAS	QUINTO	PALACIOS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
12	RC	1079103226	ALAN	JESUS	CORDOBA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
13	RC	1079103361	MATEO		MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
																															TOTAL	247		

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

Yulemy Quinto
COORDINADOR(A) LEA

Maria Edilsa 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

Sol

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: 03 AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): MARIA JUANA A. QUINTO CC: 35.696.487

Código CUENTAME UDS: 2736100121359 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MARIA JUANA A. QUINTO

Dirección UDS: Boca de Luis Teléfono UDS: 3146259164

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	1077487699	Yojan	Stiben	Gomez	Giraldo	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
02	RC	1077408971	Lucly	Silene	Bentería	Lozano	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
03	RC	1078474795	Hanny	Yiseth	Bojas	Iborguen	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
04	RC	1079102943	Heydin	Rubi	Palacios	obregón	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
05	RC	1013381387	Jade		Delgado	Cuadrado	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
06	RC	1076338589	Hernan	Dario	mosquera		3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
07	RC	1076338898	Dulce	Maria	Martinez	murillo	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
08	RC	1077487888	Camilo		Moriozo	Valencia	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
09	RC	1078472641	Javison	Esneyder	Martinez	Ramirez	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
10	RC	1089643289	Linda	Thatiana	Trujillo	Gonzalez	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
11	RC	1118871028	Gia	Antonella	Garcia	Zamorano	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
12																																			
13																																			

TOTAL 19

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Mª Juana Antonia Quinto
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: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Luz Marciana A. CC 26.331.142

Código CUENTAME UDS: 2736700061488 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Luz Marciana A.

Dirección UDS: B/Cabis meseta (alta) Teléfono UDS: 3125603854

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, 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	7079702694	Juan	Andres	Quinto	Copete	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
02	RC	7035988178	Mateo		Angulo	Rivas	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
03	RC	7728026557	Liam	Josué	Perea	Caceres	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
04	RC	7077207296	Emerith	Luciana	Perea	Arboleda	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
05	RC	7040525647	Luis	Angel	ortega	Polo	14		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
06	RC	7040524034	Kiara	Isabel	ortega	Polo	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
07	RC	7077032557	Geronimo		Hadrigal	Hoyo	7	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
08	RC	7728026614	Nicolas	Samuel	Lopez	Espitia	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
09	RC	7729046798	Eilyn	Wilianny	Espitia	Murillo	3		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
10	RC	7071173458	Thiago	Emilio	Gutierrez	Alvarado	7	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
11	RC	7079359282	Genesis	Adaiah	Bolaño	Palacios	1		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
12	RC	7047244250	Emma	Luz	Rodriguez	Aragón	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
13	RC	7076339251	Daniel	Adrian	Izquierdo	Murillo	7	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A		19		
														TOTAL 19		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) ETA

Luz Marciana A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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



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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): ANA PILAR MURILLO CC: 29.676.719

Código CUENTAME UDS: 2736100063830 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: 3116625399

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
01	RC	1076338254	HAIRA	VALENTINA	BENITEZ	MORENO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
02	RC	1076337916	MARIA	JOSE	PEREA	AGUILAR	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
03	RC	1076339126	AIDEN	JOSEPH	MOSQUERA	RIVAS	1	10	A	A	A	L	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18	1	
04	RC	1114842805	EMILY	YULIETH	ANGULO	OREJUELA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
05	RC	1076338449	EMYLY	NAIARA	VELASQUEZ	RIVAS	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
06	RC	1078987794	JARLIN	LICEC	ARBOLEDA	MURILLO	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
07	RC	1076338702	JARLINSON	LUIS	ARBOLEDA	MURILLO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
08	RC	1076339433	JOANNE	MARIANA	VILLADIEGO	SANCHEZ	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
09	RC	1076338988	JOELI	SARAY	ARBOLEDA	ALBORNOZ	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
10	RC	1076337842	JHOISER	SAMUEL	ARBOLEDA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
11	RC	1076337905	HANA		PALACIOS	IBARGUEN	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
12	RC	1191226167	STARLET	ALESSANDRA	LERMA	CORTES	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
13	RC	1128026360	YARELI	SARIANA	RIVAS	LOPEZ	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
																															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:	

Yuleimy Ocuto
COORDINADOR(A) EA

Ana Pilar Murillo Caicedo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): DIORIS FANERY ARBOLEDA MURILLO CC: 1074686314

Código CUENTAME UDS: _____

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DIORIS FANERY ARBOLEDA MURILLO

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: 3209741268

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																	TOTAL MENSUAL		
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076337997	MARIA	EMMA	VILLALOBOS	PALACIOS			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
02	RC	1076338212	GAEL	SMITH	DIAZ	LERMA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
03	RC	1076338714	MARIA	JOSE	URRUTIA	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
04	RC	1076338836	JOSHUA		BELTRAN	VALENCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
05	RC	1076339021	AISLING	YARETZI	CORDOBA	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
06	RC	1076339130	VALERY	FAVIANNY	ASPRILLA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
07	RC	1076339199	ALEX	YAEL	MOSQUERA	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
08	RC	1076339217	YESSI	MCKAYLA	MORENO	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
09	RC	1079102733	DANNY	LORENA	MONTAÑO	LOPEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
10	RC	1079102753	LESLIN	IVETH	LONGA	CAICEDO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
11	RC	1079103164	NEYMAR	ALEXANDER	REYES	CORTEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
12	RC	1168213014	JHOILER	SAEL	ARBOLEDA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
13	RC	1076388667	ELIAN	ARLEY	CAICEDO	ASPRILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
																												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:	

Yoleimy Quinto
COORDINADOR(A) EA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a) GLORIA CECILIA CC 1076 323 939

Código CUENTAME UDS: 2736100124364 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención GLORIA CECILIA

Dirección UDS: Pto salazar digorodo Teléfono UDS: 311 627 1854

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	1071441232	ANYELI		OSPINA	CASARRUBIA			A	A	I	A	A	I	I	A	A	A		A	A	A	A	A	I	A	A	N	A					15	4	
02	RC	1076338235	JAIDER	ANDRES	PALACIOS	OREJUELA			A	A	A	A	A	I	I	I	I		A	A	A		A	A	A	A	O	A					15	4	
03	RC	1076338556	JASSIEL		WALDO	QUINTO			I	I	I	I	I	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I					12	7	
04	RC	1076338615	EILEEN	SOFIA	QUINTO	QUINTO			A	A	A	A	A	I	I	I	I	Y	A	A	A	I	A	A	A	A	O	A					14	5	
05	RC	1076338661	YEILIN	NAHIA	QUINTO	MOSQUERA			I	I	I	A	A	A	A	A	A	-	I	I	I	A	A	A	A	A	A	A					13	6	
06	RC	1076338897	DAILEN		OREJUELA	RODRIGUEZ			I	I	I	I	I	I	A	A	A	-	I	I	I	I	I	A	A	O	A					6	13	
07	RC	1076339040	SOILETH	JOHAISYS	MOSQUERA	QUINTO			A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A	A	A	N	A					18	1	
08	RC	1076339440	AMBER	ARLEISY	HURTADO	OREJUELA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	U	I	I	I	I	A	A	A	A	A					15	4	
09	RC	1077489396	AXEL	JHOEIMAR	OREJUELA	MOSQUERA			I	I	I	A	A	A	A	A	A	A	H	A	A	A	A	A	A	A	A	-	A					16	3	
10	RC	1113872076	HEYLEN	ZARETH	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	Q	A					19		
11																																			
12																																			
13																																			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Yuleimy Chaverra
COORDINADOR(A) EA

Gloria Cecilia Mosquera C
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): ALEJANDRA MURILLO CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ ALEJANDRA MURILLO

Dirección UDS: Teléfono UDS:

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		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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1018608913	CATLIN	SAMARA	CACERES	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	F	A	A	A	D	A						19		
02	RC	1017283889	ALAN	DAHEL	VALENCIA	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	E	A	A	L	D	A						19		
03	RC	1032036008	AVA	ITZAMARA	IBARGUEN	IBARGUEN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	S	A	A	A	D	A						19		
04	RC	1038483291	ANDRES	DAVID	MURILLO	GOMEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	T	A	A	A	D	A						19		
05	RC	1038661838	KENDRIS	PAOLINA	SANCHEZ	GOMEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	I	A	A	A	E	A						19		
06	RC	1078338812	THIAGO	YAEL	IBARGUEN	TORRES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	N	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1078338188	LINDA	JOHAIDY	QUINTO	MANYOMA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	O	A	A	A	C	A						19		
08	RC	1078103126	KAYLIN	DAIANA	MORENO	ASPRILLA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	O	A	A	A	I	A						19		
09	RC	1078102618	STARLYN	ANDRES	MURILLO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	O	A	A	A	O	A						19		
10	RC	1078103248	AXEL	JONAS	LARGACHA	IBARGUEN			P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	O	A	A	A	N	A						19		
11	RC	1078103278	JHANA	JHOLEIDY	RIVAS	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	O	A	A	A	-	A						19		
12																																					
13																																					

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:	

Yolaimy Quinto — COORDINADORA(E)

Alejandra Murillo — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: BERRANIA COLOMBIA

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 511

MES: 3 AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Carmen CC 36698177

Código CUENTAME UDS: 27361000066564 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carmen Q.

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3138583648

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1079102843	Maicon	Alejandro	Garcia	Moreno	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
02	RC	1079103010	Liam	Gabriel	Cordoba	Cordoba	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
03	RC	1079103167	Keilin	Zamira	Murillo	Torres	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
04	RC	1079103143	Lianny	Maite	Lopez	Mangoma	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
05	RC	1098987889	Yerdy	Dariana	Murillo	Gutierrez	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
06	RC	1096338298	Carlos	Gabriel Elis	Moyano	Gonzalez	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
07	RC	1096338025	Yaider	Smith	Murillo	Gil	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
08	RC	1096338475	Liam	Leyder	Moreno	Valencia	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
09	RC	1096338339	Liam	Sebastian	Lopez	Mangoma	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
10	RC	1096338662	Keilin	Alana	Murillo	Lerma	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
11	RC	1096338469	Milan	Josue	Valencia	Rivas	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
12	RC	1096338871	Lina	Fabianny	Arco	Murillo	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
13	RC	1076337962	Juan	Daniel	Quintero	Gutierre.						

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

TOTAL

Yuleimy Ed
COORDINADOR(A) EA

Carmen Cordoba
RESPONSABLE DEL 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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): Yanny M. M. CC: 26329414

Código CUENTAME UDS: 27366000161-638 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Yenny martinez

Dirección UDS: Cubia - Chamblun Teléfono UDS: 3225448740

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338401	Brianny	Sofia	Valoyes	Arboleda	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
02	RC	1076338408	Yerlyn	Daniel	Mosquera	Andrade	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
03	RC	1076338647	Daian	Estarlyn	Murillo	Moreno	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
04	RC	1076338698	Angel	Gael	Morante	Mosquera	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
05	RC	1076338749	Ingrid	Yuceth	Barahona	Murillo	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
06	RC	1076338951	Libia	Rocio	Cetre	Mosquera	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
07	RC	1076339056	Sharon	Mariana	Moreno	Murillo	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
08	RC	1076339316	Adhara		Moreno	Arboleda	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
09	RC	1076339347	Emmanuel		Palacios	Granada	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
10	RC	1077652531	Milagro	Nohemy	Lopez	Ibargüen	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
11	RC	1128089631	Daimar	Soeid	Salazar	Mosquera	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
12	RC	1128089842	Brainer	Smith	Palacios	Mosquera	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
13	RC	1079103210	Emanuel	Enrique	Murillo	Demoya	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A		A					19		
																																TOTAL	19		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Yuleimy Olivo
COORDINADOR(A) EA

Yenny Martinez
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 8	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: SUEÑOS ACTIVOS
NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO: 556
MES: AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Mª Asunción Cortés CC 35850016
Código CUENTAME UDS: 27361000637 9 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección UDS: Barrio sector Africa Teléfono UDS: 3105266188

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	1079103324	ERICK	JOSUÉ	VELASQUEZ	CORREA	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1076690 74	GENESIS		ASPRILLA	MOSQUERA	1	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1076338953	BRITANY		LARGACHA	AGUILAR	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1076338956	ZION	GENO	BOLAÑOS	QUIÑONES	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1076338164	GEMA		BOLAÑOS	GOMEZ	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1076339292	YAIDER	STEBAN	MOSQUERA	MOSQUERA	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1076339305	LEINY	SAMANTA	SANCHEZ	CORDOBA	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1076337862	JHONARTH	JACOB	LEUDO	LOZANO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1076338531	DAHIAN	ALBERTO	MEGIA	MOSQUERA	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
10	RC	1033272111	AMY	GABRIELLA	GARCIA	BENITEZ	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
11	RC	1076338985	JOHAN	JOSUÉ	LEUDO	LOZANO	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
12	RC	1076338003	ELIAN	DAVID	SANCHEZ	ASPRILLA	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
13	RC	1128731384	EYKER	ZAIR	GOMEZ	GARCIA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
																															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:

Yoleimy Diaz
COORDINADOR/ALFA

Mª Asunción Cortés
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 Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: 900.898.122-9 NÚMERO DE CONTRATO:_____ 556

MES: MAR-LO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____

Nombre Agente Educativo (a): MARIA LEONILA PEREA CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ MARIA LEONILA PEREA

Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: _____

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				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1032035681	CARLOS	DANIEL	MURILLO	RODRIGUEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
02	RC	1076338044	LOVELYN	THALIANNY	MURILLO	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
03	RC	1076338450	LIANA	JAIDRIANA	MOSQUERA	MORENO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
04	RC	1076338850	FREILYN	AINARA	MARTINEZ	MARTINEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
05	RC	1076339016	KILIAN	DANIEL	MURILLO	RODRIGUEZ			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
06	RC	1076339139	DEILER		VALOIS	CACERES			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
07	RC	1076339285	WEIDY	NAHIARA	LERMA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
08	RC	1076339369	CALEB	DAVID	ASPRILLA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
09	RC	1076339371	ARLETH	VICTORIA	CARDONA	GARCIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
10	RC	1076339485	DENCY	ANDREA	MOSQUERA	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
11	RC	1076339489	NICOLAS		CUESTA	MURILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
12	RC	1131205934	MATEO		MOSQUERA	AMPUDIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
13	RC	1131205935	SAMUEL		MOSQUERA	AMPUDIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
																															TOTAL	247		

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) TÉCNICO(A)

Maria Leonila
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