1,251

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: FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): DISNEI CHAMORRO ISRAMA CC 1 0 7 6 0 1 9 4 0 0
Código CUENTAME UCA: 270011153565 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE EN HOGAR
Dirección UCA: PICHINDE Teléfono UDS: UCA 3 2 2 5 3 8 1 6 0 3

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: 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	
01	RC	1129046962	ROBERTA		ISARAMA	CABRERA	1	5		A					A					A					A									4	0	
2	RC	1075027741	ELIANA		CHAMORRO	ISARAMA	4	9		A					A					A					A									4	0	
3	RC	1129047000	RUBERT		ISARAMA	ISARAMA	1	1		A					A					A					A									4	0	
4	RC	1129047040	YIRLEYSI		ISARAMA	ROJAS	1	0		A					A					A					A									4	0	
5	RC	1075029089	CHILVER		CAIZAMO	CHAMORRO	2	4		A					A					A					A									4	0	
6	RC	1075029125	RIGO		CHAMORRO	ROJAS	2	9		A					A					A					A									4	0	
7	RC	1129046646	ROINER		ISARAMA	CABRERA	4	5		A					A					A					A									4	0	
8	RC	1129046916	ALEJANDRA		PEDROZA	CAIZAMO	2	5		A					A					A					A									4	0	
9	RC	1129047087	EIDER		CAIZAMO	CHAMORRO	0	9		A					A					A					A									4	0	
10	RC	1129046670	YAMIRA		ISARAMA	ISARAMA	3	1		A					A					A					A									4	0	
11	RC	1129046705	FRALEI		ISARAMA	ISARAMA	4	1		A					A					A					A									4	0	
12	RC	1078101742	LIZ	DAYANNA	CHAMORRO	ROJAS	3	1		A					A					A					A									4	0	
13	RC	1029047020	ALEJANDRO	MAURICIO	CHAMORRO	ISARAMA	1	0		A					A					A					A									4	0	
14	RC	1029046647	GENOL	ANDRES	CHAMORRO	ISARAMA	3	6		A					A					A					A									4	0	
15	RC	1129046932	FRANKLIN		ISARAMA	ISARAMA	1	7		A					A					A					A									4	0	
16	RC	1078104613	EMIL	JOSÉ	CHAMORRO	CONDE	1	10		A					A					A					A									4	0	
17	RC	1129046864	YIMERSON		ISARAMA	FORASTERO	2	6		A					A					A					A									4	0	
18	CC	1133604388	MARIELA		CABRERA	CABRERA	39	5		A					A					A					A									4	0	
19	CC	1077601140	ORDILIA		PEDROZA	CAIZAMO	25	0		A					A					A					A									4	0	
20	RC	1129047096	JEIDERSON		ISARAMA	FORASTERO	0	8		A					A					A					A									4	0	
																																	TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Disnei Chamorro Isarama
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

1,252

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 PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): DISNEI CHAMORRO ISARAMA CC 1 0 7 6 0 1 9 4 0 0
Código CUENTAME UDS: 270011153565 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE EN HOGAR
Direccion UCA: PICHINDE Teléfono UDS: 3 2 2 5 3 8 1 6 0 3

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	1129047096	JEIDERSON		ISARAMA	FORASTERO	0	8			A					A					A					A					4	0	
2	RC	1129047087	EIDER		CAIZAMO	CHAMORRO	0	9			A					A					A					A					4	0	
3	RC	1129046962	ROBERTA		ISARAMA	CABRERA	1	5			A					A					A					A					4	0	
4	RC	1129047000	RUBERT		ISARAMA	ISARAMA	1	1			A					A					A					A					4	0	
5	RC	1129047040	YIRLEYSI		ISARAMA	ROJAS	1	0			A					A					A					A					4	0	
6	RC	1029047020	ALEJANDRO	MAURICIO	CHAMORRO	ISARAMA	1	0			A					A					A					A					4	0	
7	RC	1129046932	FRANKLIN		ISARAMA	ISARAMA	1	7			A					A					A					A					4	0	
8	CC	1077601140	ORDILIA		CAIZAMO	PEDROZA	25	0			A					A					A					A					4	0	
9	CC	1133604388	MARIELA		CABRERA	CABRERA	39	5			A					A					A					A					4	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	36	0	

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Disnei Chamorro Isarama
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

1,253

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: FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): DISNEI CHAMORRO ISRAMA CC 1 0 7 6 0 1 9 4 0 0
Código CUENTAME UCA: 270011153565 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE EN HOGAR
Dirección UCA: PICHINDE Teléfono UDS: UCA 3 2 2 5 3 8 1 6 0 3

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	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	
								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	1129046962	ROBERTA		ISARAMA	CABRERA	1 / 5				A																					1	0	
2	RC	1075027741	ELIANA		CHAMORRO	ISARAMA	4 / 9				A																					1	0	
3	RC	1129047000	RUBERT		ISARAMA	ISARAMA	1 / 1				A																					1	0	
4	RC	1129047040	YIRLEYSI		ISARAMA	ROJAS	1 / 0				A																					1	0	
5	RC	1075029089	CHILVER		CAIZAMO	CHAMORRO	2 / 4				A																					1	0	
6	RC	1075029125	RIGO		CHAMORRO	ROJAS	2 / 9									A																1	0	
7	RC	1129046646	ROINER		ISARAMA	CABRERA	4 / 5									A																1	0	
8	RC	1129046916	ALEJANDRA		PEDROZA	CAIZAMO	2 / 5									A																1	0	
9	RC	1129047087	EIDER		CAIZAMO	CHAMORRO	0 / 9									A																1	0	
10	RC	1129046670	YAMIRA		ISARAMA	ISARAMA	3 / 1									A																1	0	
11	RC	1129046705	FRALEI		ISARAMA	ISARAMA	4 / 1														A											1	0	
12	RC	1078101742	LIZ	DAYANNA	CHAMORRO	ROJAS	3 / 1														A											1	0	
13	RC	1029047020	ALEJANDRO	MAURICIO	CHAMORRO	ISARAMA	1 / 0														A											1	0	
14	RC	1029046647	GENOL	ANDRES	CHAMORRO	ISARAMA	3 / 6														A											1	0	
15	RC	1129046932	FRANKLIN		ISARAMA	ISARAMA	1 / 7														A											1	0	
16	RC	1078104613	EMIL	JOSÉ	CHAMORRO	CONDE	1 / 10																			A						1	0	
17	RC	1129046864	YIMERSON		ISARAMA	FORASTERO	2 / 6																			A						1	0	
18	CC	1133604388	MARIELA		CABRERA	CABRERA	39 / 5																			A						1	0	
19	CC	1077601140	ORDILIA		PEDROZA	CAIZAMO	25 / 0																			A						1	0	
20	RC	1129047096	JEIDERSON		ISARAMA	FORASTERO	0 / 8																			A						1	0	
																															TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Disnei Chamorro Isarama
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

1,254

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: FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): DISNEI CHAMORRO ISRAMA CC 1 0 7 6 0 1 9 4 0 0
Código CUENTAME UCA: 270011153565 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE EN HOGAR
Dirección UCA: PICHINDE Teléfono UDS: UCA 3 2 2 5 3 8 1 6 0 3

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									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	1129046962	ROBERTA		ISARAMA	CABRERA	1	5					A					A					A					A					4	0	
2	RC	1075027741	ELIANA		CHAMORRO	ISARAMA	4	9					A					A					A					A					4	0	
3	RC	1129047000	RUBERT		ISARAMA	ISARAMA	1	1					A					A					A					A					4	0	
4	RC	1129047040	YIRLEYSI		ISARAMA	ROJAS	1	0					A					A					A					A					4	0	
5	RC	1075029089	CHILVER		CAIZAMO	CHAMORRO	2	4					A					A					A					A					4	0	
6	RC	1075029125	RIGO		CHAMORRO	ROJAS	2	9					A					A					A					A					4	0	
7	RC	1129046646	ROINER		ISARAMA	CABRERA	4	5					A					A					A					A					4	0	
8	RC	1129046916	ALEJANDRA		PEDROZA	CAIZAMO	2	5					A					A					A					A					4	0	
9	RC	1129047087	EIDER		CAIZAMO	CHAMORRO	0	9					A					A					A					A					4	0	
10	RC	1129046670	YAMIRA		ISARAMA	ISARAMA	3	1					A					A					A					A					4	0	
11	RC	1129046705	FRALEI		ISARAMA	ISARAMA	4	1					A					A					A					A					4	0	
12	RC	1078101742	LIZ	DAYANNA	CHAMORRO	ROJAS	3	1					A					A					A					A					4	0	
13	RC	1029047020	ALEJANDRO	MAURICIO	CHAMORRO	ISARAMA	1	0					A					A					A					A					4	0	
14	RC	1029046647	GENOL	ANDRES	CHAMORRO	ISARAMA	3	6					A					A					A					A					4	0	
15	RC	1129046932	FRANKLIN		ISARAMA	ISARAMA	1	7					A					A					A					A					4	0	
16	RC	1078104613	EMIL	JOSÉ	CHAMORRO	CONDE	1	10					A					A					A					A					4	0	
17	RC	1129046864	YIMERSON		ISARAMA	FORASTERO	2	6					A					A					A					A					4	0	
18	CC	1133604388	MARIELA		CABRERA	CABRERA	39	5					A					A					A					A					4	0	
19	CC	1077601140	ORDILIA		PEDROZA	CAIZAMO	25	0					A					A					A					A					4	0	
20	RC	1129047096	JEIDERSON		ISARAMA	FORASTERO	0	8					A					A					A					A					4	0	
																																TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Disnei Chamorro Isarama
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

1,255

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 3 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: **900937890** NÚMERO DE CONTRA: 138
MES: **MARZO** AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: **CHOCÓ** Centro Zonal **QUIBDO** Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educ **LEIDY PALACIOS BLANDON** CC 1077431662
Código CUENTAME **270011151248**
Dirección UCA: **INVACION DE OBAPO** NOMBRE UCA VIVE EN AMOR 1
Teléfo UCA 3205325024

Hoja _3_ de __3___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078105838	EITHAN	JHOED	SANTOS	MENA	0	1		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
02	RC	1077491014	GISELL	AILANY	CORDOBA	MURILLO	0	3		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
03	RC	1077490510	HIAM	HAIR	MOSQUERA	MENDOZA	0	7		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
04	RC	1112796339	HANNA		GONZALEZ	GONZALEZ	0	10		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
05	RC	1078475109	IRAEL		ZAITANO	LANA	0	11		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
06	RC	1078475076	STEYCER		RAMOS	ANGULO	0	11		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
07	RC	1032071897	DILAN	ALEJANDRO	CARDONA	GUARIN	1	2		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
08	RC	1077256882	CELESTE		IBARGUEN	RAMIREZ	1	3		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
09	RC	1129366828	SOFIA		ZAITANO	LANA	3	3		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
10	RC	1078102649	LISETH	MARIANA	ABADIA	RENGIFO	3	10		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
11	RC	1078473339	YULIAN	ARLET	RENTERIA	CUESTA	3	5		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
12	RC	1078473345	EDRIAN	EMIR	ASPRILLA	PALACIOS	3	5		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
13	RC	1078101786	JAHIARI	SOFIA	BAENA	MATURANA	4	1		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
14	RC	1077486184	KEYLER	ALEXANDER	RAMIREZ	ANGULO	4	4		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
15	RC	1078922407	EDGAR		PANESSO	CUNAMPIA	4	5		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
16	RC	1078473048	LIAM	YAIR	CORDOBA	PALACIOS	4	6		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
17	RC	1078472223	YEISON	ALEJANDRO	MARTINEZ	PALACIOS	4	8		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
18	RC	1078472394	EVELING	GIMENA	COEDOBA	ANGULO	4	8		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
19	CC	1003931759	LEIDY	YASIRIS	MOAQUERA	CUESTA	25	0		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
20	CC	1079359413	EULLENI		VALENCIA	ABADIA	33	0		A			A		A			A		A			A		A			A					8	0	0
																															TOTAL	160	0	0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Leidy Palacios Blandón
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

1,256

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: **900937890** NÚMERO DE CONTRATO:1 138
MES: **MAEZO** AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: **CHOCÓ** Centro Zonal **QUIBDO** Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educa **LEIDY PALACIOS BLANDON** CC 1077431662
Código CUENTAME L **270011151248**
Dirección UCA: **INVACION OBAPO** NOMBRE UCA VIVE EL AMOR 1
Teléfo UCA 3205325024

Hoja _2_ de __3___

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					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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	1078105838	EITHAN	JHOED	SANTOS	MENA	0	1			A			A					A					A										4	0	0
02	RC	1077491014	GISELL	AILANY	CORDOBA	MURILLO	0	3			A			A					A					A										4	0	0
03	RC	1077490510	HIAM	HAIR	MOSQUERA	MENDOZA	0	7			A			A					A					A										4	0	0
04	RC	1112796339	HANNA		GONZALEZ	GONZALEZ	0	10			A			A					A					A										4	0	0
05	RC	1078475109	IRAEL		ZAITANO	LANA	0	11			A			A					A					A										4	0	0
06	RC	1078475076	STEYCER		RAMOS	ANGULO	0	11			A			A					A					A										4	0	0
07	CC	1003931759	LEIDY	YASIRIS	MOAQUERA	CUESTA	25	0			A			A					A					A										4	0	0
08	CC	1079359413	EULLENI		VALENCIA	ABADIA	33	0			A			A					A					A										4	0	0
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	32	0	0

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Leidy Palacios Blandón
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

1,257

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 3 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890 NÚMERO DE CONTRA: 138
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educ LEIDY PALACIOS BLANDON CC 1077431662
Código CUENTAME 270011151248
Dirección UCA: INVACION DE OBAPO Teléfo UCA 3205325024

Hoja _3_ de __3___

NOMBRE UCA VIVE EN AMOR 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078105838	EITHAN	JHOED	SANTOS	MENA	0	1				A																					1	0	0
02	RC	1077491014	GISELL	AILANY	CORDOBA	MURILLO	0	3				A																					1	0	0
03	RC	1077490510	HIAM	HAIR	MOSQUERA	MENDOZA	0	7				A																					1	0	0
04	RC	1112796339	HANNA		GONZALEZ	GONZALEZ	0	10				A																					1	0	0
05	RC	1078475109	IRAEL		ZAITANO	LANA	0	11				A																					1	0	0
06	RC	1078475076	STEYCER		RAMOS	ANGULO	0	11								A																	1	0	0
07	RC	1032071897	DILAN	ALEJANDRO	CARDONA	GUARIN	1	2								A																	1	0	0
08	RC	1077256882	CELESTE		IBARGUEN	RAMIREZ	1	3								A																	1	0	0
09	RC	1129366828	SOFIA		ZAITANO	LANA	3	3								A																	1	0	0
10	RC	1078102649	LISETH	MARIANA	ABADIA	RENGIFO	3	10								A																	1	0	0
11	RC	1078473339	YULIAN	ARLET	RENTERIA	CUESTA	3	5												A													1	0	0
12	RC	1078473345	EDRIAN	EMIR	ASPRILLA	PALACIOS	3	5												A													1	0	0
13	RC	1078101786	JAHIARI	SOFIA	BAENA	MATURANA	4	1												A													1	0	0
14	RC	1077486184	KEYLER	ALEXANDER	RAMIREZ	ANGULO	4	4												A													1	0	0
15	RC	1078922407	EDGAR		PANESSO	CUNAMPIA	4	5												A													1	0	0
16	RC	1078473048	LIAM	YAIR	CORDOBA	PALACIOS	4	6																			A						1	0	0
17	RC	1078472223	YEISON	ALEJANDRO	MARTINEZ	PALACIOS	4	8																			A						1	0	0
18	RC	1078472394	EVELING	GIMENA	COEDOBA	ANGULO	4	8																			A						1	0	0
19	CC	1003931759	LEIDY	YASIRIS	MOAQUERA	CUESTA	25	0																			A						1	0	0
20	CC	1079359413	EULLENI		VALENCIA	ABADIA	33	0																			A						1	0	0
																																TOTAL	20	0	0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 2

COORDINADOR(A) EA

Leidy Palacios Blandón
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

1,258

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 3 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: **900937890** NÚMERO DE CONTRA: 138
MES: **MARZO** AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: **CHOCÓ** Centro Zonal **QUIBDO** Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educ **LEIDY PALACIOS BLANDON** CC 1077431662
Código CUENTAME **270011151248**
Dirección UCA: **INVACION DE OBAPO** NOMBRE UCA VIVE EN AMOR 1
Teléfo UCA 3205325024

Hoja _3_ de __3___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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	1078105838	EITHAN	JHOED	SANTOS	MENA	0	1					A					A					A					A					4	0	0
02	RC	1077491014	GISELL	AILANY	CORDOBA	MURILLO	0	3					A					A					A					A					4	0	0
03	RC	1077490510	HIAM	HAIR	MOSQUERA	MENDOZA	0	7					A					A					A					A					4	0	0
04	RC	1112796339	HANNA		GONZALEZ	GONZALEZ	0	10					A					A					A					A					4	0	0
05	RC	1078475109	IRAEL		ZAITANO	LANA	0	11					A					A					A					A					4	0	0
06	RC	1078475076	STEYCER		RAMOS	ANGULO	0	11					A					A					A					A					4	0	0
07	RC	1032071897	DILAN	ALEJANDRO	CARDONA	GUARIN	1	2					A					A					A					A					4	0	0
08	RC	1077256882	CELESTE		IBARGUEN	RAMIREZ	1	3					A					A					A					A					4	0	0
09	RC	1129366828	SOFIA		ZAITANO	LANA	3	3					A					A					A					A					4	0	0
10	RC	1078102649	LISETH	MARIANA	ABADIA	RENGIFO	3	10					A					A					A					A					4	0	0
11	RC	1078473339	YULIAN	ARLET	RENTERIA	CUESTA	3	5					A					A					A					A					4	0	0
12	RC	1078473345	EDRIAN	EMIR	ASPRILLA	PALACIOS	3	5					A					A					A					A					4	0	0
13	RC	1078101786	JAHIARI	SOFIA	BAENA	MATURANA	4	1					A					A					A					A					4	0	0
14	RC	1077486184	KEYLER	ALEXANDER	RAMIREZ	ANGULO	4	4					A					A					A					A					4	0	0
15	RC	1078922407	EDGAR		PANESSO	CUNAMPIA	4	5					A					A					A					A					4	0	0
16	RC	1078473048	LIAM	YAIR	CORDOBA	PALACIOS	4	6					A					A					A					A					4	0	0
17	RC	1078472223	YEISON	ALEJANDRO	MARTINEZ	PALACIOS	4	8					A					A					A					A					4	0	0
18	RC	1078472394	EVELING	GIMENA	COEDOBA	ANGULO	4	8					A					A					A					A					4	0	0
19	CC	1003931759	LEIDY	YASIRIS	MOAQUERA	CUESTA	25	0					A					A					A					A					4	0	0
20	CC	1079359413	EULLENI		VALENCIA	ABADIA	33	0					A					A					A					A					4	0	0
																															TOTAL	80	0	0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

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

1,259

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): MAYRA YARITZA ABUHATAB ARAGON CC: 35890538
Código CUENTAME UDS: 270011157522 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE LA MAGIA 2
Dirección UDS: CIUDADELA MIA Teléfono UDS: 3218954091

Hoja 1 de 4

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					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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	1078922795	ISABELLA		SERNA	GONZALEZ	3	5		A					A					A					A									4	0	
02	RC	1078474108	DANNY	YISETH	MURILLO	CORDOBA	2	8		A					A					A					A									4	0	
03	RC	1078101605	ANGEL	ALEJANDRO	RIVERA	SALGADO	4	4		A					A					A					A									4	0	
04	RC	1078102982	ALIX	MARCELA	MARTINEZ	MOSQUERA	3	6		A					A					A					A									4	0	
05	RC	1027816294	SAMUEL	DAVID	RENGIFO	RIVAS	3	4		A					A					A					A									4	0	
06	RC	1078105328	MARIA	JOSE	VALENCIA	CORDOBA	3	10		A					A					A					A									4	0	
07	RC	1077489122	HORACIO	ANTONIO	MEDINA	RIVERA	1	8		A					A					A					A									4	0	
08	RC	1077490699	JESUS	DAVID	VALENCIA	CORDOBA	0	6		A					A					A					A									4	0	
09	RC	1077489835	JULIETA		SALAZAR	CORTES	1	2		A					A					A					A									4	0	
10	RC	1078474515	KARLY	ELIZABETH	CASTELLANOS	MENA	2	1		A					A					A					A									4	0	
11	RC	7078472383	DENIN	YOMAIRA	CASTELLANO	MENA	4	5		A					A					A					A									4	0	
12	RC	1078105467	JOEL		MURILLO	CORDOBA	0	9		A					A					A					A									4	0	
13	RC	1078474811	NATAN	DAVID	RIVAS	CHAVERRA	1	6		A					A					A					A									4	0	
14	RC	1078475131	ELKIN	DAVID	VALOYES	QUIÑONES	0	11		A					A					A					A									4	0	
15	RC	1078575373	LIZBETH	AMARA	RIVAS	CHAVERRA	0	3		A					A					A					A									4	0	
16	RC	1233932502	DYLAN	MATTIAS	CUESTA	CORDOBA	0	9		A					A					A					A									4	0	
17	C.C	1077455276	NEYI		RENGIFO	MURRAY	32	11		A					A					A					A									4	0	
18	C.C	1078918241	MABY		GONZALEZ	MOSQUERA	26	7		A					A					A					A									4	0	
19	C.C	1192781383	ANYI	SOTELA	PALACIOS	MOSQUERA	25	5		A					A					A					A									4	0	
20	C.C	1077429124	ANA	MARCELA	MOSQUERA	CUESTA	20	5		A					A					A					A									4	0	
																																	TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

1,260

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: PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): MAYRA YARITZA ABUHATAB ARAGON CC 35890538
Código CUENTAME UDS: 270011157522 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE LA MAGIA 2
Dirección UDS: CIUDADELA MIA Teléfono UDS: 3218954091

Hoja 2 de 4

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077489835	JULIETA		SALAZAR	CORTES	1	2			A					A					A					A					A			4	0	
02	RC	1077490699	JESUS	DAVID	VALENCIA	CORDOBA	0	6			A					A					A					A					A			4	0	
03	RC	1078105467	JOEL		MURILLO	CORDOBA	0	9			A					A					A					A					A			4	0	
04	RC	1078474811	NATAN	DAVID	RIVAS	CHAVERRA	1	6			A					A					A					A					A			4	0	
05	RC	1078475131	ELKIN	DAVID	VALOYES	QUIÑONES	0	11			A					A					A					A					A			4	0	
06	RC	1078575373	LIZBETH	AMARA	RIVAS	CHAVERRA	0	3			A					A					A					A					A			4	0	
07	RC	1233932502	DYLAN	MATTIAS	CUESTA	CORDOBA	0	9			A					A					A					A					A			4	0	
08	RC	1077489122	HORACIO	ANTONIO	MEDINA	RIVERA	1	8			A					A					A					A					A			4	0	
09	C.C	1077455276	NEYI		RENGIFO	MURRAY	32	11			A					A					A					A					A			4	0	
10	C.C	1078918241	MABY		GONZALEZ	MOSQUERA	26	7			A					A					A					A					A			4	0	
11	C.C	1192781383	ANYI	SOTELA	PALACIOS	MOSQUERA	25	5			A					A					A					A					A			4	0	
12	C.C	1077429124	ANA	MARCELA	MOSQUERA	CUESTA	20	5			A					A					A					A					A			4	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	48	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

1,261

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: PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Hoja 3 de 4
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): MAYRA YARITZA ABUHATAB ARAGON CC 35890538
Código CUENTAME UDS: 270011157522 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención VIVE LA MAGIA 2
Dirección UDS: CIUDADELA MIA Teléfono UDS: 3218954091

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									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			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																							ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078922795	ISABELLA		SERNA	GONZALEZ	3	5				A																			1	0	
02	RC	1078474108	DANNY	YISETH	MURILLO	CORDOBA	2	8				A																			1	0	
03	RC	1078101605	ANGEL	ALEJANDRO	RIVERA	SALGADO	4	4				A																			1	0	
04	RC	1078102982	ALIX	MARCELA	MARTINEZ	MOSQUERA	3	6				A																			1	0	
05	RC	1027816294	SAMUEL	DAVID	RENGIFO	RIVAS	3	4				A																			1	0	
06	RC	1078105328	MARIA	JOSE	VALENCIA	CORDOBA	3	10								A															1	0	
07	RC	1077489122	HORACIO	ANTONIO	MEDINA	RIVERA	1	8								A															1	0	
08	RC	1077490699	JESUS	DAVID	VALENCIA	CORDOBA	0	6								A															1	0	
09	RC	1077489835	JULIETA		SALAZAR	CORTES	1	2								A															1	0	
10	RC	1078474515	KARLY	ELIZABETH	CASTELLANOS	MENA	2	1								A															1	0	
11	RC	7078472383	DENIN	YOMAIRA	CASTELLANO	MENA	4	5												A											1	0	
12	RC	1078105467	JOEL		MURILLO	CORDOBA	0	9												A											1	0	
13	RC	1078474811	NATAN	DAVID	RIVAS	CHAVERRA	1	6												A											1	0	
14	RC	1078475131	ELKIN	DAVID	VALOYES	QUIÑONES	0	11												A											1	0	
15	RC	1078575373	LIZBETH	AMARA	RIVAS	CHAVERRA	0	3												A											1	0	
16	RC	1233932502	DYLAN	MATTIAS	CUESTA	CORDOBA	0	9																A							1	0	
17	C.C	1077455276	NEYI		RENGIFO	MURRAY	32	11																A							1	0	
18	C.C	1078918241	MABY		GONZALEZ	MOSQUERA	26	7																A							1	0	
19	C.C	1192781383	ANYI	SOTELA	PALACIOS	MOSQUERA	25	5																A							1	0	
20	C.C	1077429124	ANA	MARCELA	MOSQUERA	CUESTA	20	5																A							1	0	
																														TOTAL	20	0	

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

COORDINADOR(A) EA

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	.OCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2025 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

1,262

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ PAZCIFICO VIVE
NIT: ___ 900937890-5
MES: _ MARZO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _ INICIAL PROPIA

NÚMERO DE CONTRATO: ___27001382025_____
AÑO:___2025____

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCÓ_____ Centro Zonal _____ QUIBDÓ Municipio: _____ QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): __MAYRA YARITZA ABUHATAB ARAGON CC__35890538_____
Código CUENTAME UDS: _270011157522_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ VIVE LA MAGIA 2
Dirección UDS: _CIUDADELA MIA _____ Teléfono UDS: ___ 3218954091

Hoja 4 de 4

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078922795	ISABELLA		SERNA	GONZALEZ	3	5					A					A					A					A					4		
02	RC	1078474108	DANNY	YISETH	MURILLO	CORDOBA	2	8					A					A					A					A					4		
03	RC	1078101605	ANGEL	ALEJANDRO	RIVERA	SALGADO	4	4					A					A					X					A					4		
04	RC	1078102982	ALIX	MARCELA	MARTINEZ	MOSQUERA	3	6					A					A					A					A					4		
05	RC	1027816294	SAMUEL	DAVID	RENGIFO	RIVAS	3	4					A					A					A					A					4		
06	RC	1078105328	MARIA	JOSE	VALENCIA	CORDOBA	3	10					A					A					A					A					4		
07	RC	1077489122	HORACIO	ANTONIO	MEDINA	RIVERA	1	8					A					A					A					A					4		
08	RC	1077490699	JESUS	DAVID	VALENCIA	CORDOBA	0	6					A					A					A					A					4		
09	RC	1077489835	JULIETA		SALAZAR	CORTES	1	2					A					A					A					A					4		
10	RC	1078474515	KARLY	ELIZABETH	CASTELLANOS	MENA	2	1					A					A					A					A					4		
11	RC	7078472383	DENIN	YOMAIRA	CASTELLANO	MENA	4	5					A					A					A					A					4		
12	RC	1078105467	JOEL		MURILLO	CORDOBA	0	9					A					A					A					A					4		
13	RC	1078474811	NATAN	DAVID	RIVAS	CHAVERRA	1	6					A					A					A					A					4		
14	RC	1078475131	ELKIN	DAVID	VALOYES	QUIÑONES	0	11					A					A					A					A					4		
15	RC	1078575373	LIZBETH	AMARA	RIVAS	CHAVERRA	0	3					A					A					A					A					4		
16	RC	1233932502	DYLAN	MATTIAS	CUESTA	CORDOBA	0	9					A					A					A					A					4		
17	C.C	1077455276	NEYI		RENGIFO	MURRAY	32	11					A					A					A					A					4		
18	C.C	1078918241	MABY		GONZALEZ	MOSQUERA	26	7					A					A					A					A					4		
19	C.C	1192781383	ANYI	SOTELA	PALACIOS	MOSQUERA	25	5					A					A					A					A					4		
20	C.C	1077429124	ANA	MARCELA	MOSQUERA	CUESTA	20	5					A					A					A					A					4		
																															TOTAL	80		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

1,263

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 PAZCIFICO VIVE
NIT: _____ 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 27001382025
MES: _____ MARZO AÑO:_____2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ EDUCACION INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN 1131044540 Hoja ____ de _____
Regional: _____ CHOCO Centro Zonal _____ QUIBDO Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): ___ ERICK YESSID TELLO CORDOBA CC__ 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0
Código CUENTAME UCA: _____ 270011153564 NOMBRE UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION VIVE LA ESPERANZA 1
Dirección UCA: _____BARRIO POBLADO_____ Teléfono UCA: _____ 3 1 3 5 8 7 3 9 6 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077489457	JUAN	JOSE	DUMASA	BAILARIN	2	3		A					A					A					A					A				4	0	
02	RC	1022172262	EMANUEL		RODRIGEZ	MENA	1	8		A					A					A					A					A				4	0	
03	RC	1129046780	JHOSTIVINSON		FORASTERO	OSORIO	4	6		A					A					A					A					A				4	0	
04	RC	1129046863	JHOSTEYLERSON		FORASTERO	OSORIO	2	3		A					A					A					A					A				4	0	
05	RC	1033206597	YEIDER	YAHEL	RENTERIA	LAGAREJO	3	8		A					A					A					A					A				4	0	
06	RC	1077487960	ROXIANNIS	GUADALUPE	MADRIZ	ARTEAGA	2	6		A					A					A					A					A				4	0	
07	RC	1077489327	SMITH	DAVID	QUINTERO	ROMAÑA	2	1		A					A					A					A					A				4	0	
08	RC	1077489931	DANNA	SARED	CORDOBA	RENTERIA	1	9		A					A					A					A					A				4	0	
09	R.C	1077491054	JHOAN	STIVEN	COPETE	MOSQUERA	0	3		A					A					A					A					A				4	0	
10	RC	1078103567	LIA	NICOL	RAMIREZ	RAMIREZ	3	1		A					A					A					A					A				4	0	
11	RC	1078103615	ALANA	SARAHY	COLMENARES	PARRA	2	1		A					A					A					A					A				4	0	
12	RC	1078104471	YAISY	MANUELA	MENA	RIOS	2	1		A					A					A					A					A				4	0	
13	RC	1078105457	NOATH	MARTIN	COPETE	MOSQUERA	0	10		A					A					A					A					A				4	0	
14	RC	1078472623	HAALANS	JAVIER	CORDOBA	PALACIOS	4	1		A					A					A					A					A				4	0	
15	RC	1078474892	ZOELI	YAREISA	ALVAREZ	MENA	1	5		A					A					A					A					A				4	0	
16	RC	1078475209	KENAI	JOEL	MAYA	MURILLO	0	8		A					A					A					A					A				4	0	
17	RC	1078472412	YOBIER		IBAMIA	CONDE	4	4		A					A					A					A					A				4	0	
18	RC	1129604450	ETTHAN		CORDOBA	CANDANOSA	1	11		A					A					A					A					A				4	0	
19	C.C.	1077459394	KIARA	PAOLA	BECERRA	MENA	32	1		A					A					A					A					A				4	0	
20	R.C	1077487956	YELITZA		CABRERA	TANICAMO	2	10		A					A					A					A					A				4	0	
																																TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Erick Yessid Tello 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1,264

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 :_ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _____ 900937890-5
MES: _____ MARZO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ EDUCACION INICIAL PROPIA

NÚMERO DE CONTRATO: __ 27001382025
AÑO:_____2025

IDENTIFICACIÓN 1131044540
Regional: _____ CHOCO Centro Zonal _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): _ ERICK YESSID TELLO CORDOBA CC__ 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0
Código CUENTAME UCA: ____ 270011153564 NOMBRE UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION VIVE LA ESPERANZA 1
Dirección UCA: _____ BARRIO POBLADO_____ Teléfono UCA: _____ 3 1 3 5 8 7 3 9 6 1

Municipio: _____ QUIBDO

Hoja ___ de ____

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	1077491054	JHOAN	STIVEN	COPETE	MOSQUERA	0	3			A					A					A					A						4	0	
02	C.C.	1077459394	KIARA	PAOLA	BECERRA	MENA	32	1			A					A					A					A						4	0	
03	RC	1078475209	KENAI	JOEL	MAYA	MURILLO	0	8			A					A					A					A						4	0	
04	RC	1078474892	ZOELI	YAREISA	ALVAREZ	MENA	1	5			A					A					A					A						4	0	
05	RC	1078105457	NOATH	MARTIN	COPETE	MOSQUERA	0	10			A					A					A					A						4	0	
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	20	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Erick Yessid Tello 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

1,265

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

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5
MES: MARZO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCION: EDUCACION INICIAL PROPIA

NÚMERO DE CONTRATO: 2001382025
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN 1131044540
Regional: CHOCO
Centro Zonal: QUIBDO
Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a) ERICK YESSID TELLO CORDOBA CC 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0
Código CUENTAME UCA: 27001115354
NOMBRE UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION: VIVE LA ESPERANZA 1
Dirección UCA: BARRIO POBLADO
Teléfono UCA: 3 1 3 5 8 7 3 9 6 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																						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	1077489457	JUAN	JOSE	DUMASA	BAILARIN	2	3				A																					1	0	
02	RC	1022172262	EMANUEL		RODRIGEZ	MENA	1	8				A																					1	0	
03	RC	1129046780	JHOSTIVINSON		FORASTERO	OSORIO	4	6				A																					1	0	
04	RC	1129046863	JHOSTEYLERSON		FORASTERO	OSORIO	2	3				A																					1	0	
05	RC	1033206597	YEIDER	YAHEL	RENTERIA	LAGAREJO	3	8				A																					1	0	
06	RC	1077487960	ROXIANNIS	GUADALUPE	MADRIZ	ARTEAGA	2	6									A																1	0	
07	RC	1077488327	SMITH	DAVID	QUINTERO	ROMAÑA	2	1									A																1	0	
08	RC	1077489931	DANNA	SARED	CORDOBA	RENTERIA	1	9									A																1	0	
09	R.C	1077491054	JHOAN	STIVEN	COPETE	MOSQUERA	0	3									A																1	0	
10	RC	1078103567	LIA	NICOL	RAMIREZ	RAMIREZ	3	1									A																1	0	
11	RC	1078103615	ALANA	SARAHY	COLMENARES	PARRA	2	1													A												1	0	
12	RC	1078104471	YAISY	MANUELA	MENA	RIOS	2	1													A												1	0	
13	RC	1078105457	NOATH	MARTIN	COPETE	MOSQUERA	0	10													A												1	0	
14	RC	1078472623	HAALANS	JAVIER	CORDOBA	PALACIOS	4	1													A												1	0	
15	RC	1078474892	ZOELI	YAREISA	ALVAREZ	MENA	1	5													A												1	0	
16	RC	1078475209	KENAI	JOEL	MAYA	MURILLO	0	8																A									1	0	
17	RC	1078472412	YOBIER		IBAMIA	CONDE	4	4																A									1	0	
18	RC	1129604450	ETTHAN		CORDOBA	CANDANOSA	1	11																A									1	0	
19	C.C.	1077459394	KIARA	PAOLA	BECERRA	MENA	32	1																A									1	0	
20	R.C	1077487956	YELITZA		CABRERA	TANICAMO	2	10																												
																																TOTAL	20	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Erick Yessid Tello 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

1,266

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _____ 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: ___ 27001382025
MES: _ MARZO AÑO:_____2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ EDUCACION INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN 1131044540
Regional: _____ CHOCO Centro Zonal _____ QUIBDO Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a) ERICK YESSID TELLO CORDOBA CC____ 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0
Código CUENTAME UCA: __ 270011153564 NOMBRE UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION VIVE LA ESPERANZA 1
Dirección UCA: _____ BARRIO POBLADO Teléfono UCA: _____ 3 1 3 5 8 7 3 9 6 1

Hoja ___ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	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
01	RC	1077489457	JUAN	JOSE	DUMASA	BAILARIN	2	3					A					A					A					A					4	0	
02	RC	1022172262	EMANUEL		RODRIGEZ	MENA	1	8					A					A					A					A					4	0	
03	RC	1129046780	JHOSTIVINSON		FORASTERO	OSORIO	4	6					A					A					A					A					4	0	
04	RC	1129046863	JHOSTEYLERSON		FORASTERO	OSORIO	2	3					A					A					A					A					4	0	
05	RC	1033206597	YEIDER	YAHEL	RENTERIA	LAGAREJO	3	8					A					A					A					A					4	0	
06	RC	1077487960	ROXIANNIS	GUADALUPE	MADRIZ	ARTEAGA	2	6					A					A					A					A					4	0	
07	RC	1077488327	SMITH	DAVID	QUINTERO	ROMAÑA	2	1					A					A					A					A					4	0	
08	RC	1077489931	DANNA	SARED	CORDOBA	RENTERIA	1	9					A					A					A					A					4	0	
09	R.C	1077491054	JHOAN	STIVEN	COPETE	MOSQUERA	0	3					A					A					A					A					4	0	
10	RC	1078103567	LIA	NICOL	RAMIREZ	RAMIREZ	3	1					A					A					A					A					4	0	
11	RC	1078103615	ALANA	SARAHY	COLMENARES	PARRA	2	1					A					A					A					A					4	0	
12	RC	1078104471	YAISY	MANUELA	MENA	RIOS	2	1					A					A					A					A					4	0	
13	RC	1078105457	NOATH	MARTIN	COPETE	MOSQUERA	0	10					A					A					A					A					4	0	
14	RC	1078472623	HAALANS	JAVIER	CORDOBA	PALACIOS	4	1					A					A					A					A					4	0	
15	RC	1078474892	ZOELI	YAREISA	ALVAREZ	MENA	1	5					A					A					A					A					4	0	
16	RC	1078475209	KENAI	JOEL	MAYA	MURILLO	0	8					A					A					A					A					4	0	
17	RC	1078472412	YOBIER		IBAMIA	CONDE	4	4					A					A					A					A					4	0	
18	RC	1129604450	ETTHAN		CORDOBA	CANDANOSA	1	11					A					A					A					A					4	0	
19	C.C.	1077459394	KIARA	PAOLA	BECERRA	MENA	32	1					A					A					A					A					4	0	
20	R.C	1077487956	YELITZA		CABRERA	TANICAMO	2	10					A					A					A					A					4	0	
																																TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) ZA

Erick Yessid Tello 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.[illegible] Versión	29/05/2018 Página 1 de 1

1,267

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pazcifico vive
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138202
MES: Marzo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia
SERVICIO DE ATENCIÓN: Educacion Inicial propia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Chocó Centro Zonal: Quibdó Municipio: Quibdó Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): Lili Yohana Quejada CC: 1077442207
Código CUENTAME UDS: 270011151242 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Vive familia 1
Dirección UDS: Buenos Aires - Desplazado Teléfono UDS: 3137004107

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1078102463	CLAUDY	SARAHY	PARRA	MORENO	3	7					A					A					A					A					4	0	
02	RC	1078105389	MARIA	ALEJANDRA	PALACIOS	MARTINEZ		9					A					A					A					A					4	0	
03	RC	1078474716	HEYDI	YINETH	MORENO	QUEJADA	1	7					A					A					A					A					4	0	
04	RC	1078474783	JORGE	GAEL	VIVAS	CAICEDO	1	6					A					A					A					A					4	0	
05	RC	1078475055	AILEEN	ZARETH	GONZALEZ	CORDOBA		11					A					A					A					A					4	0	
06	RC	1077481555	JANNY	YURLEI	PALACIOS	ABADIA	25	8					A					A					A					A					4	0	
07	RC	1077487497	EMMA	VALERIA	MURILLO	ROVIRA	2	9					A					A					A					A					4	0	
08	RC	1077490805	HAILANY	SARETH	GOMEZ	LOZANO		5					A					A					A					A					4	0	
09	RC	1078475114	EMMANUEL		CABRERA	CORDOBA		11					A					A					A					A					4	0	
10	RC	1025912201	AMBER		PEREA	HINESTROZA		8					A					A					A					A					4	0	
11	RC	1033273491	KENJI	DAVID	QUINTO	CASTRO		10					A					A					A					A					4	0	
12	RC	1074020375	DANILO		CHARRASQUIEL	MARTINEZ	2						A					A					A					A					4	0	
13	RC	1077488066	HAALAND	SMITH	MOSQUERA	CORDOBA	2	4					A					A					A					A					4	0	
14	RC	1077488715	JHONIER	SMITH	MORENO	PALACIOS	1	11					A					A					A					A					4	0	
15	RC	1077491021	YAEL	ANDRES	UNDAGAMA	AMAGARA		3					A					A					A					A					4	0	
16	RC	1077488967	ELIAM	MATHIAS	HINESTROZA	UNDAGAMA	1	9					A					A					A					A					4	0	
17	RC	1078104503	KEILYN	SOFIA	RENTERIA	PALACIOS	1	11					A					A					A					A					4	0	
18	RC	1078105389	NOAH	GAEL	QUIÑONEZ	RENTERIA		5					A					A					A					A					4	0	
19	RC	1078475278	CRISTOPHER	DAVID	QUINTERO	GARRIDO		5					A					A					A					A					4	0	
20	RC	1078859208	WAINI	ZARETH	QUINTO	QUINTO	2	1					A					A					A					A					4	0	
																																TOTAL	80		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Lili Yohana Quejada 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 SERAN 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

Versi

29/05/2018

Página 1 de 1

1,268

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pazcifico Vive
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138202S
MES: Marzo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia
SERVICIO DE ATENCIÓN: propia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Chocó Centro Zonal: Quibdo Municipio: Quibdo
Nombre Agente Educativo (a): Lili Yohana Quep. CC: 1077442707
Código CUENTAME UDS: 2700111512142 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Vivefamilia 1
Dirección UDS: Buenos Aires - Desplazados Teléfono UDS: 3137004107

Hoja 1 de 1

INFORMACION 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: 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	
01	CC	1078102463	CLAUDY	SARAHY	PARRA	MORENO	3	7		A					A					A					A									4	0	
02	RC	1078105389	MARIA	ALEJANDRA	PALACIOS	MARTINEZ		9		A					A					A					A									4	0	
03	RC	1078474716	HEYDI	YINETH	MORENO	QUEJADA	1	7		A					A					A					A									4	0	
04	RC	1078474783	JORGE	GAEL	VIVAS	CAICEDO	1	6		A					A					A					A									4	0	
05	RC	1078475055	AILEEN	ZARETH	GONZALEZ	CORDOBA		11		A					A					A					A									4	0	
06	RC	1077481555	JANNY	YURLEI	PALACIOS	ABADIA	25	8		A					A					A					A									4	0	
07	RC	1077487497	EMMA	VALERIA	MURILLO	ROVIRA	2	9		A					A					A					A									4	0	
08	RC	1077490805	HAILANY	SARETH	GOMEZ	LOZANO		5		A					A					A					A									4	0	
09	RC	1078475114	EMMANUEL		CABRERA	CORDOBA		11		A					A					A					A									4	0	
10	RC	1025912201	AMBER		PEREA	HINESTROZA		8		A					A					A					A									4	0	
11	RC	1033273491	KENJI	DAVID	QUINTO	CASTRO		10		A					A					A					A									4	0	
12	RC	1074020375	DANILO		CHARRASQUIEL	MARTINEZ	2			A					A					A					A									4	0	
13	RC	1077488066	HAALAND	SMITH	MOSQUERA	CORDOBA	2	4		A					A					A					A									4	0	
14	RC	1077488715	JHONIER	SMITH	MORENO	PALACIOS	1	11		A					A					A					A									4	0	
15	RC	1077491021	YAEL	ANDRES	UNDAGAMA	AMAGARA		3		A					A					A					A									4	0	
16	RC	1077488967	ELIAM	MATHIAS	HINESTROZA	UNDAGAMA	1	9		A					A					A					A									4	0	
17	RC	1078104503	KEILYN	SOFIA	RENTERIA	PALACIOS	1	11		A					A					A					A									4	0	
18	RC	1078105389	NOAH	GAEL	QUIÑONEZ	RENTERIA		5		A					A					A					A									4	0	
19	RC	1078475278	CRISTOPHER	DAVID	QUINTERO	GARRIDO		5		A					A					A					A									4	0	
20	RC	1078859208	WAINI	ZARETH	QUINTO	QUINTO	2	1		A					A					A					A									4	0	
																																	TOTAL	80		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Lili Yohana Quejada 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1,269

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pazatico Vive — IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
NIT: 900937890-5 — NUMERO DE CONTRATO: 2700138 2025 — Regional: Chocó — Centro Zonal: Quibdo — Municipio: Quibdó
MES: Marzo — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a): Lili Quesada CC: 1077442207
MODALIDAD DE ATENCION: Propia — Código CUENTAME UDS: 2700111512 42 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Vive familia 1
SERVICIO DE ATENCION: Propia — Dirección UDS: Buenos Aires - Desplazados — Teléfono UDS: 3137004107

No. de Orden	INFORMACION 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		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1077481555	JANNY	YURLEI	PALACIOS	ABADIA	25	8			A					A					A					A					4	0	
02	RC	1078474716	HEIDY	YINETH	MORENO	QUEJADA	1	7			A					A					A					A					4	0	
03	RC	1078474783	JORGE	GAEL	VIVAS	CAICEDO	1	6			A					A					A					A					4	0	
04	RC	1078105389	MARIA	ALEJANDRA	PALACIOS	MARTINEZ		9			A					A					A					A					4	0	
05	RC	1078475055	AILEEN	ZARETH	GONZALEZ	CORDOBA		11			A					A					A					A					4	0	
06	RC	1077490805	HAILANY	SARETH	GOMEZ	LOZANO		5			A					A					A					A					4	0	
07	RC	1078475114	EMMANUEL		CABRERA	CORDOBA		11			A					A					A					A					4	0	
08	RC	1025912201	AMBER		PEREA	HINESTROZA		8			A					A					A					A					4	0	
09	RC	1033273491	KENJI	DAVID	QUINTO	CASTRO		10			A					A					A					A					4	0	
10	RC	1077491021	YAEL	ANDRES	UNDAGAMA	AMAGARA		3			A					A					A					A					4	0	
11	RC	1078105389	NOAH	GAEL	QUIÑONEZ	RENTERIA		5			A					A					A					A					4	0	
12	RC	1078475278	CRISTOPHER	DAVID	QUINTERO	GARRIDO		5			A					A					A					A					4	0	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	48	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

Lili Yohana Quesada 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 | Versi | 29/05/2018 | Página 1 de 1

1,270

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pacífico Vive
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700136 2025
MES: Marzo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia
SERVICIO DE ATENCIÓN: propia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Chocó Centro Zonal: Quibdo
Nombre Agente Educativo (a): Lili Yohana Q. CC: 1077442207
Código CUENTAME UDS: 27001151242
Dirección UDS: Buenos Aires, Desplazados
Municipio: Quibdo
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Vive familia 1
Teléfono UDS: 3137002107

Hoja 1 de 1

INFORMACION 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	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1078102463	CLAUDY	SARAHY	PARRA	MORENO	3	7				A																					1	0	
02	RC	1078105389	MARIA	ALEJANDRA	PALACIOS	MARTINEZ		9				A																					1	0	
03	RC	1078474716	HEYDI	YINETH	MORENO	QUEJADA	1	7				A																					1	0	
04	RC	1078474783	JORGE	GAEL	VIVAS	CAICEDO	1	6				A																					1	0	
05	RC	1078475055	AILEEN	ZARETH	GONZALEZ	CORDOBA		11				A																					1	0	
06	RC	1077481555	JANNY	YURLEI	PALACIOS	ABADIA	25	8								A																	1	0	
07	RC	1077487497	EMMA	VALERIA	MURILLO	ROVIRA	2	9								A																	1	0	
08	RC	1077490805	HAILANY	SARETH	GOMEZ	LOZANO		5								A																	1	0	
09	RC	1078475114	EMMANUEL		CABRERA	CORDOBA		11								A																	1	0	
10	RC	1025912201	AMBER		PEREA	HINESTROZA		8								A																	1	0	
11	RC	1033273491	KENJI	DAVID	QUINTO	CASTRO		10												A													1	0	
12	RC	1074020375	DANILO		CHARRASQUIEL	MARTINEZ	2													A													1	0	
13	RC	1077488066	HAALAND	SMITH	MOSQUERA	CORDOBA	2	4												A													1	0	
14	RC	1077488715	JHONIER	SMITH	MORENO	PALACIOS	1	11												A													1	0	
15	RC	1077491021	YAEL	ANDRES	UNDAGAMA	AMAGARA		3												A													1	0	
16	RC	1077488967	ELIAM	MATHIAS	HINESTROZA	UNDAGAMA	1	9																				A					1	0	
17	RC	1078104503	KEILYN	SOFIA	RENTERIA	PALACIOS	1	11																				A					1	0	
18	RC	1078105389	NOAH	GAEL	QUIÑONEZ	RENTERIA		5																				A					1	0	
19	RC	1078475278	CRISTOPHER	DAVID	QUINTERO	GARRIDO		5																				A					1	0	
20	RC	1078859208	WAINI	ZARETH	QUINTO	QUINTO	2	1																				A					1	0	
																																TOTAL	20		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Lili Yohana Quejada 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 SERAN 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	

1,271

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): ALEJANDRO BITUCAI_____ CC:_1.193.067.455._____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 15_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 15_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION 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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1077490867	DEREK	GAEL	MOSQUERA	COGOLLO	0	4		A																						1	0	
02	RC	1078640573	YEILER	SANTIAGO	BLANDON	ECHEVERRY	1	1		A																						1	0	
03	RC	1078640664	YERAL	YUSUK	VELABQUEZ	VELASQUEZ	0	5		A																						1	0	
04	C.C.	1007108858	LAURA	CAROLINA	FLOREZ	FLOREZ	23	0		A																						1	0	
05	C.C.	1078636092	ADELAYDA		VITUCAY	QUERAGAMA	21	2		A																						1	0	
06	C.C.	1078638282	FLOR	MARIA	TEQUIA	TEQUIA	31	4		A																						1	0	
07	T.I.	1078637022	DANILA		MAMUNDIA	BITUCAY	18	0		A																						1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	7	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Alejandro Bitucai
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 SERAN 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	

1,272

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: _____ AÑO:___2025_____
MES: Marzo
MODALIDA DE ATENCION: __PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): ALEJANDRO BITUCAI_____ CC:_1.193.067.455._____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 15_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 15_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1033659304	ELISBETH		MUÑOZ	MAJORE	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1041539584	VALLOLET	JAZMIN	GONZALEZ	PERNIA	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1045147227	AILYN	ANDREA	COGOLLO	LOPEZ	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077489178	ARLETT	ADHARA	GARCIA	VELASQUEZ	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1078639988	DENNYS	SAMANTHA	GONZALEZ	CALLE	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1078640025	EMMANUEL		HOYOS	CALLE	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078640081	JUAN	ESTEBAN	TABORDA	DURANGO	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078640090	JHONY		RENTERIA	SALDARRIAGA	4	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078640197	GLADIS		VELASQUEZ	VELASQUEZ	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078640292	DILAN	SMITH	PERNIA	GAVIRIA	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078640401	EMELY	DIANEY	RENTERIA	SALDARRIAGA	2	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12	RC	1078640427	ANA	SOFIA	VELASQUEZ	VELEZ	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
13	RC	1093542162	MARIA	MERLISA	CHECHE	MURILLO	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	1560		

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

Alejandro Bitucai
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 SERAN 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	

1,273

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO _____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): YOLANDA WACORIZO_____ CC:_. 1.077.631.101_____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 1_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 1_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION 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	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1077489539	DAYAN		VIVAS	MOSQUERA	1	4								D																		1	0	
02	RC	1077490551	CHIRLENA		ROA	LANA	0	7								A																		1	0	
03	RC	1077490579	BRIYITH	YISETH	FORASTERO	QUIRO	0	6								A																		1	0	
04	RC	1077490929	HASLEIDY		CONDE	LANA	0	4								A																		1	0	
05	RC	1078105347	LEIDY		LANA	CHIRAMA	0	11								A																		1	0	
06	RC	1078105455	ADARA	SOFIA	HACHITO	CONDE	0	9								A																		1	0	
07	RC	1078105490	ANDRESON		CHORY	TAPI	0	11								A																		1	0	
08	RC	1078118654	ARLIN		TUNAY	LANA	1	4								A																		1	0	
09	C.C.	1075021562	LORENA		CHIRAMA	SAITAMO	24	10								A																		1	0	
10	C.C.	1077600296	YUDY	ELENA	CHIRAMA	HACHITO	19	9								A																		1	0	
11	C.C.	1128725259	ADIELA		MANYOMA	CALZAMO	28	8								A																		1	0	
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	11	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Yolanda W.
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 SERAN 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	

1,274

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo_____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO_ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): YOLANDA WACORIZO_____ CC: 1.077.631.101_._____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 1_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 1_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1077486296	EDITH	CAROLINA	CONCHAVE	GUACORIZO	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1077487913	ANDRES	CAMILO	CHAMI	CHIRAMA	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1077488198	DAILYN		CHAMORRO	BANUVI	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077488496	LINERI		LANA	CHIRAMA	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1078101052	CELOSA	YARID	ISARAMA	MECHA	4	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1078101864	JOSE	MANUEL	HORTEGAS	MECHA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078103901	WENDY	ELIZABETH	PEDROSA	CHAMORRO	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078472752	EDER	YOEL	HACHITO	ÑAMENZON	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1129046897	YURANY		FORASTERO	TUNAY	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	108	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yolondo W.
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 SERAN 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	

1,275

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO _____ Centro Zonal __QUIBDO _____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):MARIA ELSA CONDE_____ CC: 1.077.438.118 _____
Código CUENTAME UDS: 270011151871_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 7-2_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 7-1_____ Teléfono UDS: _____

	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1077490039	BLEIDER	JAVIER	HACHITO	SARCO	0	11													A											1	0	
02	RC	1077489864	DORIZA		FORASTERO	SARCO	1	1													A											1	0	
03	RC	1077490891	MARA	MAILETH	DUMAZA	DOGIRAMA	0	4													A											1	0	
04	RC	1077491214	LAURA	CATALINA	CONDE	SAPIA	0	1													A											1	0	
05	RC	1078104983	HEWIN	HIRAELITO	LANA	ZARCO	1	5													A											1	0	
06	RC	1079296420	NAIFER		VALENCIA	BAILARIN	1	3													A											1	0	
07	C.C.	1078012074	DEYANIRA		SARCO	ACHITO	26	2													A											1	0	
08	C.C.	26265164	DELIA		SARCO	ACHITO	45	10													A											1	0	
09	T.I.	1148452694	ADRIANA		CAISAMO	FLACO	18	3													A											1	0	
10																																1		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Maria Elsa 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 SERAN 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	

1,276

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):MARIA ELSA CONDE_____ CC: 1.077.438.118 _____
Código CUENTAME UDS: 270011151872_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 7-2_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 7-2_____ 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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1077487810	HEHILY	YOEMY	TAPI	CONDE	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1077488721	YUNIOR		BAILARIN	SARCO	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1077488722	JONNY		FORASTERO	SARCO	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1078102064	WILINSON		SARCO	ACHITO	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077486503	DEIVER		CHAMI	CONDE	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1078100811	DAYAR	STIWAR	CONDE	ORTEGA	4	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078101034	HAROL	MATEO	CONDE	ROJAS	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078101974	CLAUDIO	NELSON	LANA	ZARCO	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078102845	YACKSON		ROJAS	TAPI	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078104294	MARLEYYI	MARCELA	CONDE	SAPIA	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078473474	ELDER	DAYAN	DUMAZA	DOGIRAMA	3	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL		132	0	

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

Maria Elsa 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 SERAN 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	

1,277

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION: __PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):EVELIO GONZALEZ_____ CC:1.077.421.849
Código CUENTAME UDS: 27001382025_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BAJO PACURITA_____
Dirección UDS: BAJOPACURITA_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077491303	YOMAIRA		PANESSO	CHORI	0	0													A											1	0	
02	RC	1077490024	DANIEL		GONZALEZ	DUMAZA	0	11													A											1	0	
03	RC	1077490992	MARIA	CLAUDIA	GONZALEZ	IBAMIA	0	4													A											1	0	
04	C.C.	1003934813	MARIA	LUISA	LANA		38	11													A											1	0	
05	C.C.	1077421839	HERMINIA		GONZALEZ	GONZALEZ	37	5													A											1	0	
06	C.C.	1077425991	MARIA	LINDA	TUNAY	OLEA	36	0													A											1	0	
07	C.C.	1078457442	LUZONIA		CHORI	GONZALES	18	9													A											1	0	
08	C.C.	1078459137	MARIA	ELENA	PANESSO	AMAGARA	36	10													A											1	0	
09	C.C.	1133669174	LUCERITO		PANESSO	DUMAZA	34	9													A											1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

COORDINADOR(A) EA

Evelio G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN 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	

J.278

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937880-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES:_____Marzo_____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO _____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):EVELIO GONZALEZ_____ CC:1.077.421.849
Código CUENTAME UDS: 27001382025_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BAJO PACURITA_____
Dirección UDS: BAJOPACURITA_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION 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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1077486946	YILINTON		DUMAZA	PANESSO	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
02	RC	1077488642	JHON	MAILER	GONZALEZ	TUNAY	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
03	RC	1077488645	DAVINSON		PANESSO	PANESSO	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
04	RC	1077489007	MONICA		PANESSO	CHORI	1	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
05	RC	1078104727	CRISTIAN		LÑANA	IBAMIA	1	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
06	RC	1078104728	GEYVER		PANESSO	GONZALEZ	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
07	RC	1078473158	SOLANDI		PANESSO	TUNAY	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
08	RC	1078474379	EDINSON		PANESSO	AMAGARA	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	96	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Evelio G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

1,279

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 PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO _____ Centro Zonal __QUIBDO _____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):JOTA CABRERA_____ CC: _1.010.131.588_____
Código CUENTAME UDS: 270011155455_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BENDICION DOS_____
Dirección UDS: _BENDICION DOS_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION 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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE			
01	RC	1077490001	YULBER		AMAGARA	ROJA	0	11						A																		1	0	
02	RC	1075029863	DINALDIHNO		CUNAPA	BECHECHE	1	2						A																		1	0	
03	RC	1075030053	ZAYDEN		BECHECHE	CABRERA	0	8						A																		1	0	
04	RC	1075101488	MARIA	IRENE	PIPICAY	DOJIRAMA	0	10						A																		1	0	
05	RC	1077490264	EMILY	SAMARA	DUMAZA	MARTINEZ	0	10						A																		1	0	
06	RC	1077490637	ALIS	MIA	QUERAGAMA	LANA	0	7						A																		1	0	
07	RC	1078475180	LAYRIN	SOFIA	CACERES	CORDOBA	0	11						A																		1	0	
08	RC	1079296536	ELEANI		BECHECHE	IBAMIA	0	8						A																		1	0	
09	C.C.	1078919247	LORENCITA		DUMAZA	JAISABA	23	0						A																		1	0	
10	RC	1006879771	MICHEL	DAYANA	CULMAN	RODRIGUEZ	17	7						A																		1	0	
11	T.I.	1079289311	YORLENA		BECHECHE	BECHECHE	19	2						A																		1	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	11	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Jota cabrera
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 SERAN 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	

1,280

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: 4/01/20 _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):JOTA CABRERA_____ CC: _1.010.131.588_____
Código CUENTAME UDS: 270011155455_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BENDICION DOS_____
Dirección UDS: _BENDICION DOS_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1078103547	LEONEL		CAIZAMO	ROJAS	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1078104504	BRIANNY	YULIETH	ROMAÑA	MOSQUERA	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1078666723	NEYSA		ISARAMA	MECHECHE	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1075029204	YEISON	ANDRES	BECHECHE	CABRERA	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077108187	MAICOL	ANDRES	LANA	LANA	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1077486323	DILAN	DANIEL	PINEDA	CORDOBA	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1077486695	JARIZON		DUMAZA	DUMAZA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078101601	UCIO		ZAPIA	OLEA	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078472973	LUISA	ALEJANDRA	CACERES	CORDOBA	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	108	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Jota Cabrero
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 SERAN 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	

1,281

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO __ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____ Hoja ____ de ____
Nombre Agente Educativo (a):LISANDRO NAMPIA_____ CC: 11.615.717_____
Código CUENTAME UDS: 270011155458_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BENDICION UNO_____
Dirección UDS: _BENDICION UNO_____ Teléfono UDS:_____

INFORMACION 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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1077490940	LAHIAM	DAVID	MENA	RENTERIA	0	3			A																					1	0	
02	RC	1077489662	PAUWER		CONDE	MARTINEZ	1	3			A																					1	0	
03	RC	1077489736	THIAGO		ARCE	MEJIA	1	1			A																					1	0	
04	RC	1077490186	ANA	MAYHERLIS	CHAMI	MEJIA	0	9			A																					1	0	
05	C.C.	1077443876	YALESA		LANA	VECHECHE	37	6			A																					1	0	
06	C.C.	1077466181	YESSENIA		VALENCIA	TUNAY	31	0			A																					1	0	
07	C.C.	1079289638	CRUZ	ELENA	NAMPIA	BECHECHE	19	7			A																					1	0	
08	C.C.	1148194977	BENAIDA		CHORI	PEREA	40	1			A																					1	0	
09	C.C.	35555841	ZULEIMA		CABRERA		40	7			A																					1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

Lisandro N.
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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1,282

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 PAZCIFICO VIVE_____
NIT:9009378905 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO_ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):LISANDRO NAMPIA_____ CC: 11.615.717_____
Código CUENTAME UDS: 270011155458_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BENDICION UNO_____
Dirección UDS: _BENDICION UNO_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	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	ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
01	RC	1075099808	DULCE		LANA	BAILARIN	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1077486443	CLARA	INES	TANICAMO	VALENCIA	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1077486809	YILINSON		ARCE	BANIAMA	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077487370	YANIRIS	ALEXANDRA	AMAGARA	ROJA	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077487894	LIAM	MARTIN	ROJAS	MECHA	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1078101912	YORDIN		NAMPIA	CABRERA	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078103529	WILMER		NAMBIA	CANSARIA	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078104876	OMAIRO		BECHECHE	CABRERA	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1128805133	ADELZA		CABRERA	CABRERA	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1128851056	YENNY		NIASA	LANA	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1077489355	LINA	CELIA	ARCE	BANIAMA	1	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	132	0	

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

Lisandro N.
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 SERAN 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	

J.283

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: FEBRERO _____ AÑO: ___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION: __PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):CRUZ LENIA ROJAS_____ CC: 1.133.604.890_____
Código CUENTAME UDS: 270011151868_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KIPHARA_____
Dirección UDS: _KIPHARA_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077491311	LIAM	DAVID	ISABARE	GARABATO	0	3																	A							1	0	
02	RC	1078105822	YURI	VANESSA	ROJAS	FORASTERO	0	1																	A							1	0	
03	RC	1077489620	JASNI	LUZ	ISARAMA	ISABARE	1	2																	A							1	0	
04	RC	1077489722	ZANDER	DAVID	DOCARY	PANESSO	1	1																	A							1	0	
05	RC	1078105115	WILDANIBER		MECHA	CONDE	1	3																	A							1	0	
06	C.C.	1077440712	ANUNCIA	ISABEL	CORDOBA	CHAVERRA	45	9																	A							1	0	
07	C.C.	1133606888	MILEYSA		MECHA	IZABARE	23	7																	A							1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	7	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Cruz lenia Rojas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,284

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 PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: FEBRERO 30 _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO_ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):CRUZ LENIA ROJAS_____ CC:1.133.604.890_____
Código CUENTAME UDS: 270011151868_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KIPHARA_____
Dirección UDS: _KIPHARA_____ Teléfono UDS:_____

INFORMACION 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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									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	1077486871	ARELIS		ISARAMA	ISARAMA	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1077490255	YEILER	ANDRE	ISARAMA	ISABARE	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1078104301	LUIS	YEURY	CORREA	ISABARE	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077486545	JHON	ESTEBAN	ROJAS	CAIZAMO	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077489059	SHIRLEY	LICETH	MECHA	CAIZAMO	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1078102393	JERLIN		AMAGARA	MECHA	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078103270	DANIEL		MECHA	CAIZAMO	3	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078103584	YOSELIN	YULIETH	MECHA	CONDE	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078104520	NILIA		ROJAS	FORASTERO	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078104617	SHEILA	ANDREA	AMAGARA	MECHA	1	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078472432	FRANCISCO	ISAAC	PALACIOS	CORDOBA	4	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12	RC	1078473895	JACSILY		ISARAMA	ISABARE	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
13	RC	1078474209	NEILA		ISABARE	GARABATO	2		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 156 0

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

Cruz Lenia Rojas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

1,285

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO _____ Centro Zonal __QUIBDO _____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):CARLOS TUNAY_____ CC:1.077.455.962
Código CUENTAME UDS: 270011148445_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EYAZAKE_____
Dirección UDS: _EYAZAKE_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077489415	MARIA	CLARA	VANEGAS	TUNAY	1	5																A								1	0	
02	RC	1077490536	GEISY	SOFIA	CONDE	CHAMI	0	7																A								1	0	
03	RC	1078105558	SARA	DAHIANA	GONZALEZ	DUMASA	0	7																A								1	0	
04	C.C.	1003928987	LUCYLA		OQUI	RUIZ	27	11																A								1	0	
05	C.C.	1077452568	YEISY		PADILLA	VARGAS	41	8																A								1	0	
06	C.C.	1078458511	MIRIA		MECHA	DOGARY	18	2																A								1	0	
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	6	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Carlos tunay
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 SERAN 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	

1,286

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____
NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____
MES: Marzo _____ AÑO:___2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____
SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):CARLOS TUNAY_____ CC:1.077.455.962
Código CUENTAME UDS: 270011148445_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EYAZAKE_____
Dirección UDS: _EYAZAKE_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							EDAD		SEMANAS																						
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																									
01	RC	1077486468	YULIAN	ESMITH	TUNAY	CHORI	4	4	A	A	A	A		A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
02	RC	1077486697	EMI	DANIEL	TUNAY	BAQUIAZA	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
03	RC	1077487038	ZUREÑA		TAPI	FORASTERO	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
04	RC	1077487321	MARINELSI		BAILARIN	BAILARIN	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
05	RC	1077488331	VALESKA	AINARA	VELASQUEZ	TAPI	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
06	RC	1077488893	MAICO		LPANESSO	BAILARIN	1	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
07	RC	1078100605	ZORINDA		TAPI	FORASTERO	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
08	RC	1078101272	DARWIN		CAIZAMO	DOGARI	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
09	RC	1078101741	CLEISY	VIVIANA	BAILARIN	RUBIANO	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
10	RC	1078102182	YORLENIS		PANESSO	BAILARIN	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
11	RC	1078102551	DEIFER	YORQUIN	IBAMIA	DOGARITH	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
12	RC	1078103286	LORENITA		BAQUIAZA	OQUI	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
13	RC	1078104516	YAILIN	CLARIED	TUNAY	MECHA	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			12	0	
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
																												TOTAL	156	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Carlos tunay
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 SERAN 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	

1,287

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: 900937890-5 NUMERO DE CONTRATO: 27000130-2025

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO

Nombre Agente Educativo (a):NELSON DUMASA ISAMIA CC: 1078456827

Código CUENTAME UDS: 270011151865 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PLAYAALTA

Dirección UDS: PLAYA ALTA Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1077489926	KATALEYA		GONZALEZ	GONZALEZ	1	5			A																				1	0	
02	RC	1077489343	YILMAR		TAPI	GONZALEZ	1	5			A																				1	0	
03	RC	1077489398	DIVER		GONZALEZ	DUMASA	1	5			A																				1	0	
04	RC	1077489785	MAICON		ISAMA	PANESSO	1	2			A																				1	0	
05	RC	1077489937	YUMERSON		DUMASA	TAPI	1	2			A																				1	0	
06	RC	1077490002	HAXEL	SMITH	DUMASA	OLEA	1	3			A																				1	0	
07	RC	1078105300	DIANA	VALENTINA	PANESSO	DUMASA	1	4			A																				1	0	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	7	0	

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

COORDINADOR(A) EA

nelson dumasa
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	

1,288

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-9_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____
MES: Mar 20_____ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ____

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):NELSON DUMASA ISAMA_____ CC:1078456827_____
Código CUENTAME UDS:___270011151865_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_PLAYAALTA_____
Dirección UDS: __PLAYA ALTA_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077489682	SAIRA	MARIA	DUMASA	GONZALEZ	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1078474764	MINISON		DUMASA	CHORI	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1077488848	ARIZ	LEYDI	ISARAMA	OLEA	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1078104595	YANDEL		TUNAY	CHORI	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077486423	ALEXIS		PANESSO	DUMASA	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1077486741	LUZ	NELY	GONZALEZ	GONZALEZ	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1077486788	JHON	JASON	DUMASA	PEREA	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1077488421	MAIKEL		GONZALEZ	GONZALEZ	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078102176	MARIA	YARLIZA	PANESSO	DUMASA	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078102766	JHOANA		DUMASA	TAPI	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078472143	YONALDO		GONZALEZ	DUMASA	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12	RC	1078472921	YEIMAR		DUMASA	CHORI	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	144	0	

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

nelson dumasa
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

1,289

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 PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937899-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____

MES: Marzo _____ AÑO:_2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):YEMERSON GONZALEZ CHOI _____ CC: 1193584293_____

Código CUENTAME UDS: 2700111518760_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -DOS_____

Dirección UDS: __NECORA DOS_____ 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 — 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	1077488361	YEISMER		GONZALEZ	CHORY	2	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
02	RC	1077486860	KEIDY		FORASTERO	VELASQUEZ	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
03	RC	1077487613	MARTIN		VELASQUEZ	GONZALES	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
04	RC	1077488059	ENNI	ANDREA	GONZALEZ	BAILARIN	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
05	RC	1077488351	ANIS	ALESSIA	PALACIOS	ARAGON	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
06	RC	1077488382	MARIA	ALEIDA	FORASTERO	BAILARIN	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
07	RC	1077488511	EDWINSON		BAILRIN	GONZALEZ	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
08	RC	1077488557	YIRLEIDI		BAILARIN	BAILARIN	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
09	RC	1077489161	MIA	ISABELLE	HEREDIA	VALENCIA	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
10	RC	1078102276	MARIA	CRISTINA	CUÑAPA	PANESO	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
11	RC	1078102498	DIGNA	MARCELA	GONZALEZ	BAILARIN	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
12	RC	1078104319	RAFAEL		LANA	BAILARIN	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
13	RC	1078474091	NELSON		CASAMA	BAILARIN	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 156 0

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

Yemerson G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

1,290

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____

MES: Marzo _____ AÑO: _2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal _QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):YEMERSON GONZALEZ CHOI _____ CC: 1193584293_____

Código CUENTAME UDS: 2700111518760_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -DOS_____

Dirección UDS: _NECORA DOS_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077490467	NEIRA		GONZALES	CHORY	0	10			A																					1	0	
02	RC	1077490761	FLOR	MARIA	PANESSO	GONSALEZ	0	8			A																					1	0	
03	RC	1077489999	EDGAR		GONZALEZ	DUMAZA	1	0			A																					1	0	
04	RC	1078105195	YOBANIS		GONZALEZ	BALARIN	1	5			A																					1	0	
05	RC	1078105238	JHON	KELY	GONZALEZ	BAILARIN	1	5			A																					1	0	
06	C.C.	1149434606	DIANA		GONZALEZ	DUMASA	26	0			A																					1	0	
07	C.C.	1149434625	MARIA	EUGENIA	VELASQUEZ	BAILARIN	33	2			A																					1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	7	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Yemerson G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,291

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____

MES: Marzo _____ AÑO: _2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ____

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):LJHON JAIRO ROJAS PRATERO_____ CC:1077471281_____

Código CUENTAME UDS: __270011155460_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PUEBLO NUEVO_____

Dirección UDS: __PUEBLO NUEVO_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077490271	JHON	JAIRO	DUMAZA	PANESSO	0	11													A											1	0	
02	RC	1077490443	THIAGO	DAEL	TAPI	CUNAMPIA	0	7													A											1	0	
03	RC	1077491086	JHON	ENESTIDER	MECHA	PEREA	0	2													A											1	0	
04	RC	1077489432	LEIDY	JICELA	ROJAS	ISAMA	1	5													A											1	0	
05	RC	1077489589	YILMAR		DOGARI	DUMAZA	1	5													A											1	0	
06	RC	1077490272	YULIA		IBAMIA	DUMAZA	1	0													A											1	0	
07	C.C.	1077434013	DULARINA		BAILARIN	DUMASA	34	0													A											1	0	
08	T.I.	1077439401	MARLENY		BAILARIN	DUMASA	14	9													A											1	0	
09	T.I.	1078461657	LUZ	MERY	HUNDAGAMA	ISAMA	14	10													A											1	0	
10	T.I.	1128525629	YANELY		DUMAZA	ABAILARIN	16	7													A											1	0	
11	T.I.	1149434602	YARIZA		MECHA	PRATERO	17	5													A											1	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	11	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Jhon Jairo R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

1,292

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025 _____

MES: _Mar20_____ AÑO: _2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA _____

Hoja ___ de ____

Regional: CHOCO _____ Centro Zonal __QUIBDO _____ Municipio: _QUIBDO _____

Nombre Agente Educativo (a):LJHON JAIRO ROJAS PRATERO _____ CC:1077471281 _____

Código CUENTAME UDS: ___270011155460 _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PUEBLO NUEVO _____

Dirección UDS: __PUEBLO NUEVO _____ 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: 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	1077487569	BRAYAN		MECHA	BAILARIN	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
02	RC	1077486383	LORITA		DUMASA	PANESO	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
03	RC	1077487285	JHONNYFER	STITC	TAPI	CUNAMPIA	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
04	RC	1077488016	URIEL		MECHA	PRATERO	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
05	RC	1077488346	JHON	JAIDER	ROJAS	MECHA	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
06	RC	1077488605	MELBA		DOGARI	ROJAS	2	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
07	RC	1078101463	CRISTIAN	DAVID	ISAMA	BARIQUIDURA	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
08	RC	1078101782	YIRLEIZA		ROJAS	MECHA	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
09	RC	1078473770	WILDER		ISAMA	BAILARIN	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A								12	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	108	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Jhon Jairo R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

1,293

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 PAZCIFICO VIVE

NIT: 900937880-9 NÚMERO DE CONTRATO: 27000130-2025

MES: Marzo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO

Nombre Agente Educativo (a):WILLINTON BUGAMA ISARAMA CC:1077450920

Código CUENTAME UDS: 270011142866 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención EL TIGRE

Dirección UDS: EL TIGRE Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA						SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077490275	CAMILO		BUGAMA	CAISAMO	0	9			A																				1	0	
02	RC	1077490410	ELKIN		PANESO	DUMAZA	0	9			A																				1	0	
03	RC	1077490630	YORMAN		TAPI	BARIQUIDURA	0	7			A																				1	0	
04	RC	1078105398	ZEIDER		ISARAMA	DOGARI	0	11			A																				1	0	
05	RC	1020244538	LLUBER		TAPI	CHAMORRO	1	5			A																				1	0	
06	RC	1077489763	NESTOR		DUMASA	MAJORE	1	1			A																				1	0	
07	RC	1078104936	CRISTIAN		BARIQUIDURA	PANESSO	1	5			A																				1	0	
08	C.C.	1078009095	CESILIA		DUMASA	ISAMARA	20	6			A																				1	0	
09	C.C.	1128084452	DORALY		OCHOA	GARCIA	33	2			A																				1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Willinton Bugama
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

1,294

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 PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____
MES: Marzo AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO_____ Centro Zonal _QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):WILLINTON BUGAMA ISARAMA_____ CC:1077450920 _____
Código CUENTAME UDS: __270011142866_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_EL TIGRE _____
Dirección UDS: _EL TIGRE_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1077486660	NEILA		PANESO	DUMAZA	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1022450153	MATIAS		UNDAGAMA	ROJAS	4	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1077485966	NELY		TAPI	CHAMORRO	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077486654	LUZ	NERY	ISAMA	PANESSO	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077487136	JHON	LEYSER	TAPI	BARIQUIDURA	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1077487662	DERVINSON		ISARAMA	DOGARI	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1077488199	CLEIDER		ISARAMA	GONZALEZ	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1077488653	DANIELA		EVAO	DUMASA	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	6	
09	RC	1078103383	YARLINSON		JAISABA	DUMASA	3	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078103503	MARLENIS		PANESO	JAISABA	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078473388	OSMAIRA		DUMASA	MAJORE	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	132	0	

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

Willinto Bogama
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	

1,295

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937898-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____

MES: Marzo AÑO:_2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ____

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):LUIS EDUARDO UNDAGAMO ISABARE_____ CC:1077649102_____

Código CUENTAME UDS:___270011155461_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CONONDO_____

Dirección UDS: __CONONDO_____ 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: 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	1077490703	DAILIN	ALEJANDRA	UNDAGAMA	BECHECHE	0	6	A		1	0	
02	RC	1077489416	ELISA		ROA	DUAVE	1	5	A		1	0	
03	RC	1078475103	YILMAR		CHIRAMA	ROJA	1	0	A		1	0	
04	RC	1077653247	LIAM		BIRRI	CAIZAMO	1	0	A		1	0	
05	RC	1078105320	CLARA	EMILZA	FORASTERO	CAIZAMO	1	0	A		1	0	
06	RC	1078118880	DILAN	MATEO	PALACIOS	MORENO	1	4	A		1	0	
07	RC	1078474947	MARIA	JOSE	HURTADO	GAMBOA	1	3	A		1	0	
08	C.C.	1149434550	ADRIANA		ROJA	LANA	20	5	A		1	0	
09	C.C.	1003780283	YULIANA		MECHA	CAIZAMO	25	9	A		1	0	
10	T.I.	1077632907	MARCELA		UNDAGAMA	ISABARE	12	6	A		1	0	
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	10	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

Eduardo Undagama
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	

1,296

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27000130-2025

MES: AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO

Nombre Agente Educativo (a):LUIS EDUARDO UNDAGAMO ISABARE CC:1077649102

Código CUENTAME UDS: 270011155461 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CONONDO

Dirección UDS: CONONDO 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	1077488912	ANJELA		UNDAGAMA	ROJAS	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1078472974	LAURA	SOFIA	CHIRAMA	ROJA	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1078922387	MARIA	ISABELLA	RENTERIA	MORENO	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077487817	MAICOL	ESTIC	CABRERA	MANIZA	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077487990	DANNY	ALESSA	UNDAGAMA	BECHECHE	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1077653246	MILO		BIRRI	CAIZAMO	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078103409	JUAN	JOSE	UNDAGAMA	MECHA	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078473804	YEILER		UNDAGAMA	FORASTERO	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078104797	EWAR		UNDAGAMA	MECHA	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078474622	NEIVER	SADITH	MADERA	MENDOZA	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078474947	MARIA	JOSE	HURTADO	GAMBOA	1	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL		132	0	

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

Eduardo Undagama
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	

1,297

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____

MES: _Marzo_____ AÑO:_2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):ORLANDO BAILARIN TUNAY _____ CC: 1077439672_____

Código CUENTAME UDS: 270011155459_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -UNO_____

Dirección UDS: __NECORA 1_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077485945	PRINCESA		GONZALEZ	DUMAZA	4	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1077486858	YANETH		BAILARIN	GONZALEZ	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1077486991	CHAMIR		GONZALEZ	BAILARIN	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077487035	JAMERSON		BAILARIN	VANUVI	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077487616	DEICY		TUNAY	GONZALEZ	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1077488067	YOUCE		BAILARIN	GONZALES	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1077488309	YARLEISON		GONZALEZ	CHORY	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1077489733	CHACHI		GONZALEZ	VELASQUEZ	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1077490169	ANA	SOFIA	GONZALEZ	CUÑAPA	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078102116	MILENA		LANA	BAILARIN	4	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1078102120	CESAR		PANESSO	GONZALEZ	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12	RC	1078102345	HUBER		PANESSO	TAPI	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
13	RC	1078103895	ELIZA		VELASQUEZ	BAILARIN	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
14	RC	1078473373	SHAIRA		GONZALEZ	VELASQUEZ	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	168	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

_____ COORDINADOR(A) EA

Orlando bailarin
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

1,298

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 PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____

MES: Marzo_____ AÑO:_2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):ORLANDO BAILARIN TUNAY _____ CC: 1077439672_____

Código CUENTAME UDS: 270011155459_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -UNO_____

Dirección UDS: _NECORA 1_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	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					
									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	1077491094	ELVERLINA		TAPI	URIBE	0	3			A																				1	0	
02	RC	1077491149	ARELI		BAILARIN	GONZALEZ	0	2			A																				1	0	
03	RC	1077491231	LUIS	NELSON	GONZALEZ	BAILARIN	0	1			A																				1	0	
04	RC	1077490485	NINA		BAILARIN	GONZALEZ	0	7			A																				1	0	
05	RC	1077490849	VANESA		GONZALEZ	BAILARIN	1	1			A																				1	0	
06	C.C.	1003984332	RUBIELA		GONZALEZ	CUÑAPA	32	11			A																				1	0	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL	6	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

_____ COORDINADOR(A) EA

orlando bailarin 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	

1,299

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE — Hoja ___ de ___

NIT: 900937899-5 — NÚMERO DE CONTRATO: 27000130-2025 — Regional: CHOCO — Centro Zonal: QUIBDO — Municipio: QUIBDO

MES: Marzo — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a): CLEIDER BAILARIN TUNAY — CC: 1077421824

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA — Código CUENTAME UDS: 270011148446 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: BOCASALINA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA — Dirección UDS: BOCASALINA — 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	1077490458	YASIRI		DUMAZA	MANISA	0	8								A																1	0	
02	RC	1077490499	JHON	LEICER	DOGARI	PANESSO	0	7								A																1	0	
03	RC	1077490994	FLOR	CECILIA	CABRERA	YAMESON	0	4								A																1	0	
04	RC	1077491111	ELIANA		CABRERA	DUMAZA	0	4								A																1	0	
05	RC	1078105210	EMANUEL		CABRERA	PANESSO	1	4								A																1	0	
06	C.C.	1077447979	NAILA		QUINTERO		27	0								A																1	0	
07	C.C.	1077454983	NILSA		DUMAZA	URAGAMA	19	1								A																1	0	
08	C.C.	1131185787	SANDRA		DUMAZA	GONZALEZ	23	3								A																1	0	
09	C.C.	1133669096	LUCILA		PANESSO	HURAGAMA	39	7								A																1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

cleider Tunay
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	

1,300

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937880-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _27000130-2025_____
MES: Marzo AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):CLEIDER BAILARIN TUNAY_____ CC:1077421824_____
Código CUENTAME UDS:__270011148446_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_BOCASALINA_____
Dirección UDS: __BOCASALINA_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	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					
									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	1077486411	SALLY		TAPI	GONZALEZ	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
02	RC	1078473794	HAROL	FERLEY	DUMASA	DUMASA	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
03	RC	1039422958	SHEIRA	YELITZA	DOGARI	TASCON	2	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
04	RC	1077486404	IBER		ISAMA	QUINTERO	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
05	RC	1077487955	YOSIMAR		CABRERA	DUMAZA	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
06	RC	1077488446	WILBER		ISAMA	QUINTERO	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
07	RC	1078104458	ORLEIDY		PANESSO	PANESSO	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
08	RC	1078472533	ANGIE	MILENA	PANESSO	PANESSO	4	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
09	RC	1078473695	YEICY		DOGARI	PANESSO	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
10	RC	1078474193	CLEYCY	SOFIA	PANESSO	CABRERA	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
11	RC	1077489216	YAIDER		DUMAZA	PEREA	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A							12	0	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	132	0	

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

cleider tunay
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