BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MC12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Serania
NIT: 900252649-3 NÚMERO DE CONTRATO: 2025
MES: Febrero AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: Comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: Chocó Centro Zonal: Chocó
Nombre Agente Educativo (a): Gloria ordoñez CC: 36 800037
Código CUENTAME UDS: 27361 00066590 Municipio: Istmina Hoja ___ de ___
Dirección UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
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 L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1079107344	Amy	camila	Ventura	Murillo	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02		1076337837	pedro	Jose	Rojas	Murillo	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03		1033205796	Anthony		Garcia	cartagena	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04		1079103027	Mari	Yeycy	Cuesta	lopez	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05		1079102839	Isabela		osorio	chocho	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06		1047978191	Dilan		Quiro	Osorio	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07		1078859084	Jarlan	Smith	palacio	Ibañez	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
08		1061216992	Emily	Yorly	Gutierre		4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
09		1128730699	yoeidy	1	Manyoma	Caicedo	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
10		1076339171	Liam	Maiker	osorio	chocho	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
11		1076339041	Jhoel	Stiven	Ramires	Asprilla	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 229

Verificacion 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

Yurley Patricia Amu L
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Gloria ordoñez M

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Febrero AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Elizabeth M CC 356960083

Código CUENTAME UDS: 27361000674437 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Elizabeth M.R

Dirección UDS: Eduardo santos Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1079102603	Sofia		Hosquera	Hurtado	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
02	RC	1079102858	Xiomara		Hosquera	Velasquez	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
03	RC	1076338767	Lian	David	Caicedo	Hosquera	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
04	RC	1076338151	Falker	Dael	Perea	Murillo	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
05	RC	1076338124	Maylen	Nicol	Bermudez	Perea	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
06	RC	1076338232	Mhairel	Dareth	Mendoza	Murillo	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
07	RC	1079102643	Angel	Duvan	Moreno	Heno	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
08	RC	1079102603	Mia	Celeste	Romero	Leudo	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
09	RC	1079102673	Maylin	Luciana	Ibarguen	Perea	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
10																																			
11																																			
12																																			
13																																	TOTAL	171	

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	

COORDINADOR(A) EA

Elizabeth Hosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Febrero AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Flor Mary Mosquera CC 26.328.557
Código CUENTAME UDS: 2736100017471 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Flor Mary Mosquera
Dirección UDS: Carrera 3 # 1006 B/ Eduardo santos Teléfono UDS: 3136194426

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1079102583	Emily	Camilo	Morillo	salas	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02		1079102755	Yeimer	Andres	Lozano	Garcia	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03		1076338266	Leiner		Sanchez	Valderrama	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04		1079102983	Yeleidy	Sofia	Asprilla	Cardona	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05		1076338863	Evany	Amel	Hurtado	Mosquera	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06		1076338865	Lauren	Yulianny	Mosquera	Salas	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07		1076338633	Katerin	Sulainy	Mayoma	Hurtado	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08		1079103176	Yensy	Andrea	Lozano	Garcia	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09		1076339284	Hilary	Mosquera	Orejuela		1	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10												
11												
12												
13												
									TOTAL	171		

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

Yuly P. Arnud
COORDINADOR(A) EA

Flor Mary Mosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ____ de ____

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565 565
MES: Febrero AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Maria enorina quinto cc 26341657
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Enorina Quinto
Dirección UDS: Barno eduardo Santos Teléfono UDS: 3117106851

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079102927	Alber	Andres	palacios	figueroa	4	1		18	1	
02	RC	1076339356	EMELYN	Jatiana	Moreno	orejuela	1	6		18	1	
03	RC	1079103123	JHORDAN	SMITH	Valencia	Hurtado	2	11		19		
04	RC	1076339432	SHAROL	DaHiany	Gonzalez	cordoba	1	2		17	2	
05	RC	1076338498	Cuz	Jhojary	urrutia	Hurtado	2	6		19		
06	RC	1076339146	SAmuel	Enrique	Valdo	Palacios	1	10		19		
07	RC	1076339463	Roimar	Andres	mosquera	Asprilla	1	1		18	1	
08	RC	1076338265	Jhoarlinson		Reyes	orejuela	3	2		18	1	
09												
10												
11												
12												
13												

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

TOTAL 152

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	09
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

Yuly P. Amud
COORDINADOR(A) EA

Maria enorina quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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	

Hoja ____ de ____

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565
MES: Febrero AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: _____
Nombre Agente Educativo (a): Mariela Murillo cc 54257941
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mariela Murillo
Dirección UDS: _____ Teléfono UDS: 3146971048

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1076339641	Malorin	Davianny	Urutia	Perea	1	0						I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	1	
02	RC	1076339017	Nayra	NiKol	Largacha	Mosquera	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
03	RC	1079103033	Ashli	yarelys	Mosquera	Quinto	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
04	RC	1079103013	yailer	Axel	Hurtado	Moreno	2	10						A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	1	
05	RC	1079102383	Miguel	Angel	Iberguen	Reyes	4	5						I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	18	1	
06	RC	1038146815	Luciana		Peralta	Acosta	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	16	3	
07	RC	1076337943	yeiner	yesid	urrutia	Lopez	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
08	RC	1076339473	yeimar	Erney	urrutia	Lopez	1	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A				17	2	
09																																		
10																																		
11																																		
12																																1		
13																															TOTAL	152	8	

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

Yirly P. Amu
COORDINADOR(A) EA

Mariela Murillo M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Helena Quinto CC 35589517
Código CUENTAME UDS: 27361000677 17 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carmen Helena Quinto
Dirección UDS: Eduardo santos Agua Fria Teléfono UDS: 3127870801

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1067477732	Keiner	Santiago	Quinto	Obregón	2	10	A A A A A A A A A I A A A A A A A A A A	19		
02	RC	1128731746	Elianny		Cordoba	Mosquera	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1079103427	Heylin	Fernanda	Mosquera	Mosquera		8	A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1076338695	Heicer	Samuel	Palacios	Mosquera	2	5	A A A I A A A A A I A A A A A I A A A A	19		
05	RC	1076339104	Evelyn	Yajari	Orejuela	Palacios	1	9	A A A A A A A A I A A A A A I A A A A A	19		
06	RC	1019103256	Liam	Yared	Murillo	Mosquera	1	4	A A A A A A A A A I A A A A A I A A A A	19		
07	RC	1076339031	Austin	Andres	Murillo	Zuñiga	1	10	A A A A A A I A A A A A I A A A A A	19		
08	RC	1076338416	Heyser		Mosquera	Hernandez	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
09	RC	1019103091	Jhoimar	Yesid	Mosquera	Mosquera	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10												
11												
12												
13												
									TOTAL	171		

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:	2

Yuly Patricia Amd
COORDINADOR(A) EA

Carmen Helena Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: _ 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565

MES: FEBRERO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ___ ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): YEHILA LISETH ALVAREZ MORENO CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___ AGRUPADO LA ESPERANZA

Dirección UDS: _____ EDUARDO SANTOS Teléfono UDS: _____

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1076338268	YEIFRA		MOSQUERA	RIAÑO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A D		19	
02	RC	1079103182	CARWLING	WILLIANNY	VIVAS	MOQUERA			A A A A A A A D A A A A A A A A A A A A L		19	
03	RC	1076339153	JOSE	LUIS	MOSQUERA	IBARGUEN			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
04	RC	1076338657	GEICER	SAMIR	MOSQUERA	MINOTA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N		19	
05	RC	1076338914	ANGEL	JAMIL	MURILLO	PIZARIO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E		19	
06	RC	1076328014	LUZ	DARIANNY	PEREA	QUINTO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A C		19	
07	RC	1076338831	YHEIDER	ANDRES	MOSQUERA	COSSIO			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I		19	
08	RC	1076338572	GERONIMO		PACHECO	MARTINEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A D		19	
09	RC	1195217770	YELEAN	SARAY	ANGULO	MARTINEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N		19	
10	RC	1076339452	ANDRES	MATHIAS	DOMINGUEZ	BOHORQUEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A P		19	
11	RC	1067295657	ISSABELA		MARTINEZ	MEJIA			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A L		19	
12	RC	1034933478	JAZLIN	HALANNA	AGUIRRE	CORTEZ			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
13	RC	1076339000	KILIAM	JOSUE	HURTADO	MEDINA						
										TOTAL	207	

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

Yuri Patricia Amor
COORDINADOR(A) ZONAL

Yehila L. Alvarez M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ SUEÑOS ACTIVOS

NIT: _ 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565

MES: FEBRERO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ___ ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): CLARITZA MURILLO CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___ AGRUPADO LA ESPERANZA

Dirección UDS: _____ EDUARDO SANTOS Telefono UDS: _____

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
									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	1076338734	JHOSUAR	JOSE	HURTADO	HURTADO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	19	
02	RC	1079103133	JOIBER		HACHITO	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	19	
03	RC	1077466662	JAVIER	MATHIAS	GONZALEZ	PAVA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	
04	RC	1076338822	MIA	ELIZABETH	PAVA	GAMBOA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	19	
05	RC	1076338557	MICHELL	ANDREA	MOSQUERA	IBARGUEN			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	19	
06	RC	1076339416	EITHAN	SAEHEL	TORRES	PEREA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	
07	RC	1074687192	MEHILYN	YHAIRA	RENTERIA	CASTILLO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	19	
08	RC	1079102617	JHOJAN	FERLEY	MOSQUERA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	19	
09	RC	10763338080	GABRIEL	FELIPE	MOSQUERA	URRUTIA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	19	
10	RC	10763371079	ALAN	ESMITH	JULIO	QUINTO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	19	
11	RC	1076337985	EMMNUEL		SANCHEZ	CORDOBA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	19	
12	RC	1079102970	DEHIAN	JOSUP	URRUTIA	MOSQUERA			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	19	
13	RC	1079102863	YOFAR	ESMITH	CORDOBA	WALDO			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	
																															TOTAL	247	

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

Diana P. Amaya — COORDINADOR(A) FA

Claritza Murillo — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Hoja ____ de ____

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ___ SUERÑOS ACTIVOS

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: ________ 565

MES: FEBRERO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ________ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: ________ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: ______CHOCO______

Nombre Agente Educativo (a): VIGELINA MORALES

Código CUENTAME UDS: ________

Dirección UDS: ________ EDUARDO SANTOS

Centro Zonal ______ ISTMINA Municipio: ___ ISTMINA

CC ________

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___ AGRUPADO LA ESPERANZA

Teléfono UDS: ________

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	RC	1076337841	JHOSUAR	ALEXANDER	WALDO	MOSQUERA		
02	RC	1076339423	EMMNUEL		QUINTO	BRAM		
03	RC	1076339153	JANA	JOFIA	MOSQUERA	MARTINEZ		
04	RC	1079103263	MABEL	SOFIA	QUINTO	MOSQUERA		
05	RC	1076338954	THIAGO	SMITH	PEREA	GARCIA		
06	RC	1076339310	YEHILIN	SAMARA	COSSIO	CORREA		
07	RC	1128731048	JAILIN	ZADITH	RIVAS	QUINTO		
08	RC	1076339396	YARETH		CASTILLO	OREJUELA		
09	RC	1076338976	DAHIAN	YARETH	PALACIOS	BORJA		
10	RC	1076338300	IAM	SANTHIAGO	MOSQUERA	RIVAS		
11	RC	1079102547	HELEN	VALERIA	PEREA	MOSQUERA		
12	RC	1076338283	SEBASTIAN		MOQUERA	BERRIO		
13	RC	1076338762	RUEIBER		MARTINEZ	MOSQUERA		

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

No.	P-L	P-M	P-Mi	P-J	P-V	S-L	S-M	S-Mi	S-J	S-V	T-L	T-M	T-Mi	T-J	T-V	C-L	C-M	C-Mi	C-J	C-V	Q-L	Q-M	Q-Mi	Q-J	Q-V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	19	
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	19	
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	19	
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	19	
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	19	
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	19	
09						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	19	
10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	19	
11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	19	
12						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	19	
13						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19	
TOTAL																										247	

Verificacion 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

Yuliy P. Amd I
COORDINADOR(A) EA

Virgelina Morales.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Febrero AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: ____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: CHOCO Centro Zonal ____ ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Luz Mosquera CC ____

Código CUENTAME UDS: ____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Corazones

Dirección UDS: ____ Teléfono UDS: 3122174418

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1011417775	Wendy	Dayana	Hosquera	Urrutia	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
02	RC	1076338516	Yosual	Alexandro	Cordoba	Hosquera	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
03	RC	1076339450	Axel	David	Giraldo	Hosquera	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
04	RC	1076390325	Dioselin	Adhara	Murillo	Murillo	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
05	RC	1076339063	Heider	Santiago	Valois	Bonilla	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
06	RC	1076338274	Jean	Paul	Bentena	Chavez	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
07	RC	1076339096	Wesley	Nikol	Moreno	Barahona	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
08	RC	1076338838	Eyer	Smith	Rivas	Benitez	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
09	RC	1076339402	Jhoicer	Gael	Moreno	Murillo	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
10	RC	1076338621	Zoe	Daniela	Tovar	Lerma	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
11																																	
12																																	
13																																	
																															TOTAL	130		

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

Yirlly P. Amaya
COORDINADOR(A) EA

Luz Mariela Hosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Febrero AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: ____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Celmira H CC 35695369

Código CUENTAME UDS: 27361000 63991 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Corazones

Dirección UDS: B/sta Genoveva - Guayabal Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
01	RC	1076337755	Luisa	Fernanda	Mosquera	Rivas	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
02	RC	1076338724	Kiara	Yiseth	Mosquera	Valencia	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
03	RC	1078103856	Luz	Ester	Benitez	Urrutia	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
04	RC	1079103208	Carolin	Andrea	Mosquera	Mosquera	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
05	RC	1076337949	Edwin	N.A	García	Delgado	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
06	RC	1076338628	Yuberlin	Amaian	Hurtado	Hurtado	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
07	RC	1077486514	Erick	Santiago	Palacios	Murillo	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
08	RC	1076338467	Salome	N.A	Ibarguen	Rios	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
09	RC	1076337839	Joner	Arley	Florez	Mosquera	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
10	RC	1079102571	Alan	Andres	Arcos	Sanchez	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	19		
11																																	
12																																	
13																																	
																															TOTAL	130	

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

Yurley P. Amu d t
COORDINADOR(A) EA

Mg Celmira Hinestroza Ibarguen
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Febrero AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Agrupado HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Ana Nelly Sánchez CC 1076818155
Código CUENTAME UDS: 27361000639 91 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Corazones
Dirección UDS: Sta Genoveva sector Guayabal. Teléfono UDS: 3105192584

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1078474098	Deicy	Liliana	Sanchez	Mosquera	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
02	R.C	1128026288	Elit	Zamara	Mosquera	Urrutia	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
03	R.C	1079102896	Isaac	N. A	Mosquera	Mosquera	3	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
04	R.C	1076338109	Maria	Alejandra	Rivas	Benitez	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
05	R.C	1076338852	Marian	Celeste	Cordoba	Ibargüen	2	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
06	R.C	1113871930	Dayana	Violeta	Mosalve	Jimenez	2	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
07	R.C	1076339184	Joseph	Miguel	Moreno	Moriega	1	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
08	R.C	1076338584	Miguel	Angel	Estrada	Perea	2	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
09	R.C	1031949728	Yoisi	Daviana	Rivas	Bejarano	2	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
10	R.C	1076338569	Angel	Isaac	Torres	Valderrama	2	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	19		
11																
12																
13																
														TOTAL 190		

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

COORDINADOR(A) EA

Ana Nelly Sánchez A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: _____ 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 27005652024
MES: 02 AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCO___ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____ ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): _ PIEDAD ARRIAGA CC
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDAD ARRIAGA
Dirección UDS: _____ BASURU 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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077490772	ZAHIEN	ABDIEL	IBARGUEN	ASPRILLA		2	A A A A	4		
02	RC	1076338835	GAEL	ISAAC	ZAMARO	RENGIFO	2	4	A A A A A	4		
03	RC	1076339303	MARIA	VALENTINA	QUINTERO	PEREA	1	3	A A A A A	4		
04	RC	1077488264	ELIAM	JOSUE	CASTILLO	DIAZ	2	2	A A A A A	4		
05	RC	1076339595	DEIMARY		TAMATO	CORTEZ	1		A A A A A	4		
06	RC	1079103528	DYLAN	ANDRES	MURILLO	BENITEZ	1		A A A A A	4		
07	C.C.	1076320282	FLOR	MARIA	MOSQUERA	MORENO	30		A A A A A	4		
08	C.C.	1076325506	LILIANA		MOSQUERA	URRUTIA	36		A A A A A	4		
09	C.C.	1131185850	JASELIN	STHER	MURILLO	POTES	30		A A A A A	4		
10	RC	1089512600	OLEISA	YOHANA	ANGULO	CORDOBA	16		A A A A A	4		
11	T.I.	1003914921	ROSY	ISELA	IBARGUEN	VALENCIA	25		A A A A A	4		
									TOTAL	44		

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:	6

Yuliana P. Arriaga
COORDINADOR(A) EA

MIRNA CORDOBA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: _____ 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 27005552024
MES: 02 AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCO___ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____ ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): _ MIRNA CORDOBA CC
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIRNA CORDOBA
Dirección UDS: _____ BASURU 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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076339564	KEIDY	YISETH	LOZANO	MORENO	0	4		4		
02	RC	1076339628	SARETH	VIVIANYS	QUINTO	QUINTO	0	4		4		
03	RC	1076339644	JAILYN	ISABELA	LOZANO	MOSQUERA	0	3		4		
04	RC	1078475119	SHARON	JHOANA	URRUTIA	AGUILAR	0	2		4		
05	RC	1079103280	DEHIAM		URRUTIA	BORJA	1	3		4		
06	RC	1079103327	LUCCAS		MORENO	GOMEZ	1	4		4		
07	RC	1079103433	DEILY	SAMARA	MARTUNEZ	MORENO	1	5		4		
08	C.C.	1007545162	MARIA	DIOCELINA	MOSQUERA	MOSQUERA	28			4		
09	C.C.	1076329724	MARICEL		MORENO	MARTIINEZ	32			4		
10	C.C.	1076330208	YADIRA		PALACIOS	MOSQUERA	31			4		
11	C.C.	1079093789	ELISA		MOSQUERA	MARTINEZ	22			4		
12	C.C.	1133664337	LUZ	YAMIRA	MOSQUERA	COPETE	36			4		
13	T.I.	1077998700	YASURY	LILIBETH	CONSUEGRA	SANCHEZ	18			4		
14	T.I.	1079099600	DARILESSI		MOSQUERA	CORDOBA	19					
15	T.I.	1193411424	YULI	MILENA	LOZANO	LARGACHA						
									TOTAL			

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3H
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	8

Yuly P. Amos +
COORDINADOR(A) EA

Piedad Arriaga
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: _____ 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 27005652024
MES: 02 AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCO___ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____ ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): _ MARIA NILVIA CC
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención :MARIA NILVIA
Dirección UDS: _____ CHIGORODO 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	1076339761	MARIAN	JAVIANNY	MOSQUERA		0	4						A					A					A					F.					4		
02	RC	1076339767	YEIKERE	MATIAS	HURTADO	COPETE	0	3						A					A					A					A					4		
03	RC	1076339772	ABDIL	ALAHIA	MARTINEZ	OREJUELA	0	3						A					A					A					A					4		
04	RC	1076339047	YOSMER	ELIAM	QUINTO	CORREA	1	4						A					A					A					.	A				4		
05	RC	1076339173	DEILIN	JARLEICY	QUINTO	QUINTO	1	3						A					A					A					A					4		
06	RC	1076339229	KELHANI	ANDREA	QUINTO	MOSQUERA	1	3						A					A					A					A					4		
07	RC	1076339255	YEAN	ANDRES	QUINTO	PALACIOS	1	4						A					A					A					A					4		
08	RC	1076339438	JEINER	ANDRES	QUINTO	MARTINEZ	1	3						A					A					A					A					4		
09	RC	1079103487	EHILAN	ADHARA	QUINTO	MOSQUERA	0	3						A					A					.					A					4		
10	RC	1073669454	EMILIANO		QUINTO	QUINTO	1	5						.	A				A					A						A				4		
11	T.I.	1045136666	KAREN	YAJAIRA	RENTERIA	SERNA	20							A					A					A					A					4		

TOTAL 4

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	6
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Muriel Patricia Amud
COORDINADOR(A) EA

Mº Nilvia Cano
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

Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
VIVIR

FORMATO DE RPP

NIT 900.415.764-0

				29/08/19
				Página 1 de 1
				Clasificación de la información: Pública

Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
BINESTARINA MAS			
900 G	MARIAN MOSQUERA	1078339761	
900 G	YEIKERE HURTADO	1078339787	
900 G	ABDIL RENTERIA	1078339772	
900 G	KAREN MARINEZ	1045136868	

Beth Yuneth Renteria Mosquera
ntante Legal EAS o su delegado

	PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FT.M013.PP	29/01/2019

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI____
RACIÓN: Mensual ___X____ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____MARIA MILVIA QUINTO_____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL	Alimento de alto valor Nutricional										NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					6-11 MESES	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSEHCA	CEBOLLA	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	ACEITE	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
						Especifique cantidad entregada o colocar un guion si el alimento no se entrego en el paquete												
1	EMILIANO QUINTO	1076339454	03-02-25	14-02-2025	X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500 CC	500CC	15 UND	900 G	FLOR ROSSI QUINTO	1076326553	Flor Q.
2																			
3																			
5																			

Observaciones:

Firma: Mª Nilvia Q.

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yuljeth Yamerly Renteria Mosquera

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.FP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ___COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___
RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Recoso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS: ____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ____MARIA NILVIA QUINTO___

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL											Alimento de alto	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NIÑOS DE 1-A 2 AÑOS	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSEHCA	CEBOLLA	LECHE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	ACEITE	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
1	YOSMER QUINTO	1076339047	03-02-225	14-02-225	X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	250G	30 UND	900 G	ELIDA CORREA	1128724494	ELIDA
2	DEILIN QUINTO	1076339173			X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	250G	30 UND	900 G	FLOR QUINTO	1076326553	Flor Quinto
3	KELHANI QUINTO	1076339229			X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	250G	30 UND	900 G	YULISA MOSQUERA	1076331192	Yulisa
4	YEAN QUINTO	1076339255			X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	250G	30 UND	900 G	YULENIS PALACIOS	1003850496	Yulenis P.
5	JEINER QUINTO	1076339438			X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	250G	30 UND	900 G	ANNI MARTINEZ	1076325539	Anni M.
6	EHILAN QUINTO	1079103487			X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	250G	30 UND	900 G	SIRLY QUINTO	1076321828	Sirly Quinto

Observaciones:

Firma: M° Nilvia Quinto

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yulieth Yomely Renteria Mosquera

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Fl.MO13.PP	20/03/2013
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___
RACIÓN: Mensual __X____ Vacaciones o Receso_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___PIEDAD ARRIAGA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL	Alimento de alto valor Nutricional										NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					1-2 AÑOS	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSEHCA	CEBOLLA	LECHE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
4	DEIMARI TAMAYO	1076339595	3/02/2025	14/02/25	X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	MARIA CORTEZ	1076333513	Maria Cortez
2	DYLAN MURILLO	1079103528	3/02/2025		X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	ELEMER MURILLO	1076332452	Elemer

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega: Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F-18.013.PP	2023-06-16
Versión: 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___
RACIÓN: Mensual ___X_____ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS: ____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ____PIEDAD ARRIAGA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL										Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					6-11 MESES	ARROZ	AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LENTEJA	ACEITE	HUEVO DE GALLINA	BIENESTARINA MAS			
						1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UNI	900 G			
1	GAEL ZAMORO	1076338835	3/02/2025		X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UNI	900 G	YOELIX RENGIFO	22525402	Yoelix R.
2	MARIA QUINTERO	1076339303	3/02/2025	02/03/23	X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UNI	900 G	GISELA PEREA	1003851065	Gisela P.
	ELIAM CASTILLO	1077488264	3/02/2025		X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UNI	900 G	AMILKAR CASTILLO	1078918878	Amilkar C.

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI-MG12-PP	20/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___
RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____PIEDAD ARRIAGA _____
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL														Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MUGER GESTANTE Y LACTANTANTE	ARROZ AVENA		PASTA ALIMENTICIAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TIGO	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LECHE EN POLVO	FRIJOLE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	PANELA	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
1	FLOR MOSQUERA	1076320282	3/02/2025	02-2-25	x	2000G	1000G	1000G	100OG	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	FLOR MOSQUERA	1076320282	Flor M.
2	LILIANA MOSQUERA	1076325506	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	100OG	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	LILIANA MOSQUERA	1076325506	Liliana
3	JASELIN MURILLO	1131185850	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	100OG	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	JASELIN MURILLO	1131185850	Jaselin
4	OLEISA ANGULO	1089512600	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	100OG	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	OLEISA ANGULO	1089512600	Oleisa
5	ROSY IBARGUEN	1003914921	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	100OG	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	ROSY IBARGUEN	1003914921	ROSY I.
6	ZAHIEN IBARGUEN	1077490772	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	100OG	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	FANNY YIRLEY ASPRILLA	1003915164	Fanny

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

Representante Legal EAS o su delegado

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

Documento copia controlada. Prohibida su copia, distribución no autorizada sobre DISPOSITIVO CONTROLADO.

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Ft-MO13.PP	23/03/2023
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Público	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___
RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____MIRNA CORDOBA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL															Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MUGER GESTANTE Y LACTANTANTE	ARROZ	AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TIGO	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LECHE EN POLVO	FRIJOLE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	PANELA	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
1	MARIA MOSQUERA	1007545162	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	MARIA MOSQUERA	1007545162	Maria M
2	MARICEL MORENO	1076329724	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	MARICEL MORENO	1076329724	Maricel
3	YADIRA PALACIOS	1076330208	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YADIRA PALACIOS	1076330208	Yadira
4	ELISA MOSQUERA	1079093789	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	ELISA MOSQUERA	1079093789	Elisa
5	LUZ MOSQUERA	1133664337	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	LUZ MOSQUERA	1133664337	Luz M.
6	YASURY CONSUEGRA	1077998700	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YASURY CONSUEGRA	1077998700	yasury
7	DARILESSI MOSQUERA	1079099600	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	DARILESSI MOSQUERA	1079099600	Darilessi
8	YULI LOZANO	1193411424	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YULI LOZANO	1193411424	YULI
	KEIDY LOZANO	1076339564	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YULITZA MORENO	10075455180	Yuliza
	SARETH QUINTO	1076339928	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	VIVIANA QUINTO	1192733902	VIVIANA
	JAILYN LOZANO	1076339644	3/02/2025	14-02-25	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	HENNY MOSQUERA	1076326593	Henny

Observaciones:

Firma: MIRNA CORDOBA
Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yulieth Yamerly Renteria Mosquera
Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: _____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI____
RACIÓN: Mensual ___X_____ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: 02

NOMBRE DE LA EAS:_____FUNDACION PAZCIFICO VIVE____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____MIRNA CORDOBA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL											Alimento de alto valor	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NIÑO DE 1-2 AÑOS	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LECHE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS				
1	SHARON URRUTIA	1078475119	3/02/2025	14-02-2025	x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	KELY AGUILAR	1077461137	Kely A.
	DEHIAM URRUTIA	1079103280	3/02/2025	14-02-2025	x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	YIMI URRUTIA	1007597653	Yimi Urrutia
	LUCCAS MORENO	1079103327	3/02/2025	14-02-2025	x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	DEICY GOMEZ	1076328010	Deicy G.
2	DEILY MARTINEZ	1079103433	3/02/2025	14-02-2025	x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	DALIS MORENO	35697691	DALIS MORENO

Observaciones:

Firma: MIRNA CORDOBA

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

Representante Legal EAS o su delegado

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