NUEVOVIVIR

NIT 900.415.674-0

FUNDACIÓN POR UN NUEVO VIVIR

INFORME TÉCNICO PROGRAMA HCB FAMILIAR COMUNITARIO Y FAMI FAMILIAR

CONTRATO:27005642024

NOVITA

MES: ABRIL

2025

Folios 256

Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
Tel: 3146858289 - 3108950859
Email: porunnuevovivir@gmail.com

NUEVOVIVIR

NIT 900.415.764-0

TABLA DE CONTENIDO INFORME TÉCNICO PROGRAMA HCB

ACCIONES COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN..... 1

Formatos RAM HCB comunitario 2-15
Formatos RAM HCB fami familiar..... 16-19
Informe general componente administrativo 20-24

ACCIONES DESARROLLADAS EQUIPO DE APOYO INTEGRALIDAD.....25

Muestra informe apoyo psicosocial 26-35
Muestra informe apoyo salud y nutrición.....36-56
Muestra informe pedagógico.....57-82

ACCIONES COMPONENTE FAMILIAS COMUNIDADES Y REDES.....83

Reporte de fallecimiento, hechos violentos y abuso sexual 84-85
Formatos entrega de RPP.....86-90
Muestra fotográfica entrega de RPP.....91-93

ACCIONES COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN 94

Muestra formatos diligenciados entrega de bienestarina HCB familiar y y comunitaria.....95-107
Muestra fotográfica entrega de bienestarina HCB familiar y comunitaria.....108-109
Muestra formatos diligenciados entrega de bienestarina HCB fami familiar y comunitaria.....110-113
Muestra fotográfica entrega de bienestarina HCB fami familiar y comunitaria.....114-115
Muestra formato entrega de refrigerio.....116-120
Muestra fotográfica entrega de refrigerio.....121-123

ACCIONES COMPONENTE PEDAGÓGICO.....124

Muestra informe de planeaciones pedagógicas HCB comunitario.....125-193
Muestra fotográfica de actividades pedagógicas.....194-199
Muestra plan de trabajo HCB fami bienvenir.....200-208
Muestra informe de encuentros pedagógicos.....209-211
Muestra firma de asistencias a encuentros pedagógicos.....212-218
Muestra formatos de encuentros en el hogar.....219-253
Muestra fotográfica de encuentros en el hogar.....254-256

NIT 900.415.674-0

ACCIONES DESARROLLADAS COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN



Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
Tel: 3146858289 - 3108950859
Email: porunnuevovivir@gmail.com

NUEVOVIVIR

NIT 900.415.674-0

FORMATOS

RAM PROGRAMA HCB FAMILIAR Y COMUNITARIO

Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
Tel: 3146858289 - 3108950859
Email: porunnuevovivir@gmail.com

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 POR UN NUEVO VIVIR

NIT: 900.415.674-0 NÚMERO DE CONTRATO: 564

MES: Abril AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y Comunitaria

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Novita

Nombre Agente Educativo (a): Mª Meregilda I CC 35857786

Código CUENTAME UDS: 27491000087358 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Mª Meregilda I

Dirección UDS: San Jerónimo Teléfono UDS: 3108732462

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: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078472294	Katerin	nohara	Palomeque	ortiz	4	7	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
02	RC	1128026367	Wilber	samir	Moreno	Moreno	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
03	RC	1079102562	Jeilyn	samara	Rivas	Moreno	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
04	RC	1128026469	Darlinton	Alexander	Murillo	moreno	2	10	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
05	RC	1128731890	estefani		Chamorro		1	4	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
06	RC	1076339434	marlin	Xiomara	tonoto	moreno	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
07	RC	1078858927	Keila		Hurtado	Palacios	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
08	RC	1076338480	Helen	Dayana	Venega	Lozano																												
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
																															TOTAL	128		

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

COORDINADOR(A) EA

Mª magnolia 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 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: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.316.796-0
NUMERO DE CONTRATO: 564 574
MES: Abril
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: Novita
Nombre Agente Educativo (a): Norma Luna
CC: 26.349.797
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Norma Luna
Dirección UDS: Juntas del Tamana
Teléfono UDS:
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																								
			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	1141164485	Matias		Hurtado	Asprilla	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
02	RC	1142527131	Hailen	Luciana	chavez	Peñaloza	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
03	RC	1077201220	JOSEPH	Mateo	Rodriguez	Mosquera	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
04	RC	1113871297	Dilan	Andres	Mosquera	Ruiz	3	9	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
05	RC	1074687194	Luis	Miguel	Ibargüen	Rivas	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
06	RC	1074687201	Estivinson		Gorabata	Cerezo	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
07	RC	1076353314	Steicy	Lorena	Mosquera	Mosquera	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
08	RC	1088324171	Yoselin	Liseth	Aspilla	Hurtado	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
09	RC	1142526655	Greimar		chavez	Mosquera	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
10	RC	1225094940	Wailin		Ibargüen	Ordoñez	2	12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
11	RC	1076353432	Lian	Gael	Mosquera	Mosquera	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
12	RC	1076353749	Haillin	Yulieth	Garces	Urrutia	5	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
13	RC	1077200995	Yeison	David	Cerezo	Cerezo	5	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
14																																			
15																																			
																															TOTAL	2	0	8

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

Norma fidelio Luna
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.418.784-0 NÚMERO DE CONTRATO: 564 2024
MES: Abril AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y Comunitaria

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Novita
Nombre Agente Educativo (a): Anyi Asprilla CC 1114094581
Código CUENTAME UDS: 2749111 6672 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Pequeños gigantes
Dirección UDS: Urabera Teléfono UDS: 3105300382

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL	
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1076353445	Liam		Mosquera	Mosquera	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
02	RC	1133689283	Deimar	Stiven	Leudo	Sanchez	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
03	RC	1076353306	Methany	Samanta	Rodriguez	Mosquera	5	10	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
04	RC	1076355310	Janna		Mosquera	Mosquera	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
05	RC	1076353386	Dulce	Maria	Ibarguen	Sanchez	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
06	RC	1076353532	Nicolas	Emiliano	Leudo	Mosquera	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
07	RC	1114096730	valeris		Rivas	Mosquera	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
08	RC	1114165004	Emanuel	Andres	Rios	Castaño	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
09	RC	1114165043	Emanuel		Hurtado	Mosquera	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
10	RC	1225094226	Yaer		Ibarguen	Sanchez	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
11	RC	1225093561	Tyler		Salazar	Asprilla	5		A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	

TOTAL 176

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Anyi Asprilla Hurtado
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

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 POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.415.764-0
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional
SERVICIO DE ATENCION: J. Completo
NUMERO DE CONTRATO: 564
AÑO: 2025
COMUNITARIA
HCB: Familiar y comunitario

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: Nóvita
Nombre Agente Educativo (a): Geicy Yurany Gómez
CC: 1112760491
Código CUENTAME UDS: 27491000187397
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Geicy Yurany G.
Dirección UDS: Juntas del Tamaná
Teléfono UDS: 3113312045

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1113871925	Alan	Yeray	Rivas	Peñaloza	2	5	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
02	RC	1077201358	Liseth	Dayana	Hurtado	Asprilla	2	2	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
03	RC	1114165949	Juan	Alejandro	Ibargüen	Rivas	1	3	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
04	RC	1076353516	Yirlesa		Moreno	Viveros	1	6	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
05	RC	1114164586	Karla	Naomi	Mosquera	Hurtado	4	4	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
06	RC	1076353884	Keily	Thalia	Gómez	Peñaloza	2	9	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
07	RC	1113872378	Helen	Danesa	Rivas	Peñaloza	1	2	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
08	RC	1114252342	Liam	Zaid	Mosquera	Jordán	4	10	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
09	RC	1077200158	Alanna		Leudo	Martinez	4	4	A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
10	RC	1114163861	Maria de los	Angeles	Hurtado	Asprilla	5		A A A A A	A A A A A		A A A	A A A	16		
11																
12																
13																
14																
15																

TOTAL 160

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

COORDINADOR(A) EA

Geicy Yurany Gómez
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.416.794-0
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 564
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y comunitaria

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: Novita
Nombre Agente Educativo (a): Diana Murillo
CC 1074686279
Código CUENTAME UDS: 2749100 87 305
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Diana Murillo
Dirección UDS: Novita Pinoza
Teléfono UDS: 3218760400

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1074687771	KAREN	ALEXANDRA	CORDOBA	GANDOG	5	9	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
02	RC	1074687777	NELLI	TAMARA	CUESTA	FONSECA	5	6	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
03	RC	1076338082	CHAROL	NICOL	LOPEZ	RAMIREZ	3	9	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
04	RC	1076338620	LUISA	DARIANNY	RAMIREZ	RIVAZ	2	7	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
05	RC	1076338746	HAIFER	SAID	MORENO	ASPRILLA	2	9	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
06	RC	1077201014	KELLY	SAMARA	IBARGUEN	LOPEZ	5	5	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
07	RC	1077201064	IAN	CAMILO	IBARGUEN	TORRES	4	11	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
08	RC	1077201069	LISBETH	DAHIANA	IBARGUEN	ASPRILLA	4	11	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
09	RC	1077201093	MARGARET	CELESTE	MURILLO	MURILLO	4	7	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
10	RC	1077201212	YULIANA	STEFANI	MURILLO	URRUTIA	3	9	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
11	RC	1077201262	LUIS	EMMANUEL	QUIÑONES	PALACIO	3	5	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
12	RC	1077201372	DENIS	FERNANDA	MURILLO	IBARGUEN	2	1	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
13	RC	1077211362	YULIOT	ALEXANDER	LOPEZ	RAMIREZ	2	4	A A A A A	A A A A A		A A A A	A A A	16		
14																
15																
													TOTAL	224		

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

COORDINADOR(A) EA

Diana 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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FB.MO12.PP Versión 8	28/06/2018 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.418.756-0 NÚMERO DE CONTRATO: 564 574
MES: ABRIL. AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal IST MINA Municipio Nuquí
Nombre Agente Educativo (a): Viviana P. Ordoñez CC 1.077.199231
Código CUENTAME UDS: 2749/1122888 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Viviana O.
Dirección UDS: Tambito Teléfono UDS 3117008774
Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES) SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES) TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES) CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES) QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077201111	Dulle	Maria	Ibargueu	Ordoñez	4	7	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
02	RC	1077201174	Cristal		Mosquera	Jordau.	4	0	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
03	RC	1144002306	Maylin.	Luciana	Jordau.	Mosquera	2	4	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
04	RC	1088363214	Eyleen.	Thamara	Mosquera	Mosquera	2	4	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
05	RC.	1089393196	Helena		Hurtado	Jordau.	2	8	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
06	RC	1076338162	Heymar	David	Mosquera	Ledezma	4	0	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
07	RC	1077201235	Wilmar		Uragama	Duave.	3	5	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
08	RC	1089646915	Maria	Salomé	Asprilla	Ibargüeu	2	3	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
09	RC	1111706221	Dilau.	Esneyder	Ledezma	Ramirez	2	7	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
10	RC.	1077201034	José	Keiner.	Uragama	Duave.	5	0	AAAAAAAAAA		AAAA AAA	16		
11														
12														
13														
14														
15														

TOTAL 160

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	

Viviana Patricia Ordoñez
RESPONSABLE DE GRUPO

COORDINADOR(A) EA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es considerada 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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F8.MO12.PP	29/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 5	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: [redacted]
NUMERO DE CONTRATO: 564 565
MES: Abril
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y comunitario

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Novita
Nombre Agente Educativo (a): Carolina Cartagena H. cc 1.088.317.649
Código CUENTAME UDS: 274910008728 8
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carolina Cartagena H.
Dirección UDS: Santa María de Orialora
Teléfono UDS: 3105261415

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	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	1.114.164.845	Hade	Victoria	Leudo	Moreno	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
02	RC	1.114.164.730	Saira	Yuligmi	Posso	Mosquera	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
03	RC	1.076.353.506	Brayan	Smith	Mosquera	Ibargüen	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
04	RC	1.094.985.729	Heidi	Yuliana	Lemus	Mosquera	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
05	RC	1.076.353.537	Thoan	Gael	Hurtado	Mosquera	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
06	RC	1.077.488.164	Alexandra		Valencia		2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
07	RC	1.114.094.764	Maylin	Viviana	Cartagena	Moreno	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
08	RC	1.076.825.440	Jorge	Eduardo	Mosquera	Hurtado	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
09	RC	1.076.353.567	Anyelo		Mosquera	Mosquera	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
10	RC	1.076.353.197	Keiner	Smith	Mosquera	Hurtado	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
																															TOTAL	160		

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

Carolina Cartagena Hurtado
COORDINADOR(A) EA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 8	29/05/2018 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL		Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR

NIT: 900.415.764-8 NÚMERO DE CONTRATO: 564 564

MES: Abril AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: Tradicional HCB Familiar y Comunitario

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Nuquí

Nombre Agente Educativo (a): Mercedes rivas CC 70852816118

Código CUENTAME UDS: 2214777 6672 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Huellas felices

Dirección UDS: Urbanización Teléfono UDS: 3142529755

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
11	RC	706763535 97	Yeiri	Sanchez	Ivarguen	Ivarguen	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
12	RC	706763535 95	DAmi	Samira	Mosquera	Sanchez	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	76		
13	RC	7733265939 0	Forluison		Mosquera	Mosquera	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
14	RC	706763550 94	Brian		Mosquera	Mosquera	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
15	RC	706763533 09	Genesis		Mosquera	Mosquera	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
16	RC	706763533 77	DAYerson		Mosquera	Mosquera	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
17	RC	706763534 78	Weinin	Louisa	Mosquera	Mosquera	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
18	RC	706773534 67	Thiago		rivas	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	76		
19	RC	777476567 5	Keiner	Andres	Ivarguen	Mosquera	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
13	RC	722464964 85	EManuel		Timana	Cuicedo	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	76		
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			

TOTAL 760

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

COORDINADOR(A) EA: Mercedes rivas 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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6 MO12 PP	29/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Publica

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900 413 784-0
NUMERO DE CONTRATO: 564 574
MES: Abril
AÑO: 2018
MODALIDAD DE ATENCION: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: Completo HCB Familiar y Comunitaria

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: NOVITA
Nombre Agente Educativo (a): Martha patricia M.
cc 1193548713
Codigo CUENTAME UDS: 27491000873 19
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: Martha Patricia M.
Dirección UDS: Novita - tgte
Telefono UDS: 3019430455

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1076825021	willins	Smith	Rivas	Mosquera	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
02	RC	1077201359	Asli	Naomi	Jordan	Moreno	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
03	RC	1024687220	Helianni	Yarlei	Gomez		2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
04	RC	1077201033	Mariangelica		Arboleda	Rivas	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
05	RC	1078103212	Helin	Dayana	Gonzalez	Gomez	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
06	RC	1078103213	Danyelin	Tatiana	Gonzalez	Gomez	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A		A	A	A			16		
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				

TOTAL 96

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

Martha Patricia Mosquera.
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FR.MO12.PP Versión 5	28/06/2018 Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ____ FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR

MES Abril NUMERO DE CONTRATO 564 SM

AÑO 2022

MODALIDAD DE ATENCION Tradicional COMUNITARIA

COMPONENTE DE ATENCION HCB Familia y Comunidad

IDENTIFICACION

Regional ____CHOCO____ Centro Zonal ____ISTMINA Municipio Nuqui

Nombre Agente Educativo (a) Santa Ibargoen CC 1077200019

Codigo CUENTAME UDS 27491000873 10 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Santa Ibargoen

Direccion UDS Aguaclarita Telefono UDS 3232927445

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. definitivo	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																								
									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	1077201195	Angel	David	Vivero	Mosquera	3	11	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
02	RC	1077201196	Ihoswan	Luis	Vivero	Mosquera	3	11	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
03	RC	1077201213	Dilan		Ibargoen	Chavez	3	9	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
04	RC	1077201337	Ihosep	Amir	Vivero	Chavez	2	7	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
05	RC	1077201346	Wilmer	Smith	Chavez	Vivero	2	6	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
06	RC	1077201352	Yanier		Peñaloza	Chavez	2	5	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
07	RC	1099556147	Enanyeliz	Sofia	Chamorro	Velazques	3	11	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
08	RC	1077201112	Thiago		Ibargoen	Palacios	4	6	A	A	A	A	A	A	A									A	A	A	A		A	A	A		16		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		

TOTAL 128

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

Santa Patricia Ibargoen.

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F8.MO12.PP	29/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 5	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR — NIT: 900.415.764-0 — NÚMERO DE CONTRATO: 564 574 — MES: ABRIL — AÑO: 2025 — MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA — SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Familiar y comunitario

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1

Regional: CHOCO — Centro Zonal: ISTMINA — Municipio: Nóvita

Nombre Agente Educativo (a): Luz Dary Jordan — CC 54.256.884

Código CUENTAME UDS: 27491000083380 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Luz Dary Jordan

Dirección UDS: Tambito — Teléfono UDS: 3005224796

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077201374	Dilan	Andres	Mosquera	Mosquera	2	0	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
02	RC	1089642845	Zoé	Itzamara	Ibargüen	Ibargüen	4	4	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
03	RC	1076353257	Thelor	David	Mosquera	Mosquera	4	3	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
04	RC	1077201162	JEFFY	Andres.	Mosquera	Bram.	4	3	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
05	RC	1074687176	Rosa	Helena	Graces.	Ibargüen	5	0	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
06	RC	1077201063	Mahomy		Ibargüen	Jordan.	5	0	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
07	RC	1089942308	Hanna		Mosquera	Ramirez	5	0	A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
08	RC	1142527131	Hallen.	Luciana	Chavez	Peñaloza	17		A A A A A A A A A A			A A A A	A A A	16		
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15														TOTAL	128	

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

Luz Dary Jordan.
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/06/2016 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR

NIT: 800 613.760-0 NÚMERO DE CONTRATO: 564 574

MES: Abril AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCION: Tradicional COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo HCB: Familiar y Comunitaria

IDENTIFICACION

Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Novita

Nombre Agente Educativo (a): Yarleidy Jordan CC: 1070107886

Código CUENTAME UDS: 279900687350 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Yarleidy Jordán

Dirección UDS: Quebrada larga Teléfono UDS: 3148475868

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1074687225	Samuel	Elias	Mosquera	Rodriguez	2	2	A A A A A A A A A A		16		
02	RC	1074687199	Liam	Smit	Jordán	Mosquera	3	4	A A A A A A A A A A		16		
03	RC	1077201557	Luciana		Mosquera	Rivas	2	4	A A A A A A A A A A		16		
04	RC	1077201102	Halan	Yesid	Jordan	Rivas	1	6	A A A A A A A A A A		16		
05	RC	1074687198	Shava	Fabiamy	Jordan	Jordán	3	5	A A A A A A A A A A		16		
06	RC	1077207418	Gael		Mosquera	Jordan	1	2	A A A A A A A A A A		16		
07	RC	1077207049	Jailen	Samir	Jordan	Chavez	5	0	A A A A A A A A A A		16		
08	RC	1074687164	Eiver	Jafet	Mosquera	Rodriguez	5	1	A A A A A A A A A A		16		
09	RC	1074687232	Liseth	fernanda	Mosquera	Rivas	1	10	A A A A A A A A A A		16		
10	RC	1079102871	Maithe		Jordan	Mosquera	4	1	A A A A A A A A A A		16		
11													
12													
13													
14													
15										TOTAL	160		

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

Yarleidy Jordán Asprilla
RESPONSABLE DE GRUPO

COORDINADOR(A) EA

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 6	29/05/2018 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR

NIT: 900.618.764-0 NÚMERO DE CONTRATO 564 ZH

MES: Abril AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCION: Comunitario ICB Familias y comunitarios

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Chocó

Nombre Agente Educativo (a): Santa Nabel H.

Código CUENTAME UDS: 22491008731414

Dirección UDS: La Puente

Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Nuquí

CC 35898572

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Santa Nabel Hurtado

Teléfono UDS: 3127768821

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077201076	Maria	Yiset	Hurtado	Mosquera	4	10	A A A A A A A A A A		16		
02	RC	1077201198	Lucas		Mosquera	Mosquera	3	10	A A A A A A A A A A		16		
03	RC	1077201283	Elder		Mosquera	Olaya	2	11	A A A A A A A A A A		16		
04	RC	1112796411	Jeffer	David	Hernandes	Barses		9	A A A A A A A A A A		16		
05	RC	1191227631	Thostin	David	Murillo	Garcia	1	8	A A A A A A A A A A		16		
06	RC	1077201067	Gianni	Thamara	Hurtado	Mosquera	5	2	A A A A A A A A A A		16		
07	RC	1074687185	Eliam		Ibargüen	Mosquera	5	8	A A A A A A A A A A		16		
08	RC	1074687183	salome		Mosquera	cobollo	5	8	A A A A A A A A A A		16		
09	RC	1077201473	EDWAR		Duasama	Duque		4	A A A A A A A A A A		16		
10													
11													
12													
13													
14													
15													
									TOTAL		144		

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

COORDINADOR(A) EA

Santa Nabel Hurtado. P.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

NIT 900.415.674-0

FORMATOS

RAM PROGRAMA HCB FAMI FAMILIAR Y COMUNITARIO

Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
Tel: 3146858289 - 3108950859
Email: porunnuevovivir@gmail.com

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.M012.PP Versión 8	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: [illegible]
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Fami COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Fami HCB Fami familiar y comunitario
NÚMERO DE CONTRATO: 564 324
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Novita
Nombre Agente Educativo (a): Ana Cecilia Rivas Ruiz cc 1076321118
Código CUENTAME UDS: 2749100087417
Dirección UDS: Novita (Jesus Pobre)
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Ana Cecilia Rivas Ruiz
Teléfono UDS: 3147172370

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES SEGUNDA: LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES TERCERA: LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES CUARTA: LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES QUINTA: LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1003756338	Marlyn	Yaneth	Ibargüen	Ruiz	22		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
02	CC	1003915158	Seanny	Paola	Rivas	Ruiz	25		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
03	CC	1028162154	Carmen	Elisa	Candelo	Velasquez	20		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
04	CC	1078986064	Sandra	Milena	Medina	Largacha	23		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
05	CC	1003915139	Betty	Yuranny	Mosquera	Rivas	25		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
06	TI	1079460183	Darlin	Katherine	Murillo	Ibargüen	16		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
07	RC	1077201472	José	Samuel	Rivas	Rivas		2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
08	RC	1077201466	Yoselin	Darianny	Valencia	Moreno		6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	4		
09	RC	1074687239	Eliam	David	Alvarez	Rivas	1		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	3		
10	RC	1077201443	Enny	Samay	Asprilla	Ibargüen		9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	3		
11	RC	1077201406	Hailey	Adhara	Murillo	Rivas	1		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A /	3		
12												
13												
14												
15												
									TOTAL	41		

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

Ana Cecilia Rivas Ruiz
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.418.744-6
NÚMERO DE CONTRATO: 564 574
MES: Abril
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB Fami Familia y comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: Novita
Nombre Agente Educativo (a): Mª Rosario Moreno
CC 1003915175
Código CUENTAME UDS: 27491000 87420
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Maria Rosario M.
Dirección UDS: Novita
Teléfono UDS: 3233849128

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					
01	RC	1077201460	Jorlanis	Aileth	Bedoya	Rivas		6		A					A									A		A					4		
02	RC	1077201446	Jaimary		Murillo	Murillo		8		A					A									A		A					4		
03	RC	1077201447	Levis	Emir	Mosquera	Benitez		9		A					A									A		A					4		
04	RC	1077201438	Danna	Yirleidy	Olave	Valois		9			A					A										A	A					4		
05	RC	1079103509	Ismhael		Mosquera	Gonzalez		10			A					A										A	A					4		
06	RC	1077201411	Jeanner		Albornoz	Ibarguen	1	3			A					A										A	A					4		
07	RC	1077201410	Joshua	smith	Garces	Mosquera	1	3				A					A											A					3		
08	RC	1077201391	Yessy	Freimay	Cordoba	Moreno	1	6				A					A											A					3		
09	CC	1003756332	Hilary	Yurany	Olave	Vivero	2	10				A					A											A					3		
10	RC	1076825721	Yeimary	Andrea	Asprilla	Yaima		1				A					A											A					3		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
									TOTAL																						52		

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	1

COORDINADOR(A) EA

Maria Rosario Moreno Chaverra
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	29/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900.415.764-0
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 561 574
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HCB Familiar Familiar y comunitario

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a): Yurleza Viveros
Código CUENTAME UDS: 27491000874910
Dirección UDS: aguaclara
Centro Zonal: ISTMINA Municipio: NUQUI
CC 1003944822
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Yurleza Viveros
Teléfono UDS: 3023797032

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1131208173	oliver		Angulo	Mena	2		A	B	A	B	B	5		
02	RC	1074687229	darcon	camila	Mosquera	Caicedo	1	11	A	A	A	B	A	5		
03	RC	1074687235	Lian	Isaac	Viveros	jordan	1	6	A	A	A	A	A	5		
04	RC	1077201397	yolian	adonis	Caicedo	Ibargüen	1	7	A	A	A	A	A	5		
05	RC	1077201474	Maren	dahiana	Rivas	arcos		8	A	A	A	A	A	5		
06	RC	1077400104	thailyn	Nahiara	Martinez	Murillo		12	A	A	A	A	A	5		
07	CC	1003756227	Maren	yuleth	peñaloza	diaz	22		A	A	A	A	A	5		
08	CC	1010041017	yurledis		Ibargüen	Mosquera	32		A	A	A	A	A	5		
09	CC	1077149481	paula	Liliana	Ibargüen	Viveros	38		A	A	A	A	A	5		
10	CC	1193540507	dania		Mosquera	Aspilla	33		A	A	A	A	A	5		
11	TI	1003944759	carolina		Rentería	Cerdo	32		A	A	A	A	A	5		
12																
13																
14																
15																
													TOTAL	55		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	6
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA

Yurleza Viveros Jordan
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

Powered by CamScanner

NIT 900.415.674-0

INFORME GENERAL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DE LA EAS	**POR UN NUEVO VIVIR**
NÚMERO DE CONTRATO APORTES	**564**
NOMBRE DE LA UDS/PROGRAMA	**HCB COMUNITARIO Y FAMI**
MODALIDAD DE ATENCIÓN	**COMUNITARIA**
LUGAR DONDE OPERA LA MODALIDAD	**NOVITA**
CENTRO ZONAL	**ISTMINA**
NOMBRE DE QUIEN LABORA EL INFORME	**CLAUDIA PATRICIA URRUTIA MORENO**
CARGO	**APOYO TÉCNICO**
PERIODO REPORTADO	**ABRIL**

DESARROLLO DE ACCIONES

La fundación POR UN NUEVO VIVIR en el mes de abril teniendo en cuenta el manual o guía técnica para la modalidad desarrolló las siguientes actividades a través del equipo de apoyo a la integralidad del programa HCB familiar y comunitario y fami familiar:

- Solicitud para la adquisición de póliza para los nuevos usuarios
- **COBERTURA:** la cobertura atendida en el contrato 564 en el municipio de Novita tras la focalización de usuarios para el programa HCB comunitario y fami es la correspondiente al siguiente reporte señalado a continuación.

REPORTE COBERTURA HCB TRADICIONAL MES ABRIL		
HCB COMUNITARIO NOVITA	**124 usuarios atendidos**	**Cupos faltantes 58**

NUEVOVIVIR

NIT 900.415.674-0

REPORTE COBERTURA HCB FAMI MES ABRIL					
FAMI NOVITA	**MUJER GESTANTE Y NIÑ@S MENOR DE 6 MESES**	**NIÑ@S DE 6 A 11 MESES**	**NIÑ@S DE 1 A 2 AÑOS**	**TOTAL, usuarios atendidos 32**	**Cupos Faltantes 13**
	18	**5**	**9**		
TOTAL, usuarios atendidos en el programa: 156					

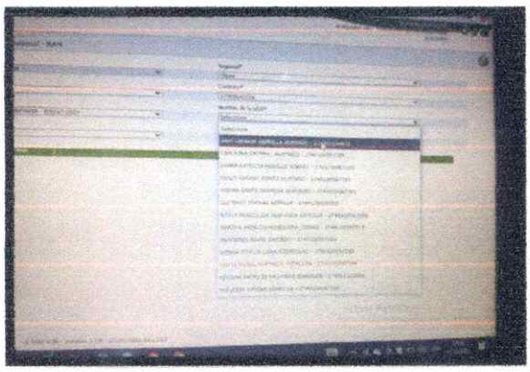
- **ENTREGA DE ALIMENTO PAQUETE RPP Y REFRIGERIOS:** los paquetes de RPP fue entregado a los usuarios atendidos dentro del tiempo establecido por el ICBF y según cronograma diseñado para tal fin. Esta entrega se realizó el dio 24-04-2025 de forma exitosa. Y los refrigerios se entregaron durante los encuentros pedagógicos.

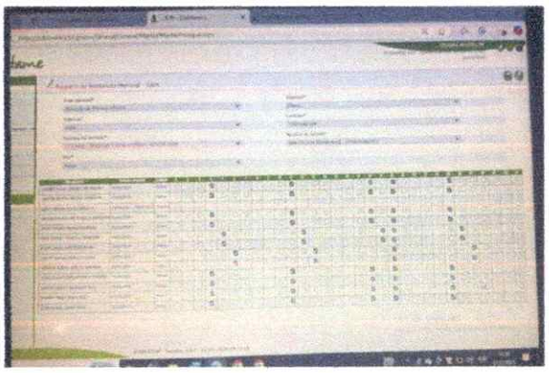


- **INFORME DE LA BIENESTARINA**: el alimento de alto valor nutricional fue entregado este mes a todos los usuarios del programa



- **REPORTE DEL CUÉNTAME**: para el periodo reportado los usuarios atendidos ya están cargados en la base de datos cuentame del ICBF y se les cargo el RAM en la plataforma digital.





- **SISTEMA INTEGRADO:** La EAS ya tiene un plan de trabajo para el cumplimiento de las actividades inmersas en el SIGE según las obligaciones contractuales. Dichas actividades se llevarán a cabo en las fechas establecidas en el cronograma diseñado para tal fin.

- **EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**: la fundación POR UN NUEVO VIVIR tiene todo el talento humano perteneciente al programa HCB comunitario y fami del contrato de aporte 564 vigencia 2024-2025; debidamente contratado y afiliado a los diferentes regímenes de prestaciones sociales según lo estipulado por la ley.

- **EJE AMBIENTAL:** las actividades a desarrollar en estos ítems se llevarán a cabo según el plan anual de trabajo diseñado para su cumplimiento. En el periodo reportado se realizó celebración mediante charlas pedagógica del día de la tierra.



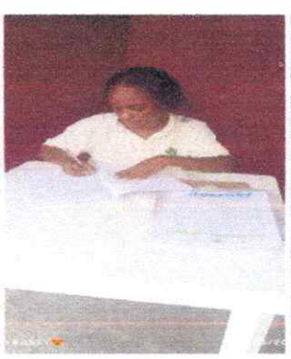
- **EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:** para el periodo reporta es de significar que la fundación POR UN NUEVO VIVIR ya socializo al talento humano el protocolo de seguridad y confiabilidad de la información. Y posterior a ello el talento humano firmo el compromiso de confiabilidad y no divulgación de la información de los usuarios a terceros. Y los directorios telefónicos se encuentran en custodia por la madre comunitaria.

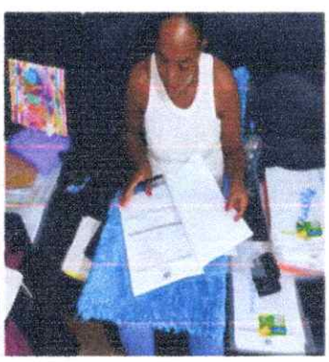
- **ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL:** la fundación POR UN NUEVO VIVIR se encuentra en articulación con las diferentes entidades garantes de derecho del ente territorial con el objetivo de generar alianzas claves y oportunas para la garantía de los derechos de la primera infancia.

- **CUALIFICACIÓN AL TALENTO HUMANO:** se socializo al talento humano la importancia de la planeación pedagógica, el protocolo rutas de atención en salud con el objetivo de brindar una educación inicial de calidad y garantizar la salud.




- **CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS:** las diferentes madres comunitarias se encuentran llevando a cabo el diligenciamiento de la ficha de caracterización sociofamiliar con el apoyo del equipo interdisciplinario que ofrece la integralidad del programa, de acuerdo, a lo planteado en las guías técnicas para la modalidad. Es de significar que a un 95% de los usuarios atendidos se les ha diligenciado y/o actualizo la información en la ficha de caracterización.



- **CONTROL SOCIAL:**

- **Socialización al servicio:** teniendo en cuenta las particularidades del ente territorial la fundación POR UN NUEVO VIVIR envió oficios de articulación interinstitucional donde dio a conocer el portafolio de servicios e igualmente la solicitud de trabajar en forma articulada para el restablecimiento de derecho cuando aplique.

NUEVOVIVIR

NIT 900.415.674-0

- **Comité de veeduría ciudadana:** el comité de control social para el periodo reportado realizó seguimiento a la entrega de los paquetes RPP el día 24-04-2025.




- **BUZÓN DE SUGERENCIAS:** en el periodo reportado se revisó el buzón de sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones, de la UDS SANTA PATRICIA IBARGUEN comunidad Quebrada Larga. Donde las familias usuarias expresaron que este se encontró vacío al momento de la revisión.




- **ENCUESTA DE PERCEPCIÓN (SATISFACCIÓN AL SERVICIO):** el grado de satisfacción del servicio ofrecido en primera infancia para el programa HCB comunitario y fami familiar se evaluará después de los primeros tres meses de la ejecución del contrato y al finalizar el mismo. Esto con el objetivo de identificar los aspectos a mejorar en la operatividad del servicio e igualmente potencializar fortalezas encontradas tras los resultados de la evaluación.

Claudia Patricia Ometa H

Firma del responsable

Apoyo técnico

Cargo del responsable