



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3	IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI	
NT: 899.143.122-6	Regional: META	Centro Zonal: VILLAVENCIO UNO
MES: AÑO: 2025	Nombre Agente Educativo (a): ROCIO ALMANZA	CC: 4 0 3 8 3 0 6 1
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR	Código CUENTAME UDS: 5000 1000 27995	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ALEJANDRO
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI	Dirección UDS: CALLE 8 NUMERO 28-73	Teléfono UDS: 3 1 4 2 4 8 3 3 1 0

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	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	FALTAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
01	RC	1.029.971.426	JORDAN	JOSE	MERCADO	GOMEZ	0	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												</

TOTAL 51 3

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

6/1/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3
ID: 820.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 32006532024
IS: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
RVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MARIA ALEJANDRA SANCHEZ NAVARRO CC: 1.121.896.077
Código CUENTAME UDS: 5000100000924 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: AMOR Y ESPERANZA
Dirección UDS: KR 57 SUR 22-94 PLAYA RICA Teléfono UDS: 3105691725

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TOTAL MENSUAL

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			SEMANAS																							
						PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA																					
						AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				
1	C.C	1.121.915.296	CAROLINA	DEL PILAR	MENDEZ	HERNÁNDEZ	30	7																							
2	C.C	1.121.919.057	MAIRA	ALEJANDRA	AYA	CASTILLO	31	0																							
3	C.C	1.121.889.686	LUISA	FERNANDA	CASTILLO	BEDOYA	33	1																							
4	C.C	1.124.995.293	ADRIANA	IOFANY	ALDANA	BLANCO	36	2																							
5	C.C	1.010.116.540	YESSICA	VIVIANA	JIMENEZ	ROBAYO	24	11																							
6	RC	1.121.987.451	ZOE	MARIANA	ALVAREZ	PEREZ	0	3																							
7	TI	1.006.827.049	ANGIE	LORENA	CASTELLANO	PULIDO	17	2																							
8	TI	1.122.677.831	EVELYN	MARIANA	CHIVATA	GONGORA	16	5																							
9	RC	1.123.454.870	FABIO	JESUS	HERRERA	GONGORA	0	5																							
0	RC	1.121.987.421	LIAN	MATHEO	QUIROGA	RIVERA	0	3																							
1	RC	1.121.987.070	LUCIANA	ABRIL	GOMEZ		0	4																							
2	RC	1.122.543.802	ANA	VICTORIA	SANABRIA	RODRIGUEZ	0	4																							
3	RC	1.121.986.950	THEO	ANDRES	FUENTES	ESTRADA	0	6																							
4	RC	1.121.987.660	JOHAN	ESTEBAN	CRUZ	CAICEDO	0	1																							
5	CC	1.029.660.716	JASBLEIDY	TATIANA	ESPITIA	PUERTO	19	7																							
6																															
7																															
8																															
9																															
0																															
																TOTAL		57	3												

TOTAL 573

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

COORDINADOR(A) EA

Alejandra Sanchez.
RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFA 3 IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
NIT: 800.143.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICEÑO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): LUZ STELLA BAILLEN CC: 40.219.608
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: 5000100019630 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: AVENTURAS EMPAÑALES
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI Dirección UDS: KRA 18 # 8-93 LA CUNCIA Teléfono UDS: 3154234046

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA								QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1.121.913.639	MARIA	ANGELICA	BAQUERO	RODRIGUEZ	32	0	A						A	A									A								5			
02	CC	40.332.014	DIANA	MAYERLY	ALFARO	CANTOR	40	6	A						A	A									A								5			
03	RC	1.123.454.913	SIMONA		GOMEZ	VASQUEZ	0	3	A						A	A									A								5			
04	CC	1.006.821.446	SANDRA	PATRICIA	CARDENAS	RODRIGUEZ	29	8	A						A	A									A								5			
05	RC	1.121.987.791	LIA	ANTONELLA	MEDINA	ARIZA	0	2							A	A									A								5			
06	CC	1.192.803.724	PAULA	MICHEL	MEDINA	GARCIA	24	5							A	A									A								5			
07	CC	1.234.792.237	DIANA	CAROLINA	DIAZ	GUTIERREZ	25	5							A	A									A								5			
08	RC	1.121.987.296	ANGEL	MATHEO	ALTUVE	MORALES	0	6							A	A									A	A							5			
09	CC	1.070.614.671	MONICA	LORENA	OVIEDO	ROMERO	30	5							A	A									A	A							5			
10	RC	1.121.987.472	MAITE	VALERIA	ALARCON	BAQUERO	0	2							A	A									A	A							5			
11	CC	1.122.132.362	LISBETH	YURANI	CARDENAS	JIMENES	30	9							A	A									A	A							5			
12	CC	1.006.772.394	HEIDY	YUREM	PARRA	SANCHEZ	22	4							A	A									A	A							5			
13	CC	1.006.772.405	VANESA	ALEXANDRA	BAQUERO	RODRIGUEZ	24	9							A	A									A	A							5			
14	CC	1.118.568.515	LUISA	ALEJANDRA	LEON	SANCHEZ	27	9							A	A									A	A							5			
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 10

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	4	COORDINADOR(A) EA	<u>LUZ STELLA BAILLEN</u> RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	10		



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR V.A.3 Hoja 1 de 1
NIT: 809.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICEÑO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC: 21185015
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: 5000100012432 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARITA FELIZ
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI Dirección UDS: CALLE 17 SUR 10_27, VILLAMELIDA Teléfono UDS: 3114636978

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		SEMANAS																											
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA		SEGUNDA		TERCERA		CUARTA		QUINTA		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS														
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				
01	CC	1.121.939.907	YENNY	ALEXANDRA	HERNANDEZ	MARTINEZ	28	4	A					A																4				
02	CC	1.121.816.534	SANDRA	MILENA	HENAO	GIL	39	2	A	A				I																2	2			
03	CC	1.004.803.398	ANGIE	YERALDIN	RODRIGUEZ	RINCON	25	10	A		A																			4				
04	RC	1.244.828.718	ALAIA	ALEXANDRA	AMAYA	RAMIREZ	0	1	A					AA																4				
05	RC	1.123.824.808	THIAGO	EMMANUEL	ROA	BISBICUTH	0	2	A					AA																4				
06	CC	1.121.897.379	YULY	MARLLELY	AGUDELO	RAMOS	32	2		A				A																4				
07	CC	1.006.768.418	YADI	MICHEL	LOPEZ	CHIPATECUA	21	10		A					A															4				
08	TI	1.121.859.178	MARIA	ESTHER	RODRIGUEZ	VERGEL	17	3		A					A															3				
09	RC	1.121.987.824	MARIANA		GOMEZ	JIMENEZ	0	0			I				IA															2	2			
10	RC	1.244.828.736	JOSHUA	NICOLAS	SANCHEZ	VALENCIA	0	0				I			I															2	2			
11	RC	1.121.987.176	AIDAN	SAMID	MONROY	RIOS	0	4				A				A														4				
12	RC	1.253.258.475	ANA	SOFIA	MATTA	SAAVEDRA	0	5					A																	4				
13	RC	1.122.543.707	EMILIANO		ARENAS	RIVEROS	0	6					A																	4				
14	RC	1.121.986.581	EITHAM	ALEJANDRO	ANGEL	RIVEROS	0	6					A																	4				
15	RC	1.121.986.602	AYLEEN	LUCIANA	RUIZ	RIVEROS	0	6						A																4				
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
TOTAL																												53	6					

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	9	COORDINADOR(A) EA
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6	

Luz Betty Velasquez Morales
RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

NIT: 800.113.122-6 NÚMERO DE CONTRATO 90006532024

MESABRIL AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI

Regional: META

Centro Zonal UNO

Municipio: VILLAVICEÑO

Nombre Agente Educativo (a): YEIBY DAYANA PEDRAZA DURAN

CC 1.010.123.169

Código CUENTAME UDS: 500011125293

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CASITA FELIZ

Dirección UDS: MZ 29 CS 2 TOPACIO

Teléfono UDS: 3223607750

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO				
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA							QUINTA					
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			LUNES		MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1.006.860.944	MARIA	FERNANDA	BAUTISTA	DIAZ	23	2	A																						4	0				
02	CC	1.006.826.849	DIANA	YIBETH	GARCIA	ACOSTA	23	8	A	A																					4	0				
03	CC	1.193.089.922	LAURA	DANIELA	VEGA	PEÑA	23	6	A	A																					4	0				
04	CC	1.120.924.718	DANA	VALENTINA	LOZANO	RODRIGUEZ	19		A				A	D																	4	0				
05	RC	1.121.987.841	ZULLY	JIMENA	VENEGAS	CASTILLO		1		A				A																	4	0				
06	RC	1.253.258.616	ELIAN	MATHIAS	MURILLO	GUERRA		2		A				A																	4	0				
07	RC	1.123.454.909	HAALAND	SANTIAGO	GAITAN	SANCHEZ		3		A					A	A															4	0				
08	RC	1.121.986.685	JOSE	EMILIANO	GARZON	RODRIGUEZ		6			A				A	D															4	0				
09	RC	1.121.986.609	ZOE	MARIANA	NUÑEZ	BAQUERO		6			A					A															4	0				
10	RC	1.253.258.389	KLARIS	ANTONELLA	ZARATE	GAITAN		6			A																				4	0				
11	RC	1.122.543.664	EYLEEN	SALOME	GUERRERO	ULLOA		6			A																				4	0				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
										TOTAL 44																										

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3	COORDINADOR(A) EA	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4		
			RESPONSABLE DE GRUPO	



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

Versión 5

4/06/2018

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB-PORFIA 3	IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI	Hoja 1 de 1
NIT: 800.143.122-6	NÚMERO DE CONTRATO: 5000453204	Regional: META
MES: ABRIL	AÑO: 2025	Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR	Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARINA MATEUS ROUDAN	Municipio: VILLAVICENCIO
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI	Código CUENTAME UDS: 5000100045364	CC: 40.373.377
	Dirección UDS: CALLE 39A 6C- 53 MANANTIAL	Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: CRECIENDO FELIZ
		Teléfono UDS: 3112863473

Nro. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA							QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	R.C.	1.121.987.428	AXEL	DAVID	ZIPACON	MOLINA	8	2	A					A																4					
02	R.C.	1.121.987.575	ABDIEL	FELIPE	ORTIZ	VALDEZ	8	2	A	A				I																3	1				
03	R.C.	1.121.987.300	EITHAN	STIVEN	PORTILLO	RODRIGUEZ	8	2	A					A																4					
04	C.C.	1.006.798.929	HUBANY	YULIETH	GONZALEZ	RIVEROS	23	0	A					A																4					
05	T.I.	1.123.531.768	LAURA	MARIANA	MUÑOZ	ROJAS	16	0	A					A	A															4					
06	R.C.	1.121.987.237	EMMA	VICTORIA	BOGOTA	BARRIOS	8	3	A					A																4					
07	R.C.	1.121.987.309	ANDRES	CALEB	LOPEZ	CAÑON	8	3	A					A																4					
08	C.C.	1.121.906.766	DIANA	MILEYDY	TORRES	PEREZ	31	0	A					A	A															4					
09	R.C.	1.244.828.662	KENDALL	SALOME	TORRES	GUERRERO	8	4	I					A																3	1				
10	P.P.	6166400	MARIA	MILENNY	BARAZARTE	PEREZ	31	0	A	A				A																3	1				
11	R.C.	1.121.987.553	HANNA	ISABELLA	CASTILLO	SANCHEZ	8	2		A					A																4				
12	R.C.	1.121.987.961	MARIA	VICTORIA	SOTO	HERNANDEZ	8	0						A																	4				
13	R.C.	1.121.986.826	KAROL	NICOL	PINO	BERNAL	8	5						A																	4				
14	C.C.	1.123.140.291	DERLY	YESENIA	MORALES	LOPEZ	24	0	A	A					A																3	1			
15	R.C.	1.122.543.734	CHRISTOPHER	NICOLAS	CUBILLOS	RODRIGUEZ	8	5						A																	4				
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 564

Verificación
De
Cobertura

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

10

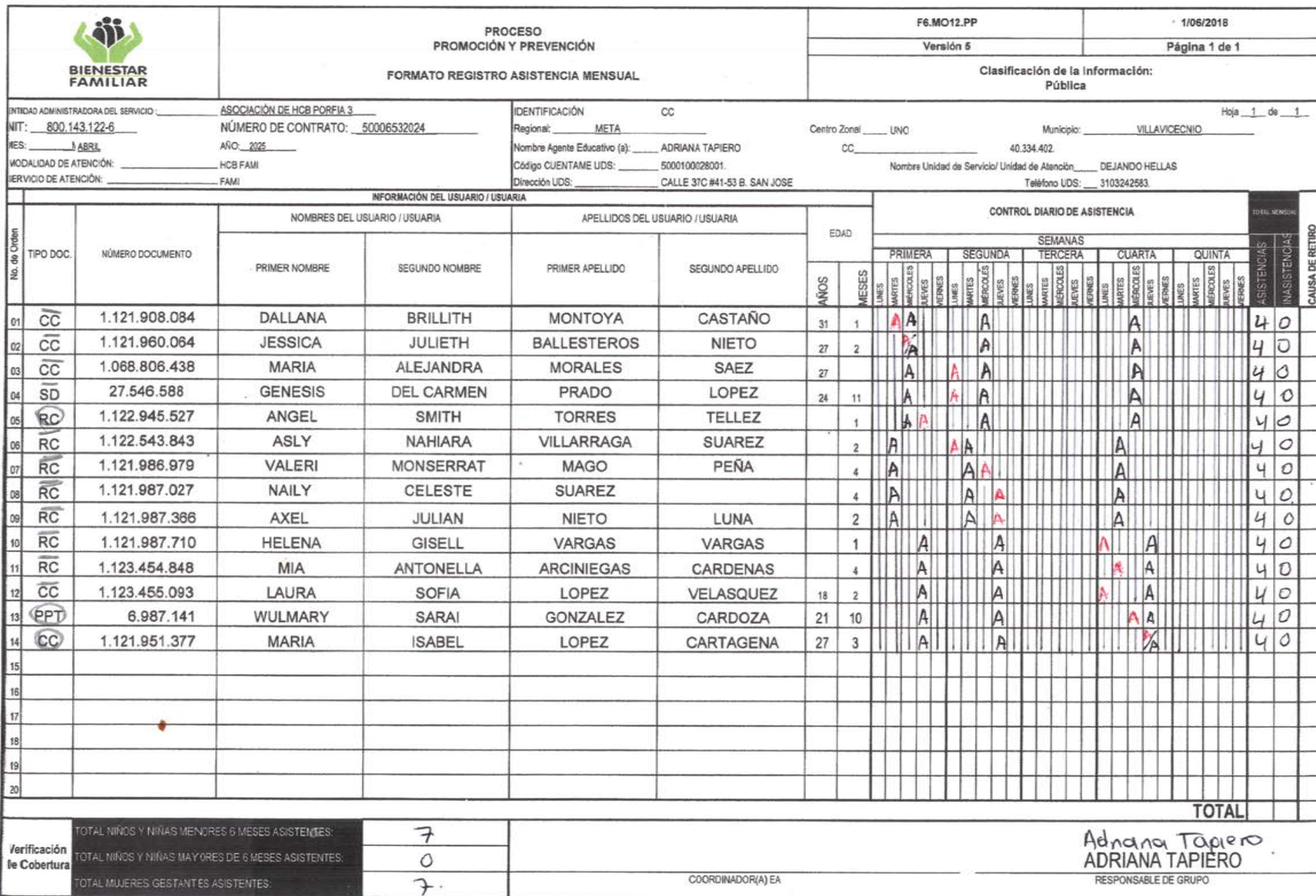
0

5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

30 Abr 2025
JCBF





PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3

NT: 800.153.122-8

NÚMERO DE CONTRATO:

MES: ABRIL

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI

Regional: META

Centro Zonal: UNO

Municipio: VILLAVICEÑO

Nombre Agente Educativo (a): MONICA MARIA ARIAS GALEANO CC: 42791273

Código CUENTAME UDS: 5000100028824

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL AMISTOSO

Dirección UDS: CL 14 A 42 09 ESTE SM 20 MZ 7 CS 2 BRR CUIDADELA SAN ANTONIO

Teléfono UDS: 3208908436

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL VERNES		CAUSA DE RETIRO			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			SEMANAS										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS														
									PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA																					
							LUNES	MARTES						MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES			MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES		MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	R. C	1.121.987.756	ELIAN	SAMUEL	VILLAMIZAR	AROCA		2																								3	0	
02	C.C	1.123.803.414	LUZ	ADRIANA	ACOSTA	LADINO	17																										4	0
03	C.C	1.121.952.218	OMARY	TATIANA	GIRON	SABOGAL	27																										4	0
04	C.C	1.121.907.503	MARIA	YULIANA	VALENCIA	MARIN	32																										4	0
05	C.C	1.121.949.194	KAREN	VANESSA	FORERO	CHAQUEA	31																										4	0
06	P.P.T	1.281.186	NEILIS	CRISLEYDI	ISARRA	GONZALEZ	23																										4	0
07	C.C	1.121.934.656	ZULLY	KATERINE	PEÑA	ALDANA	29																										4	0
08	C.C	1.121.908.763	NELCY	DANIELA	VELÁSQUEZ	SEPULVEDA	31																										4	0
09	C.C	1.121.930.720	LETICIA		MOLINA	PEREZ	40																										4	0
10	R. C	1.122.543.916	PABLO	EMILIO	MARTINEZ	CRUZ		2																									4	0
11	C.C	1.121.939.611	ANGELICA		MONTOYA	RODRIGUEZ	29																										4	0
12	P.P.T	5.004.758	HILDALYS	ALEXANDRA	GARCIA		28																										4	0
13	C.C	1.007.651.718	ANGIE		VALENCIA	OSPINNA	26																										4	0
14	C.C	1.006.771.790	TANIA	FRANSURY	MORALES	UYABÁN	25																										4	0
15	R. C	1.244.828.660	ISABEL	SOFIA	ALBARRACIN	PEREZ		5																									4	0
16	C.C	112188370	YUDY	VIVIANA	PUERTO	Botarguez	34																										1	0
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
TOTAL																												60						

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES

3

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

0

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

12

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Monica Arias



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3 IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal: 1 Municipio: VILLAVICEÑO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): CAMILA BARON LINARES CC: 40388095
MODALIDAD: FAMILIAR 5000100028610 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: EL CARINOSO
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO Dirección UDS: CL 39 46-04 LIBERTADORES Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						
									PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA																		
														LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	
01	RC	1121986632	ALAIA	CRISTINA	FANDIÑO	AGUIRRE		6			I	A																		3	2
02	RC	1121986801	YORMAN	ENRIQUE JULIAN	AGUIRRE	MONTAÑA		5			I			A		I														2	2
03	R.C	1121986878	LIAN	SAMUEL	MORENO	GARCIA		5			A																			4	
04	R.C	1122945532	MARIA	VICTORIA	URREGO	TORRES		0			I					I														2	2
05	RC	1121987858	AXEL	ADRIANN	MAGO	GONZALEZ		0			I	A																		3	1
06	R.C	1121987021	JOSE	MIGUEL	GARCIA	RODRIGUEZ		4																						4	
07	C.C	1.121.901.323	SANDRA	MILENA	PARDO	BELTRAN	32	7			I					I															2
08	T.I	1.126.704.324	ALISSON	DAYANA	RODRIGUEZ	LAGUNA	17	3																						4	
09	R.C	1.123.454.979	MIA	SAMANTHA	BEDOYA	ALVAREZ		1			A																			4	
10	C.C	1.126.704.870	YURLEY	DAYANA	GUTIERREZ	RONDON	19	4																						4	
11	R.C	1.029.971.543	JUNIOR	JOSE	CALDERON	PALACIOS		3			I																			2	2
12	C.C	1.029.982.170	RUBI	ESMERALDA	PASCUAS	FONSECA	20	1			A																			4	
13	RC	1029971145	MARIA	JOSE	CASTRO	Pardo																								1	1
14																															
15																															
16																															
17																															
TOTAL																													37	11	

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	8	COORDINADOR(A) EA	RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3		

Camila Baron C



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F5.MO12.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3
NIT: 800.143.122.6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): LUCIA MORENO CRUZ
Código CUENTAME UDS: 5000100000480
Dirección UDS: CALLE 22 C SUR 16 C 15 ESTE LA CAROLINA

Centro Zonal: U N O Municipio: VILLAVICEÑO
CC: 4 0 3 9 4 6 2 2
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL PRINCIPITO
Teléfono UDS: 3 1 1 8 3 9 6 7 6 9

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									CAUSA DE RETIRO		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																									
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES		JUEVES	VIERNES
01	CC	1,123,800,099	ANA	MARIA	MENDOZA	PARDO	21																										4	
02	CC	1,123,801,983	MARIA	FERNANDA	TORRES	SANCHEZ	22																										4	
03	RC	1,123,455,015	LAYHAN	GUSTAVO	PEÑA	HERRERA		1																									4	
04	RC	1,016,611,070	DAPHNY	LAURELL	PLATA	ECHAVARRIA		1																									4	
05	RC	1123824767	LOGAN	SAID	DURAN	VALENCIA		2																									4	
06	RC	1,123,824,717	MATEO	JAVIER	RAMOS	OLIVEROS		3																									4	
07	RC	1,244,828,682	ANA	ABIGAIL	VARGAS	MATEUS		3																									4	
08	RC	1,121,986,984	ANTONIA		SUAREZ	RADA		4																									3	
09	RC	1,123,824,618	EITHAN	JARETH	AYALA	GUAVAVES		5																									3	
10	RC	1,244,828,677	ANTHONELLA		MUNEVAR	ALFONZO		5																									4	
11	RC	1,029,971,428	LUNA	CELESTE	TORRES	BERMUDEZ		5																									4	
12	RC	1,123,824,573	HELLEN	SOFIA	DIAZ	ALONSO		6																									4	
13	RC	1,121,986,744	ALIX	LUCIANA	CAICEDO	ARIAS		6																									2	
14	RC	1,121,961,812	ANTONELLA		SOSA	GUTIERREZ		7																									4	
15		1193097325	Jasaleidy	Daniela	HERRERA	LEWIS	22																										1	
16		1193143089	MARILYN		RODRIGUEZ	USIA	24																										3	
17		1172945454	EMMANUEL	MARIAS	MUNOZ	VALENTA	4																										1	
18																																		
19																																		
20																																		
TOTAL																															53	2		

Verificación
De Cobertura

COORDINADORA

LUCIA MORENO CRUZ
REPRESENTANTE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB PORFIA 3	IDENTIFICACIÓN: OC-RC-TI		
NIT: 800.143.122-6	NUMERO DE CONTRATO: 50006532024	Regional: META	Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO
MES: ABRIL	AÑO: 2025	Nombre Agente Educativo (a): AURA ALICIA MORALES BECERRA	Municipio: VILLAVICENCIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR	Código CUENTAME UDS: 5000100085501	CC: 40390400	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL RINCON DE LA ALEGRIA
	Dirección UDS: CALLE 25 D N° 23 A 106 SIMON BOLIVAR		Teléfono UDS: 3204993633

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA										TOTAL MENSUAL															
No. de Orden	TIPO DOC.		NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	TRASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO				
			SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
								LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES				MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1121955100	DIANA	MARCELA	VARGAS		26	9	A	A																						4			
02	TI	1031819869	SOFIA	VANNESA	CARDENAS	SANCHEZ	15	5	A	A																						3			
03	CC	1121855971	JENNY	VIVIANA	BELTRAN	GONZALEZ	36	0	A	A																						4			
04	CC	1121938747	KELY	TATIANA	UMAÑA	URREGO	28	6	A	A																						3			
05	CC	1006794416	VALERIE	SOPHIA	GUALTERO	ARCINIEGAS	24	4	A	A																						4			
06	CC	1006828478	MICHELLEL	DAYANA	VARGAS		21	6	A	A																						4			
07	CC	1121850624	MARIA	TERESA	MARTINEZ		27	3		A	A																					4			
08	RC	1121987838	EMILIO		RESTREPO	MORALES	0	0		A	A																					3	1		
09	RC	1121987795	ANDRES	EMILIANO	LATORRE	GUARNIZO	0	1		A	A																					4			
10	RC	1123454989	ARIANA	CELESTE	PEÑUELA	MARIN	0	1		A	A																					4			
11	RC	1253258614	ADHARA	VALERIA	LOPEZ	ROMERO	0	2		A	A																					4			
12	RC	1122543862	MATEO		SALDARRIAGA	SANCHEZ	0	2		A	A																					4			
13	RC	1121987281	MARTIN		PARRA	MELO	0	3		A	A																					4			
14	RC	1253258568	DULCE	VICTORIA	PAEZ	CAMACHO	0	3		A	A																					4			
15	RC	1234796048	GAEL	FELIPE	RAMIREZ	GUZMAN	0	4		A	A																					4			
16	RC	10029471733	Lan	Santiago	Babativa	Cardenas																											1		
17	RC	1121988021	Tammy	Mahid	Toro	Umaná																											1		
18																																			
19																																			
20																																			
										TOTAL																				59	1				

TOTAL 59/1

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0	
	TOTAL MUJERES CESTANTES ASISTENTES	7	

COORDINADOR(A) EA: *[Firma]* RESPONSABLE DE GRUPO: *[Firma]*



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO	ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 1	IDENTIFICACIÓN	CC	Hoja	1	de	1
NT	000.143.122-4	Regional	META	Centro Zonal	UIIO	Municipio	VILLAVICEÑO
MES	ABRIL	AÑO	2025	Nombre Agente Educativo (a)	SANDRA PATICIA BELTRAN C	CC	40391193
MODALIDAD DE ATENCIÓN	HCB FAMI	Código CUENTAME UDS	5000100024771	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención	FAMI DEJANDO HUELLAS		
SERVICIO DE ATENCIÓN		Dirección UDS	CALLE 20 # 11 - 47 CAMELIAS	Teléfono UDS	3115390568		

Id. de Ciudad	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO		
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	SEMANAS																									
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
								AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	SUNDAY	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	SUNDAY	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	SUNDAY		LUNES	MARTES
01	RC	1.121.986.968	ISAAC	DAVID	LINARES	IBARRA			5	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			4		
02	RC	1.029.971.595	MARIA	VICTORIA	SILVA	FONSECA			2	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			4		
03	RC	1.121.987.860	EITHAN	MATEO	RUBIANO	HERNANDEZ			0	I	A						I							A							2	2	
04	CC	1.121.915.872	ALBA	NURY	CHANTRE	VARGAS			27	9	A			AA									A								4		
05	CC	1.006.858.039	ASTRID	VICTORIA	LOPEZ	ROBAYO			25	7	A			AA								A									4		
06	CC	1.121.817.935	JENNIFER	CAROLINA	PINZON	VARGAS			40	6	A			A	A							A									4		
07	CC	6.746.405	ANGELA	VALENTINA	MUÑOZ	JIMENEZ			26	6	A			A	A							A									4		
08	CC	5.897.996	YEISI	FRANYELI	MARTINEZ	GONZALEZ			25	11	I																				1		
09	CC	1.000.832.388	DAHIFARY		CUETO	MARTINEZ			26	4	A			A								A	A								4		
10	CC	1.101.177.867	ANA	ABIGAIL	GONZALEZ	RAMIREZ			30	11	A			A								A	A								4		
11	CC	1.121.902.185	LILIANA	ANDREA	BAQUERO	BELTRAN			32	3	A			A								A	A								4		
12	CC	1.234.789.051	JHOANA	DANIELA	MORA	LUNA			28	5	A			A								A	A								4		
13	CC	1.121.899.229	DIANA	PAOLA	MARTINEZ	TARACHE			32	11	A			A								A	A								4		
14	CC	1.121.943.437	NOHEMY	PATRICIA	LEIVA	BELTRAN			28	1	A			A								A	A								4		
15	RC	1253258719	EMMY	CELESTE	LOVERA	RINCON			0																						1	2	
16	RC	1029971720	LIAM	Gael	POMBO	MARTINEZ.			0																						1	2	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL 527

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

12

COORDINADOR(A) EA

SANDRA P. BELTRAN C.
RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR PAZ	IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI	Hoja 1 de 1
NT: 800.143.112-6	Regional: META	Centro Zonal: VILLAVICEÑO
MES: ABRIL	Nombre Agente Educativo (a): DERLY ALEXANDRA HERRERA	CC: 40398404
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR	Código CUENTAME UDS: 5.0001E+12	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRESITAS
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI	Dirección UDS: CLLE 6 No 28-25-27 COMUNEROS	Teléfono UDS: 3214991749

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES			JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
01	C.C	1.123.803.993	LINA	MARIA	BULLA	LUNA	19	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</

TOTAL 573

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	8	COORDINADOR(A) EA	Derly J. Herrera	RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0			
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7			



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3

NT: 800.143.122-6

NÚMERO DE CONTRATO:

MESES ABRIL

AÑO 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

GOTICAS DE AMOR

IDENTIFICACIÓN

CC-RC-TI

Regional: META

Centro Zonal:

Municipio: VILLAVICENCIO

Hoja 1 de 1

Nombre Agente Educativo (a): ALIX ANDREA SANCHEZ GARICA

CC:

40343144

Código CUENTAME UDS:

Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: GOTICAS DE AMOR

Dirección UDS: CALLE 30 No. 26-09 B. PORVENIR

Teléfono UDS: 3156144398

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA							QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			LUNES	MARTES			MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1.121.839.750	MARIA	HELENA	ALVAREZ	BONILLA	38	6	A																						4	0					
02	CC	1.075.283.286	BIVIAN	PATRICIA	ALVIRA	RAMIREZ	31	3	A																						4	0					
03	CC	40.343.216	ANGELA	NATALI	BAQUERO	RAMIREZ	39	5	A																						4	0					
04	CC	29.791.839	KIMBERLY	SAIRIS	VERA	VERA	24	5	A																						4	0					
05	CC	1.029.971.643	MARIA	MILAGROS	DIAZ	INCAPIE	0	2																							4	0					
06	RC	1.253.258.443	DULCE	SARAY	LOMBANA	BERMUDEZ	0	3																							4	0					
07	RC	1.121.986.846	ANDRES	EMILIANO	RUEDA	REYES	0	5																							4	0					
08	RC	1.121.939.611	JEILA	ALEJANDRA	SUESCUN	MARIAS	0	4																							4	0					
09	RC	1123824954	ANTONELA		CASTRO	BELTRAN	0	1																							4	0					
10	RC	1.121.987.767	PAULA	JOHANA	MANRIQUE	MANRIQUE	0	2																							4	0					
11	RC	1.121.987.798	EMILY	SARAY	PEREZ	IDROBO	0	1																							4	0					
12	RC	1.121.986.476	ABRIL	ROSANIA	QUIROGA	CRUZ	0	6																							4	0					
13	CC	1.121.892.918	SHIRLEY		URREGO	OSPITA	32	9																							4	0					
14	CC	1.121.903.378	CAROL	LISSETH	LOPEZ	HUERTAS	31	8																							4	0					
15	CC	1.121.923.152	MICHEL	ANGELY	ALVAREZ	CALDERON	18	8																							4	0					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					

Verificación
De
Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DEL GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB PORFIA 3

NIT: 800.143.122-6

NÚMERO DE CONTRATO: 50006332024

MES: ABRIL

AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI

Regional META

Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO

Municipio VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES

CC 40334274

Código CUENTAME UDS: 5000100122436

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: RAYITO DE LUNA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

Dirección UDS: K18A 25A 90 94 C 25D 18 33 DOS MIL

Teléfono UDS 3204993633

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA			SEMANAS										ASISTENCIAS	TRASISTENCIAS										
								PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		FRIMERA		SEGUNDA		TERCERA				CUARTA		QUINTA							
												LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES			MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES		
			SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES						
01	CC	1121835811	KELLY	SHILEY	BELTRAN	MORA	36	1	A	A														4					
02	CC	1121886004	CARMEN	TATIANA	QUÍÑONES	ISAZA	34	8	A	A														4					
03	CC	1121859449	TANIA	MARCELA	LONDOÑO	RUEDA	36	0	A	A														4					
04	CC	1234788307	YENCY	DARISSA	ROJAS	LEON	28	8	A	A														4					
05	TI	1123438002	EVELIN	KRISTINA	SOLANO	FUENTES	17	4	A	A														4					
06	RC	1121987853	ABBY	LUCIANA	SANCLEMENTE	RONDON	0	2	A	A														4					
07	RC	1122543857	ABBY	SOFIA	HERRERA	SALGADO	0	4	A	A														4					
08	RC	1253258522	ANTONELLA		MORA	SANCHEZ	0	5	A	A														4					
09	RC	1121987391	DULCE	MARIA	DIAZ	BEJARANO	0	2	A	A														4					
10	RC	1121986862	ABY	LUCIANA	CASTILLO	NAVARRETE	0	2	A	A														4					
11	RC	1121986750	THIAGO	JOEL	PINZON	ROJAS	0	2	A	A														4					
12	RC	1122945502	AI SLING	SARETH	TORRES	MINA	0	2	A	A														4					
13	RC	1122543818	AARON		GONZALES	GALIANO	0	3	A	A														4					
14	RC	1122543818	EVELIN	SOFIA	BEDOYA	ROJAS	0	4	A	A														4					
15	RC	1121987741	ALAN	ANDRES	PARRADO	CASTRO	0	4	A	A														4					
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

TOTAL 60

Verificación De
Cobertura

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

10

0

5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN HCB DE PORFIA 3 IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
NT: 800,143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): LEIDY MARCELA CERPA MENDEZ CC: 1 0 8 2 8 3 7 2 3 3
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILAR Código CUENTAME UDS: 500010023855 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA ALEGRÍA
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAM Dirección UDS: CRA 9 ESTE 12 SUR 12 VALLES DE ARAGÓN Teléfono UDS: 3 0 1 2 2 0 3 3 2 8

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO				
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA							QUINTA			
									LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS		INASISTENCIAS			
01	RC	1244828628	AYLIN	LUCIANA	MEDINA	GOMEZ	0	6	A					A										A					4					
02	RC	1123454869	LEONEL	DAVID	REINA	RODRIGUEZ	0	4	A	A				A											A					4				
03	RC	1121886930	LIONEL	MATHIAS	MARTINEZ	CHAVISTA	0	4	A		A			A											A					4				
04	RC	1121987384	ANTONELLA		MARTINEZ	BONILLA	0	3	A					A	A										I					3	1			
05	RC	1123454940	IAN	MAXIMILIANO	DIAZ	FRANCO	0	2	A					A	A										A					4				
06	RC	1121987445	ANGEL	DAMIÁN	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	2		I				A												I				2	2			
07	RC	1244828704	THIAGO	ANDRES	GUEVARA	CAMPERO	0	2		A				A												A				4				
08	RC	1244828731	MAICOL	GIOVANI	HUERTAS	GUTIERREZ	0	1		I				I		A										I				1	3			
09	RC	1121987885	CHRISTOPHER	GAEL	MARTINEZ	NAVARRO	0	0		I				I		A										I				1	3			
10	RC	1244828734	LYA	EVANGELINE	PULIDO	GUTIERREZ	0	0		I				I											A		I			1	3			
11	RC	1121987945	SAMUEL	HERNAN	NAÑEZ	SANTANA	0	0			I				I										A		I			1	2			
12	CC	1121846878	YENIFER		CAÑON	BELTRAN	36	6			I				/										/		/			1				
13	CC	1121905648	DIANA	CAROLINA	CONTENTO	NIÑO	31	4			A				A										A		A			3	1			
14	CC	1010040813	LAURA	CAMILA	DAVILA	SOTO	31	4			A				A											A		A		4				
15	SD		YOHENDRY	CAROLINA	ROMERO	HERRERA	28	0			A				A											A		A		4				
16	RC	1244828744	PERRO	JOSUE	AVELLANED	CAÑON	00				I				I											I		I		3				
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
TOTAL																														11				

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES	11	COORDINADOR(A) EA	<div>Leidy Caira Méndez</div> RESPONSABLE DE GRUPO
	ASISTENTES:			
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES	0		
	ASISTENTES:			
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4		

Leidy Caira Mendez



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOLIPOPPIA S	IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI	Hoja 1 de 1
NIT: 900 183 122 6	Regional: META	Centro Zonal: Municipio: VILLAVIEJA
MES: ABRIL	NÚMERO DE CONTRATO: 3000680024	Nombre Agente Educativo (a): SULLY GUTIERREZ CC: 1121816805
AÑO: 2025	Código CUENTAME LID: 500011119021	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA ALEGRIA DE VIVIR
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR	Dirección LID: SECTOR 2 MZ 11 CASA 21	Teléfono LID: 3203632497
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI		

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL SEMANA		CAUSA DE RETIRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS										ASISTENCIAS	FALTAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
01	CC	1054780636	CLAUDIA	MARCELA	JUEZ	MORALES	27			I																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</

TOTAL 4614

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	1	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	14	
	COORDINADOR(A) EA		Sully G. RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: **ASOCIACION DE HCB PORFIA TRES**

NIT: **800143122-6**

NÚMERO DE CONTRATO: **50006532024**

MES: **ABRIL**

AÑO: **2025**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **FAMI**

IDENTIFICACIÓN

REGIONAL: **META**

CENTRO ZONAL: **VILLAVICENCIO - UNO**

MUNICIPIO: **VILLAVICENCIO**

HOJA **1** DE **1**

NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (A): **LUZ DARY PABON LEAL**

CC: **40392205**

CÓDIGO CUENTAME UDS: **5000100023839**

NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO/ UNIDAD DE ATENCIÓN: **LA SAGRADA FAMILIA**

DIRECCIÓN UDS: **CRA 37 N° 23 - 19 SAN BENITO**

TELÉFONO UDS: **3213860017**

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA

APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA

EDAD

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TOTAL
MENSUAL

CAUSA DEL RETIRO

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																				ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DEL RETIRO					
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA								QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	R.C	1121987851	BELLA	ANTONELLA	CRUZ	MOLANO		1	I					A	I														1	3						
02	R.C	1121987827	MARIA	FERNANDA	SALINAS	HERNANDEZ		1	I					A	I														2	2						
03	R.C	1253258631	MIGUEL	ANGEL	VELEZ	NIETO		1	A					A	A														4	0						
04	R.C	1123454956	LIAM	ANDREY	DOMCEL	SERRANO		1	A					A															4	0						
05	R.C	1122945470	DANNA	LUCIA	AGUDELO	DOMINGUEZ		2	A					A	A														4	0						
06	R.C	1122543816	LIA	ISABELLA	LADINO	SACHICA		3	A	A				A															4	0						
07	R.C	1121987054	DYLAN	ISAAC	GUTIERREZ	URREGO		4		A				A	A														4	0						
08	R.C	1123824634	KILYAN	SANTIAGO	FERNANDEZ	CORRALES		4		A				A															4	0						
09	R.C	1121986506	ALISSON	SAMANTHA	DEYAN	CASTAÑEDA		7		I				A															3	1						
10	C.C	1193100373	LAURA	DANIELA	GARCIA	ROMERO	23	6		I	I			I															0	4						
11	C.C	1121962693	LEYDY	KATERINE	LIEVANO	HURTADO	25	23		A	A			A															4	0						
12	C.C	1007794351	LUZ	AMPARO	SALAMANCA	CAICEDO	27	1		A				A															4	0						
13	C.C	1121900407	MONICA	YUELI	VILLALBA	CHAVEZ	32	5		A				A															4	0						
14	C.C	1121883644	LAURA	YLIA	MUÑOZ	CARO	33	4		A				A															3	1						
15	C.C	1121884330	ANGELICA	JOHANNA	ZULETA	LOZADA	33	5		A				I	I														1	3						
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL **46 14**

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

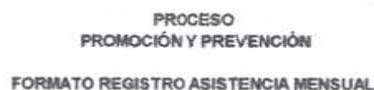
COORDINADOR(A) EA

Luz Dary Pabon Leal
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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



1/06/2018

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

Municipio: VILLAVICEÑO

OC 40 334 935

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: LOS GIRASOLES

Telefono UDS: 3123409048

TOTAL	53	7
-------	----	---

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

J VIANA m. Gons
08/04/2025
JCG



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

01/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: <u>ASOCIACIÓN DE HCB PORRA 3</u>	IDENTIFICACIÓN: <u>CC-RC-TI</u>	Hoja <u>1</u> de <u>1</u>	
NIT: <u>800163122-5</u>	NÚMERO DE CONTRATO: <u>50005532024</u>	Regional: <u>META</u>	Centro Zonal: <u>UNO</u>
MES: <u>ABRIL</u>	AÑO: <u>2025</u>	Nombre Agente Educativo(a): <u>Lidia Iijeth pedroza valencia</u>	Municipio: <u>VILLAVICENCIO</u>
MODALIDAD DE ATENCIÓN: <u>FAMILIAR</u>	Código CUENTAME UDS: <u>5000100000290</u>	OC: <u>1122654901</u>	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: <u>MAGICO MUNDO</u>
SERVICIO DE ATENCIÓN: <u>FAMBIENVENIR</u>	Dirección UDS: <u>cra 56 #21 a sur 22 playa rica</u>	Teléfono UDS: <u>3133706030</u>	

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO			
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	REASISTENCIAS						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA							QUINTA					
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			LUNES	MARTES		MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	RC	1.123.824.853	AXEL	EMMANUEL	VAQUIAZA	SOLANO	0	1	A						A															4						
02	RC	1.121.987.777	DEIVYD	JOAO	MORALES	GALINDO	0	1	A						A															4						
03	RC	1.121.987.582	JEMMA	LUCIANA	GONZALEZ	RODRIGUEZ	0	2	A						A															4						
04	RC	1.122.945.490	LAHIAM		BANOY	INFANTE	0	2	A						A															4						
05	RC	1.122.543.867	ANDRES	Yael	MEDINA	MARTINEZ	0	3	A						A															4						
06	RC	1.121.987.002	ELIAS	RAFAEL	MENDEZ	CARABALLO	0	4		A					A															4						
07	RC	1.234.796.028	ANGEL	SEBASTIAN	RUIZ	NEIRA	0	5		A					A															4						
08	RC	1.122.543.743	LUCY	MARIANA	NOVOA	CARVAJAL	0	5		A					A															4						
09	RC	1.051.241.690	EMANUEL		VANEGAS	BOCANEGRA	0	6		A					A															4						
10	RC	1.123.824.528	EMILY	SAMARA	GARRIDO	ZABALA	0	6		A					A															4						
11	CC	1.121.946.470	GLORIA	MABEL	LADINO	FAJARDO	27	10			A				A															4						
12	CC	1.121.964.417	LEIDY	JASMIN	CARRILLO	GARZON	25	9			A				A															4						
13	CC	1.121.907.086	MARIANA		LONDOÑO	DUQUE	31	3			A				A															4						
14	CC	1.121.941.731	ASTRID	CAROLINA	VILLA	RODRIGUEZ	28	3			A				A															4						
15	CC	1.001.332.107	TATIANA	CAMILA	RAMIREZ	TORRES	23	9			A				A															4						
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
TOTAL																												60								

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	10	COORDINADOR(A) EA	 RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5		



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: <u>ASOCIACIÓN DE HCB POR PAZ</u>	IDENTIFICACIÓN 40397573 CC-RC-TI CEDULA	Hoja <u>1</u> de <u>1</u>
NIT: <u>806.143.124</u>	NÚMERO DE CONTRATO: <u>10000532024</u>	Regional: <u>META</u> Centro Zonal <u>UNO</u> Municipio: <u>VILLAVICEÑO</u>
MES: <u>ABRIL</u>	AÑO: <u>2025</u>	Nombre Agente Educativo (a): <u>LUCILA GUERRERO FUENTES</u> CC: <u>40397573</u>
MODALIDAD DE ATENCIÓN: <u>FAMILIAR</u>	Código CUENTAME UDS: <u>500100115873</u>	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: <u>MANITOS ENCANTADAS</u>
SERVICIO DE ATENCIÓN: <u>FAM BIENENIR</u>	Dirección UDS: <u>CALLE 43 A ESTE 13-50 BARRIO PORTALES DEL LLANO</u>	Teléfono UDS: <u>3208469268</u>

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
01	RC	1.234.796.093	MARIAN		ULCUNCHE	VEGA		3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

TOTAL 153 7

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES

8

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

0

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

7

COORDINADOR(A) EA

Lucila Guerrero Fuentes
RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: <u>Asociación de HCB Piria 3</u>	IDENTIFICACIÓN: <u>CC-RC-TI</u>	Hoja <u>1</u> de <u>1</u>
NIT: <u>800 143 122-6</u>	NÚMERO DE CONTRATO: <u>50006532024</u>	Regional: <u>META</u>
MES: <u>ABRIL</u>	AÑO: <u>2025</u>	Centro Zonal: <u>VILLAVICENCIO UNO</u>
MODALIDAD DE ATENCIÓN: <u>FAMILIAR</u>	Nombre Agente Educativo (a): <u>SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO</u>	Municipio: <u>VILLAVICENCIO</u>
SERVICIO DE ATENCIÓN: <u>HCB FAMI BIENVENIR</u>	Código CUENTAME UDS: <u>5000100000458</u>	CC: <u>40328636</u>
	Dirección UDS: <u>CR 34 N 23-67 SAN BENITO</u>	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: <u>MI HUELLETA</u>
		Teléfono UDS: <u>3133779941</u>

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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				
01	RC	1.121.987.495	ALANA		GOMEZ	PESCADOR	0	2	A																			4		
02	RC	1.121.987.273	ILIAN	GAEL	VILLALOBOS	ORTIZ	0	3	A	A																		4		
03	RC	1.122.543.837	ANAHY	DANIELA	GUTIERREZ	CASTAÑEDA	0	3	A	A																		4		
04	RC	1.121.987.009	THIAGO	ALEXANDER	PEREIRA	PEDROZO	0	4	A																			4		
05	RC	1.029.971.596	JEISSON		CONDE	VARGAS	0	1	A																			4		
06	CC	1.007.449.215	YURLEY	EDITH	ROZO	CONDE	30	3		A																		4		
07	CC	1.010.103.389	PAOLA	ANDREA	REYES	LOAIZA	24	8		A																		4		
08	CC	1.121.958.001	MAYRA	ALEJANDRA	DIAZ	VILLALOBOS	26	6		A																		4		
09	CC	1.214.464.563	ANGELA	YURANI	VARGAS	FUENTES	26	5		A																		3	1	
10	CC	1.121.881.497	SANDRA	LORENA	BELTRAN	AVILA	33	5		A																		4		
11	CC	1.121.867.057	BRIGITTE	XIOMARA	VALLEJO	BASTIDAS	34	7		A																		4		
12	CC	1.122.653.787	JENNIFER	PAOLA	PARDO	BAQUERO	28	1		A																		4		
13	CC	1.006.821.540	JENNY	PAOLA	PEREZ	MEJIA	27	6		A	A																	4		
14	CC	1.023.943.654	SANDRA	PATRICIA	PEREZ	RAMIREZ	29	8		A																		3	1	
15	PPT	1872505	EUKARIS		RAMONES	ZAMBRANO	29	10		A																		4		
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
TOTAL																										58	2			

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	5	COORDINADOR(A) EA
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	10	

Sandra Viviana Vergara Robledo
RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

INSTITUCIÓN DEL SERVIDOR: ASOCIACIÓN DESARROLLO S... IDENTIFICACIÓN: CC-RC-11 Hoja 1 de 1
FECHA: MARZO DE 2018 Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVIEJA-BO
ABRIL AÑO: 2018 Nombre Agente Educativo (a): CARMEN JULIA RIVERA CC: #
TIPO DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: MI PEQUEÑO MUNDO
E ATENCIÓN: FAM Dirección UDS: 504010000024 Teléfono UDS: 44 22

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																													TOTAL MENSUAL			
DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																												ASISTENCIAS	NO ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	SEIS	SETE	OCHO	NOVENA	DIEZ	ONCE	DOCE	TRECE	CUATROCE	QUINCE	SEISCientos	SETECientos	OCOCientos	NOVENACientos	DIEZCientos											
CC	1.121.949.440	MONICA	ISABELLA	CABANEIRO		24		A																											4			
CC	1.006.774.221	LAUARA	XIMENA	ALCARRACIN	FRANCO	27		A																											2	2		
CC	1.000.121.302	SOFIA		GONGORA	RAMIREZ	21		I																												4		
RC	1.123.824.754	IAN	ALEXANDER	RIVEROS	ROJAS		3	A																												2	2	
RC	1.123.455.005	MAILIN	VERONICA	VILLAREAL	CANO		1	J																												1	3	
RC	1.121.987.625	MIA	CELESTE	GONZALEZ	MUNOZ		2	A																												4		
RC	1.121.987.642	MIA	VALERIA	GONZALEZ	MUNOZ		2	A																												4		
RC	1.121.987.078	MIA	ANTONELLA	QUEASADA	BAEZ		4	A																												4		
RC	1.123.824.721	NOAH	GABRIEL	QUEVEDO	MERCADO		3	A																												3	1	
RC	1.029.971.444	MARIANA		CHIVATA	ANZUATE		5	I																												3	1	
RC	1.121.987.363	LAUREN	AMARA	GOMEZ	ROLDAN		3																													3	1	
RC	1.234.796.160	CRISTIAN	ALEXANDER	SANCHEZ	NIETO		0																													2	2	
RC	1.121.987.462	THIAGO	ANDRES	TRIVIÑO	BELTRAN		2																													4		
CC	1.121.831.716	VIVIANA	ANDRES	ROJAS	VILLA		34																													4		
CC	1.120.862.563	NELLY	YANUBY	RINCON	MATOMA		33																													1	3	
														</																								

TOTAL 4119

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADORA (A)

CARMEN JULIA RIVERA
RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

01/06/18

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOB POR FA 3 IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal: LINO Municipio: VILLAVICENIO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): DIANA MARITZA RODRIGUEZ BARRERA CC_1121894148
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: 5000100125217 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ANGELITOS
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI Dirección UDS: CLL 398 N° 20A 03 JORDAN Teléfono UDS: 3 1 2 3 7 3 3 1 5 0

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL RETIRO									
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA						QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES				JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	RC	1.121.987.664	EITHAN	GAEL	MORA	LOPEZ	0	3	A	A				A																4						
02	RC	1.123.454.930	LIAN	SAMUEL	SUAREZ	PINEDA	0	3	A	A				A																4						
03	RC	1.121.987.274	ABEL	JERONIMO	CAICEDO	MORA	0	3	A					A	A															4						
04	RC	1.121.987.171	PAULA	VICTORIA	MENDOZA	CUBIDES	0	3	A					A	A															4						
05	RC	1.121.986.997	LIAM	GAEL	RONDON	AYA	0	3	A					A	A															4						
06	RC	1.121.987.156	LIAM	MATEO	ALMEGICA	PINZON	0	1		A					A	A														4						
07	RC	1.122.543.932	ELIAN	MATEO	LINAREZ	SANCHEZ	0	1		A					A															4						
08	RC	1.029.971.644	JERONIMO	ISAAC	ORTIZ	BELLO	0	1		A					A	A														4						
09	CC	1.121.915.405	ANGI	NATALIA	CARRILLO	AGUIRRE	30	0		A					A															4						
10	CC	1.121.961.661	ALEJANDRA		ARIZA	RODRIGUEZ	26	0		A					A															4						
11	SD		VIANNI	LISBETH	BRAVO	GALINDEZ	36	0			A					A	A													4						
12	PPT	6.098.575	NOHELI	NOHEMI	HERNANDEZ	PEREZ	32	0			A					A														4						
13	PPT	6.198.386	YULEINYS	LISETH	LOPEZ	PERNIA	33	0			A					A														4						
14	RC	1.121.916.229	KELLI	JOHANA	ALARCON	LOPEZ	30	0			A					A														4						
15	RC	1.123.824.933	AHYTANA	NICOLLE	POLO	OCHOA	0	1	A	A					A															4						
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

Diana Rodriguez Barrera
RESPONSABLE DE GRUPO

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
 NIT: 800.143122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006532024
 MES: ABRIL AÑO: 2025
 MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
 SERVICIO DE ATENCION: FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1

Regional: META Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a) DORIS SANTIAGO CASTRO CC 2 0 5 4 6 8 9 4

Código CUENTAME UDS: 5000100012683 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS ANGELITOS 1

Dirección UDS: MANZANA I CASA 23 Teléfono UDS: 3 1 2 3 0 9 9 0 2 3

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TOTAL MENSAUR

[illegible]

TOTAL	60	0
-------	----	---

Verificación De Cobertura

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

7

0

88

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Denis Santiago Cerna



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR F.A.3 IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI 40331427 Hoja 1 de 1
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal: UNQ Municipio: VILLAVICENCIO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): YINATH MARIETH CORREA ARCE CC: ##
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: 5000100018777 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS CORDERITOS
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR BIENVENIR Dirección UDS: CALLE 42 # 16 B 02 Teléfono UDS: ##

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				ASISTENTES	MASISTENTES	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.121.987.588	BRIANA	ANTONELLA	ACEVEDO	MARTINEZ	00	02	A																					4	
02	RC	1.121.987.423	SOEL	ALONSO	HERRERA	RIVEROS	00	02	A																					4	
03	RC	1.121.987.837	ZOE	ANTONELLA	ACEVEDO	OSORIO	00	01	A																					4	
04	RC	1.121.987.844	KEVIN	SANTIAGO	MARTINEZ	CORTES	00	00	A																					4	
05	RC	1.121.987.707	MAXIMILIANO		PEREZ	GUAYARA	00	02	A																					4	
06	CC	1.121.893.643	ANGIE	LIZETH	DIAZ	PARRA	33	00	A	A																				4	
07	RC	1.121.987.907	ANGEL	DAMIAN	BARON	RUIZ	00	00		A																				4	
08	CC	1.121.884.386	LENNY	DUFAR	ANGARITA	OSORIO	32	00		A																				4	
09	RC	1.123.824.932	VIOLETT	DAHIANA	CRISTIANA	MONCALEANO	00	00		A																				4	
10	CC	1.121.417.629	JASSURY	DANEY	CASTILLO	LEIVA	17	00		A	A																			4	
11	CC	1.121.918.786	KELLY	MARIANA	FERREIRA	VALVERDE	30	00		A	A																			4	
12	CC	1.007.297.864	DARCY	YULIETH	FLORIDO	ACOSTA	24	00			A																			4	
13	CC	1.121.959.350	KAREN	YINETH	BAQUERO	RODRIGUEZ	26	00			A																			4	
14	CC	1.234.792.368	LUISA	FERNANDA	ROMERO	GARZON	26	00			A																			4	
15	CC	1.121.946.338	ANGIE	DANIELA	AMAYA	MORENO	28	00			A																			4	
16																															
17																															
18																															
19																															

TOTAL 60

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES:

3

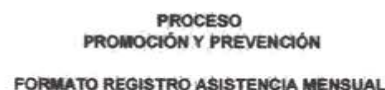
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

10

COORDINADOR(A) EA

Yinath Correa Arce
RESPONSABLE DE GRUPO



1/06/2018

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

IDENTIFICACIÓN		CC-RC-TI		Hoja 1 de 1	
Regional:	META	Centro Zonal:	UNO	Municipio:	VILLAVICENIO
Nombre Agente Educativo (a): DAYANA GISSETH GUZMAN MORENO		CC:		1.121.961912	
Código CUENTAME UDS:		5000100028804		Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMERAS HUELLITAS	
Dirección UDS: CL 21 A SUR 13 E 51 LA SABANA		Teléfono UDS:		3203337038	

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSAJES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENTES	NO ASISTENTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
									LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
01	CC	1.121.851.065	ERIKA	LORENA	MORA	NARVAEZ	22																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): YULY GODOY CC: 1121885211
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: 5000100018851 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMERAS HUELLITAS
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI Dirección UDS: CALLE 3 #06-88 LA NOHORA Teléfono UDS: 3245106598

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO			
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS.	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES			MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1.118.199.000	LUISA	FERNANDA	NORATO	SAGANOME	31	6	A					A		A								A								40			
02	CC	1.120.579.955	ERIKA	KATHERINE	RAVE	PAZ	28	10	A					A										A	A							40			
03	CC	1.121.963.520	DANIELA		ZEA	ARENAS	25	11	A					A										A								40			
04	RC	1.234.796.155	EITHAN	MATTEO	MORENO	RODRIGUEZ	0	0	I	A				I										I								13			
05	CC	1.121.941.536	LINA	MARIA	SOTO	MAHECHA	29	3	A					A										A								40			
06	RC	1.234.796.152	DAIA	MAKEYLA	IDARRAGA	GUERRA	0	0		I				A	I									I								13			
07	CC	1.121.417.442	KATHERYN	YULIANA	HERRERA	BOBADILLA	19	7		A					A									A	A							40			
08	RC	1.121.987.932	ZAIRA	VALENTINA	HERNANDEZ	MORALES	0	0		A					I									I								13			
09	RC	1.123.824.821	AILANY	DALAY	PERALTA	HUERTAS	0	1		A					A	A								A								40			
10	RC	1.121.987.600	LIZETH	VALERIA	CANTOR	HIDALGO	0	2		A					A									A	A							40			
11	RC	1.121.987.211	VALERY	MICHEL	LINARES	LINARES	0	4			I	A			I									I								13			
12	RC	1.234.796.068	DYLAN	FELIPE	HERRERA	BELTRAN	0	3			A	A			A									A								40			
13	RC	1.029.971.486	MAXIMILIANO		HERNANDEZ	RAMOS	0	4			A				A									A	A							40			
14	RC	1.234.795.987	MALENA		BELLO	PARRA	0	5			A				A									A								40			
15	RC	1.122.543.767	HADEES		RUIZ	PINEDA	0	5			A				A									A	A							40			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 48/12

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3 IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
NIT: 800143122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006532024 Regional: META Centro Zonal VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
MES: ABRIL AÑO: 2025 Nombre Agente Educativo (a): YELITZA CALDERON ZARATE CC: 1.121.818.202
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Código CUENTAME UDS: 5000100018959 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASITOS
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR Dirección UDS: CRA 51 73 103 APTO 1 LA NOHORA Teléfono UDS: 3132930388

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS						
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA								QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	RC	1.123.824.769	ERICK	MATHIAS	REYES	SUNS	00	02	A	A				A																4						
02	RC	1.234.796.065	EIMY	SALOME	BAQUERO	HERNANDEZ	00	03	A	A				A																4						
03	RC	1.121.987.185	SHARITH	DAYHAM	MARQUEZ	SAAVEDRA	00	04	A		A			A																4						
04	RC	1.121.987.101	THIAGO	JESUS	FRANCO	REYES	00	04	A		A			A																4						
05	RC	1.122.543.890	EVELYN	CATALEYA	JOVEN	GRAJALES	00	02	A	A				A																4						
06	CC	1.006.779.616	YEIMY	YURANY	ECHEVERRY	PLATA	30	00		A	A			A																4						
07	CC	1.122.524.160	DANA	SOFIA	CASTRO	PALOMINO	14	03		A				A	A															4						
08	RC	1.122.543.876	DANNA	THALIA	GONZALEZ	GONGORA	00	03		A				A	A															4						
09	RC	1.244.828.686	IAM	JERONIMO	IBAGON	VARGAS	00	04		A				A	A															4						
10	CC	1.088.597.330	AMANDA	VIVIANA	ORTEGA	OJEDA	28	05			A			A	A											I				3	1					
11	CC	1.014.191.008	KATERINN	ANDREA	LOPEZ	GIL	19	02			A			A	A															4						
12	CC	1.121.941.258	GINA	MARCELA	CRUZ	MEJIA	28	03			A			A												A	A			4						
13	RC	1.234.795.965	VALERY	ZHARICK	GOMEZ	DUQUE	00	06			A			A													A	A		4						
14	CC	1.010.087.850	JEMY	DAYANA	REYES	ALVAREZ	28	11			A			A													A	A		4						
15	CC	1.006.631.661	WENDY	YOLMARI	GARCIA	TABARQUE								A													A	A		3						
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
TOTAL																																				
Verificación De Cobertura			TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.		8		<div>COORDINADOR(A) EA</div> <div> RESPONSABLE DE GRUPO</div>																													
			TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.		0																															
			TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES.		6																															



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FB.M012.PP

1/06/2018

Versión 6

Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFA 3

NIT: 800.143.123-6

NÚMERO DE CONTRATO: 5000832024

MES: ABRIL

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: FAM

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI

Regional: META

Centro Zonal: UNO

Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA CC: 1.010.123.206

Código CUENTAME UDS: 5000100012472

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS

Dirección UDS: CRR 12 N° 9-19 VILLA MELIDA

Teléfono UDS: 3144390123

SERVICIO DE ATENCIÓN FAMI										INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA										CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA										CAUSA DE RETIRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
01	C.C	1.116.875.239	EMELY	ANGELICA	ROJAS	HERNANDEZ	30			A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

Verificación
De Cobertura

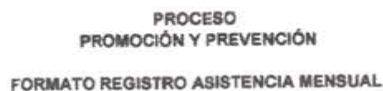
6

0

8

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



1/06/2018

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

NÚMERO DE CONTRATO: 80006532024

AÑO 2025

FAMILIAR

HCB.FAM1

Regional: META

Centro Zonal ____ UNO

Municipio: VILLAVICEÑO

Nombre Agente Educativo (a): EDITH MARCELA HUARTOS DUARTE

CC: 1121911281

Código CUENTAME UDS: 5000100018914

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS PRIMEROS PASOS 1

Descripción UDS: MIS PRIMEROS PASOS UNO

Telefono UDS: _____ 3006670272

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TOTAL	40
-------	----

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE MESES ASISTENTES

TOTAL HOURS Y MINUTOS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NUMBER OF TANTIS ASSISTENTS

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR FIA 3

NIT: 800143122-6

NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024

MES: ABRIL

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN

CC-RC-TI

Regional: META

C C

4 0 4 1 4 3 3 2

Hoja 1 de 1

Centro Zonal UNO VILLAVICENCIO

Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): NELCIN MORENO LONDOÑO

CC

4 0 4 1 4 3 3 2

Código CUENTAME UDS: 5000100021741

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIS TRES ESTACIONES

Dirección UDS: KRA 16 N 44B 19 BARRIO VILLA SUAREZ

Teléfono UDS: 3219964451

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TOTAL MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA								QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	T.I	1123437002	KAROL	KATERINE	ARIAS	GALINDO	17	00	A																					4						
02	PPT	2159268	RAIMAR	ANDREINA	GARCIA	ESCOBAR	20	04	I																					2	2					
03	C.C	1003558427	DAYANA	ISANELLA	BUITRAGO	VELOZA	21	05	A																					3	1					
04	C.C	1121416920	NEYRA	ALEJANDRA	PEREZ	CABRERA	22	02	A	A																				4						
05	C.C	1123430909	NASLY	FAISURI	BELTRAN	OSPITIA	22	03	A	A																				4						
06	C.C	1000003777	VANESSA		PINZON	FAJARDO	22	04	A	A																				4						
07	SD		EDILIANNET	DEL CARMEN	ANGULO	DELGADO	23	08		A																				4						
08	C.C	1121952860	LUISA	FERNANDA	RAMIREZ	ROJAS	27	00		A																				4						
09	C.C	1121919601	LIZETH	DANIELA	DIAZ	PERILLA	31	04		A																				4						
10	R.C	1029971708	SARA	ISABELA	PARDO	HERNANDEZ		01																							1	3				
11	R.C	1123824869	EMY	VICTORIA	MORENO	ARIAS		02																							3	1				
12	R.C	1121987155	MARIA	ANGEL	HERNANDEZ	PINZON		04		A																				4						
13	R.C	1121987357	ZOE	ALAHIA	BONILLA	REYES		04		A																				4						
14	R.C	1120826029	JUAN	ESTEBAN	RAMIREZ	BELTRAN		05		A																				4						
15	C.C	1253258452	SEHER	CELESTE	ALBARRACIN	BAQUERO		05		A																				4						
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 537

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:

6

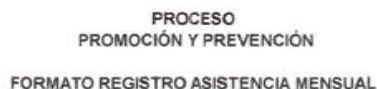
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

9

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



1/6/2018

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

IDENTIFICACIÓN		CC-RC-TI		Hoja 1 de 1	
Regional:	META	Centro Zonal	UNO	Municipio:	VILLAVICENIO
Nombre Agente Educativo (a):		SORANILLY CORREA RODRIGUEZ		CC 112188999	
Código CUENTAME UDS:		Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SUEÑOS INFANTILES			
Dirección UDS: MZ 54 CS 27 LA MADRID ET 2		Teléfono UDS: 3133778039			

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TODAY'S MEMBERS

[illegible]

TOTAL	60
-------	----

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP

1/06/2018

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB POR PAZ
NIT: 800.141.122-5 NÚMERO DE CONTRATO: 50004532024
MES ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional META Centro Zonal UNO Municipio VILLAVICENIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO CC: 40398006
Código CUENTAME UDS: 5000100024789 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención TRAVESURAS
Dirección UDS: CALLE 20C # 22 24 Teléfono UDS: 3144821675

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
							LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1.069.900.877	YINDRID	ANGELICA	LEON	LEON	28	10	A	A				A											A					4			
02	CC	1.121.863.527	KAREN	YISELL	ROJAS	CORTES	35	4		A				A											A					4			
03	CC	1.121.827.884	ADELAIDA		MORENO	PEREZ	38	9		A				A											A	A				4			
04	R.C	1.253.258.612	JUAN	ANDRES	MURCIA	VALENCIA	0	2		A				A	A											A				4			
05	R.C	1.121.986.831	THIAGO		ESTRADA	QUIROGA	0	5		A				A	A										A					4			
06	CC	1.006.827.404	ANYELA	CATALINA	SANABRIA	LOPEZ	23	8		A				A											A					3	1		
07	CC	1.010.076.849	ANGIE	LORENA	QUEVEDO	LUCUARA	26	01	A	A																				2	2		
08	R.C	1.121.987.379	LIAM	SANTIAGO	AMAYA	HERNANDEZ	0	2		A				A											A	A				4			
09	R.C	1.122.543.781	ZOE	VALENTINA	SANCHEZ	MEJIA	0	4		A				A	A											A				4			
10	R.C	1.122.543.780	MIA	ISABELLA	SANCHEZ	MEJIA	0	4		A				A	A											A				4			
11	CC	1.121.954.406	LEIDY	NATHALIA	ALEJO	VARGAS	26	10		A				A											A					3	1		
12	CC	1.122.652.964	LEIDY		BELTRAN	MONTENEGRO	28	8		A				A												A				4			
13	CC	1.001.360.843	DALANY		GUZMAN	CASTAÑO	21	9		A				A												A	A			4			
14	R.C	1.121.987.566	AYLAN	THOMAS	VILLEGAS	HUERTAS	0	2		A				A											A		A			4			
15	T.I	1.123.438.079	MONICA	JULIETH	MOLANO	VANEGAS	16	2	A	A				A																3	1		
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL 55 5

Verificación
De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES

6

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

9

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO

RESPONSABLE DE GRUPO