RAM GRUPAL MES DE MAYO/2025

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ PAZCIFICO VIVE
NIT: _ 900937890-5
MES: ___Mayo_____ NÚMERO DE CONTRATO: ___27001382025_____
AÑO:___2025____
MODALIDAD DE ATENCI PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCÓ_____ Centro Zonal _____ QUIBDÓ Municipio: _____ QUIBDÓ Hoja ___ de ___
AGENTE EDUCATIVO : ANA GLORIA CAÑISALES RIVAS CC 39410172
Código CUENTAME UDS: 270011157519 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención _____ VIVE EN FAMILIA 3
Dirección UDS: _ALFONSO LOPEZ_____ Teléfono UDS: _____ 3205463732

1,495

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077491155	NAIN	ELIEL	GONZALEZ	SANTOS	0	4															A										1	0	
02	RC	1093317798	ARLET	ADHARA	GOMEZ	ARIAS	0	4															A										1	0	
03	RC	1032199098	YELEN	LEIANYS	PALOMEQUE	MORENO	1	0															A										1	0	
04	RC	1077490306	YILIAN	MAITE	PALOMEQUE	PALOMEQUE	0	11															A										1	0	
05	RC	1077490910	ELIAN	MIGUEL	MURILLO	GUEVARA	0	6															A										1	0	
06	RC	1077491063	KYLIAM	DAVID	DOGIRAMA	SARCO	1	2															A										1	0	
07	RC	1078105220	ANDY	YOHAO	MURILLO	PALACIOS	1	4															A										1	0	
08	C.C.	1077442746	NAYA	ANDREA	SANTOS	BLANDON	21	6															A										1	0	
09	C.C.	1077477056	LUZ	EDILIA	ZULETA	ARDILA	27	3															A										1	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Ana G Cañisales

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900 NÚMERO DE CONTRA: 138
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educ: LEIDY PALACIOS BLANDON CC 1077431662
Código CUENTAME: 270011151248
Dirección UDS: OBAPO
NOMBRE UCA: VIVE EL AMOR 1
Teléfo UCA: 3226639329

Hoja _1_ de _2_

1,496

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078105838	EITHAN	JHOED	SANTOS	MENA	0	3					A																				1	0	
02	RC	1077491014	GISELL	AILANY	CORDOBA	MURILLO	0	5					A																				1	0	
03	RC	1017286699	NICOLAS		VALENCIA	GAMBOA	0	6					A																				1	0	
04	RC	1077490510	HIAM	HAIR	MOSQUERA	MENDOZA	0	9					A																				1	0	
05	RC	1112796339	HANNA		GONZALEZ	GONZALEZ	1	1					A																				1	0	
06	RC	1078475109	IRAEL		ZAITANO	LANA	1	1					A																				1	0	
07	RC	1078475076	STEYCER		RAMOS	ANGULO	1	2					A																				1	0	
08	RC	1032071897	DILAN	ALEJANDRO	CARDONA	GUARIN	1	4					A																				1	0	
09	RC	1077256882	CELESTE		IBARGUEN	RAMIREZ	1	5					A																				1	0	
10	CC	1003931759	LEIDY	YASIRIS	MOAQUERA	CUESTA	25	0					A																				1	0	
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	10	0	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Leidy Palacios Blandón
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educa: MARI LEIDY SINISTERRA CORDOBA CC 35894353
Código CUENTAME L: 270011151243
Dirección UCA: JAZMIN
QUIBDÓ Hoja 2 de 2
NOMBRE UCA VIVE LA PAZ 1
Teléfo UCA 3104897602

1,497

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1013384747	YEDHIAN	MARCEL	CORDOBA	RENDON	0	9					A																					1	0	
02	RC	1077489636	IKER	DARETH	MENA	ROMAÑA	1	5					A																					1	0	
03	RC	1077490593	AXEL	ANDRES	CAICEDO	SANCHEZ	0	9					A																					1	0	
04	RC	1077491100	KILIAN	ANDRES	MORENO	MURILLO	0	5					A																					1	0	
05	RC	1078105354	CAROL	YISETH	IBARGUEN	GONZALEZ	1	1					A																					1	0	
06	RC	1078105872	ROBIN		SUCRE	TUNAY	0	4					A																					1	0	
07	RC	1078118682	RONALD	DAVID	PEREZ	BEJARANO	1	1					A																					1	0	
08	RC	1078475129	MATEO	ALEJANDRO	PALACIOS	PINO	0	13					A																					1	0	
09	C.C.	1000687248	KAREN	DANIELA	CORDOBA	PALACIOS	35	6					A																					1	0	
10	C.C.	1001977764	KATTY	LUZ	MOLINA	BARRIOS	26	10					A																					1	0	
11	C.C.	1078457542	YASUARA		VALDES	PALACIOS	21	7					A																					1	0	
12	T.I.	1097725134	LAUREN	SOFIA	GOMEZ	DUQUE	15	2					A																					1	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
																																	TOTAL	12	0	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Mary Leidy Sinisterra cordoba
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educ: YANETH LOZANO ARBOLEDA CC 35604644
Código CUENTAME: 270011157520
Dirección UCA: OBAPO
NOMBRE UCA: VIVE EL AMOR 2
Teléfo UCA: 3209952078

Hoja _3_ de __3___

1,498

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078105765	MITER	FRANCHESCOLY	DUMAZA	CHORY	0	5					A																				1	0	
02	RC	1078105744	MAREN		DUMAZA	DORIGAMA	0	6					A																				1	0	
03	RC	1077490716	LILI	LUCERO	ASPRILLA	ROMAÑA	0	8					A																				1	0	
04	RC	1077490278	NATHAN	ELIAM	MURILLO	RIVAS	1	0					A																				1	0	
05	RC	1077490031	YUSMELBY		DUMAZA	CABRERA	1	2					A																				1	0	
06	RC	1077489866	DAISON		TAPI	CABRERA	1	3					A																				1	0	
07	RC	1077489982	LUZ	LAINY	ACHITO	DUMAZA	1	4					A																				1	0	
08	RC	1089105239	JESUS	DAVID	VALENCIA	RINCON	1	4					A																				1	0	
09	RC	1077489854	YURANY		CONDE	SUCRE	1	5					A																				1	0	
10	CC	1077420922	MICHEL	ANDREA	MOSQUERA	RAMOS	25	0					A																				1	0	
11	CC	1129364658	MAGDA	LUZ	ROMAÑA	PALACIOS	24	0					A																				1	0	
12	CC	3586827	LASTENIA		CAIZAMO	CHAMI	55	0					A																				1	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	12	0	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Yaneth Lozano A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937809-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: MARZO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
EIPISERVICIO DE ATENCIÓN: EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO Hoja 1 de 3
Nombre Agente Educativo (a): DIANA ISABEL MURILLO MARTINEZ CC 1.077.466.605
Código CUENTAME UDS: 270011157528
Dirección UDS: BAHIA SOLANO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención VIVE LA ESPERANZA 3
3103822099

1,499

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077490907	JARVI	LEWIS	OKÍ	QUINTERO	0	4					A																		1	0	
02	RC	1077491093	KENDO	KANVUNY	TAPI	RUIZ	0	3					A																		1	0	
03	RC	1078474944	DANIEL		CALIXTO	IBAMIA	1	4					A																		1	0	
04	RC	1206229351	HEDDER	ESTEVAN	URAGAMA	IBAMIA	1	8					A																		1	0	
05	RC	1077489953	YARLEIDI		TAPI	RUIZ	1	5					A																		1	0	
06	RC	1077489541	EDWIN		DUMASA	TAMICANO	1	5					A																		1	0	
07	RC	1077488980	YOBELI		IBAMIA	CONDE	1	5					A																		1	0	
08																															1	0	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	

TOTAL 10

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

COORDINADOR(A) EA

Diana Isabel Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

29/05/2018

Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pazcifico vive
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia: Intercultural
SERVICIO DE ATENCIÓN: E1P1

IDENTIFICACIÓN
Regional: Choco Centro Zonal Quibdó Municipio: Quibdó Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): Lili Quejada CC 1077442207
Código CUENTAME UDS: 2700111581242 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Vive en familia 1
Dirección UDS: Buenos Aires. Teléfono UDS: 3137004107

1,500

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1040891850	EITAN	CAMILO	MOSQUERA	RODRIGUEZ	1	6					A																				1	0	
02	RC	1078105389	NOAH	GAEL	QUIÑONEZ	RENTERIA		7					A																				1	0	
03	RC	1077491021	YAEL	ANDRES	UNDAGAMA	AMAGARA		7					A																				1	0	
04	RC	1078105389	MARIA	ALEJANDRA	PALACIOS	MARTINEZ	1						A																				1	0	
05	RC	1078475055	AILEEN	ZARETH	GONZALEZ	CORDOBA	1	1					A																				1	0	
06	RC	1077490805	HAILANY	SARETH	GOMEZ	LOZANO		7					A																				1	0	
07	RC	1078475114	EMMANUEL		CABRERA	CORDOBA	1	2					A																				1	0	
08	RC	1078475278	CRISTOPHER	DAVID	QUINTERO	GARRIDO		7					A																				1	0	
09	RC	1033273491	KENJI	DAVID	QUINTO	CASTRO	1	1					A																				1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Lili Yohana Quejada Mosquera.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

1,501

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ Pazcífico vive
NIT: _ 900937890-5
MES: , MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia e intercultural
SERVICIO DE ATENCIÓN: __ Propia

NÚMERO DE CONTRATO: _ 27001382025
AÑO:___2025____

IDENTIFICACIÓN
Regional: ___Chocó_____ Centro Zonal _____ Quibdó Municipio: _____ Quibd ó
Nombre Agente Educativo (a): Yalisa Salas G amboa CC1192757704_____
Código CUENTAME UDS: __ 270011151241,00 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ Vive la magia 1
Dirección UDS: _____ Medrano y Cascorvas Teléfono UDS: __ 3 2 3 2 0 1 9 0 7 2

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077490452	NICOLE		MULETH	OSPINA	0	8	A	1	0	
02	RC	1078475255	ASHLAM	EDUARDO	URRUTIA	RODRIGUEZ	0	8	A	1	0	
03	RC	1078105628	ANGEL	YARETH	ROMAÑA	MORENO	0	7	A	1	0	
04	RC	1078732290	SAIRA	EMILI	HACHITO	ZÚÑIGA	0	7	A	1	0	
05	RC	1078105713	TAHIEL	JOAB	MACHADO	GARRIDO	0	6	A	1	0	
06	CC	1193518865	ANDREA	JOSE	SOL	TELLO	24	9	A	1	0	
07	CC	1003044770	KARINA		POTES	LARGACHA	26	1	A	1	0	
08	CC	35546986	FLOR	MARIA	HURTADO	CAICEDO	40	3	A	1	0	
09	CC	1077467436	FRANCIS	YURANNY	GARCIA	MENA	30	2	A	1	0	
10	RC	1070634507	SERGIO	ANDRÉS	OREJUELA	PANTOJA	1	4	A	1	0	
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	10	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yalisa Salas Gamboa
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

1,502

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

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

NÚMERO DE CONTR/ 27001382025
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN 1131044540
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo: ERICK YESSID TELLO CORDOB CC 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0
Código CUENTAME UCA 270011153564
Dirección UCA: BARRIO POBLADO

Centro Zonal: QUIBDO
Municipio: QUIBDO
NOMBFUNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION: VIVE LA ESPERANZA 1
Teléfono UCA: 3 1 3 5 8 7 3 9 6 1

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	35897112	YADIRA		PEREA	MORENO	43	10					A																					1	0	
02	RC	1077459394	KIARA	PAOLA	BECERRA	MENA	32	1					A																					1	0	
03	RC	1078475209	KENAI	JOEL	MAYA	MURILLO	0	8					A																					1	0	
04	RC	1078475183	JADEN	DAREK	PALACIOS	MARMOLEJO	0	10					A																					1	0	
05	RC	1078474892	ZOELI	YAREISA	ALVAREZ	MENA	1	5					A																					1	0	
06	RC	1078105457	NOATH	MARTIN	COPETE	MOSQUERA	0	10					A																					1	0	
07	RC																																			
08	RC																																			
09	RC																																			
10	RC																																			
11	RC																																			
12	RC																																			
13	RC																																			
14	RC																																			
15	RC																																			
16	RC																																			
17	RC																																			
18	RC																																			
19	C.C.																																			
20	C.C.																																			
																																	TOTAL	6	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

ERICK YESID TELLO C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.. 2.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICI FUNDACION PACIFICO VIVE
NIT: _____ 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: __ 138
MES: _____ MAYO AÑO: __2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __ QUIBDO Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): . LUCELLY CAICEDO GUTIERRZ CC35892537
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ VIVE LA PAZ 3
Dirección UDS: _____B/PLAYITA SECTOR PLAYON_____ Teléfono UDS: 3226623988

Hoja 2 de 2

1,503

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078475482	YEIFRAN	STIWAR	ROBLEDO	COSSIO	0	1																A										1	0	
02	RC	1078105911	SHEYLA	ZOE	BLANDON	PALACIOS	0	1																A										1	0	
03	RC	1077490745	EITHAN	ZAID	CORDOBA	PALACIOS	0	7																A										1	0	
04	RC	1078475298	EDSON		MENA	MARTINEZ	0	7																A										1	0	
05	RC	1077490709	LIAM	JOSE	PALACIOS	OBREGON	0	7																A										1	0	
06	RC	10781054734	LIAM	STIFFEN	SANCHEZ	PALACIOS	0	10																A										1	0	
07	RC	1078105327	MAILYN	NAHILLARA	MORENO	ORTIZ	1	1																A										1	0	
08	RC	1078475105	EYTHAN	HOEL	ROMAÑA	RODRIGUEZ	1	1																A										1	0	
09	RC	1078475393	EIVER	GAEL	BEJARANO	QUEJADA	0	4																A										1	0	
10																																				
11																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Lucelly Caicedo G.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

1,304

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO Hoja 1 de 2
Nombre Agente Educativo (a): JOAN MANUEL ARBOLEDA P CC 1.077.432.975
Código CUENTAME UDS: 270011157523 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Ate VIVE LA MAGIA 3
Dirección UDS: JARDIN DIAGONAL DONDE QUEDABA EL SUPERMERCADO EL TAMBO Teléfono UDS: 3147581272

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C.	1078475269	DANIELLS	SEBASTIAN	RUIZ	CABRERA	0	8														A										1	0	
02	R.C.	1023568326	MANUEL	ALEJANDRO	CASAS	LOPEZ	1	1														A										1	0	
03	R.C.	1076339526	KIHARA	YARIANNY	DOMINGUEZ	MARTINEZ	0	11														A										1	0	
04	R.C.	1078105515	LAUREN	ZARETH	ARBOLEDA	IBARGUIEN	0	10														A										1	0	
05	R.C.	1078475177	NOAH	SEBASTIAN	CORDOBA	IROBO	0	11														A										1	0	
06	R.C.	1193481226	KATERINE		QUEJADA	MOYA	29	0														A										1	0	
07	R.C.	1149434422	HILDA	MARY	VIVAS	MOSQUERA	25	0														A										1	0	
08	R.C.																																	
09	C,C,																																	
10	C.C.																																	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
90																																		
																															TOTAL	7	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Joan Arboleda
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 2 de 2

Clasificación de la Información : Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890 NÚMERO DE CONTRATO 138
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: E.I. P.I

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): HEIDY B PALACIOS MURILLO CC 38473422
Código CUENTAME UDS: 270011157518
Dirección UCA: OBRERO SECTOR ZARABANDA Teléfono UCA 3226639329
NOMBRE UCA VIVE ENFAMILIA 2

Hoja _ 2 de 2

1,505

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078475477	IAN	GABRIEL	VASQUEZ	RESTREPO	0	1														A										1	0	
02	RC	1078105482	KATLIN	YETSURY	DOMINGUEZ	CORDOBA	0	10														A										1	0	
03	RC	1078105716	CATALEYA		RESTREPO	LOZANO	0	6														A										1	0	
04	C.C.	1003935198	CRISTINA		ORTIZ	ESPINOZA	22	1														A										1	0	
05	C.C.	1077467059	NILI	JOHANA	MOSQUERA	MOSQUERA	30	11														A										1	0	
06	T.I.	1148202975	KETY		DUMAZA	CONDE	17	4														A										1	0	
07	RC	1077489717	KEITAN	JHOAN	MURILLO	PALOMEQUE	1	4														A										1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	7	0	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) UCA

Heidy B. Palacios M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900137890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): KETTY JHOHANA MORENO GARCIA C.C 35898894
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE ESPERANZA 2
Dirección UDS: BARRIO ESMERALDA Teléfono UDS: 3112020502

Hoja 2 de 2

1,506

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C.	1017126124	MERLIN		CUESTA	MACHADO	39	3	PRIMERA: A	1	0	
02	T.I.	1077998032	YURI	LISETH	MENA	MENA	17	9	PRIMERA: A	1	0	
03	T.I.	1193271018	KAREN	YICETH	GUTIERREZ	ASPRILLA	23	4	PRIMERA: A	1	0	
04	RC	1020246141	ANTOINE		CORDOBA	PALACIOS	0	7	PRIMERA: A	1	0	
05	RC	1023668785	FAILY	TALIANA	SERNA	RIVAS	0	3	PRIMERA: A	1	0	
06	RC	1032199566	EMMANUEL	ARIEL	ROBLEDO	MORENO	0	4	PRIMERA: A	1	0	
07	RC	1078475130	YASEL	JOSUE	CHAVERRA	CORDOBA	0	11	PRIMERA: A	1	0	
08	RC	1078475317	YULIAN	MATEO	HINESTROZA	AMADOR	0	5	PRIMERA: A	1	0	
09	RC	1077490240	JHOAN	SMITH	PALACIOS	MORENO	0	9	PRIMERA: A	1	0	
10	RC	1078105517	EMILLY	YOHANA	CORDOBA	VALENCIA	0	9	PRIMERA: A	1	0	
11	RC	1078104954	JOSE	LUIS	CORDOBA	REDIN	1	5	PRIMERA: A	1	0	
12	RC	1077489938	ALEX	DUVAN	CORDOBA	DIAZ	1	2	PRIMERA: A	1	0	
13	RC	1206232236	MAILER	ZAEL	RIVAS	QUEJADA	0	1	PRIMERA: A	1	0	
14	C.C.	1077473870	MAIRA	ANGELICA	RAMIREZ	CABRERA	28	2	PRIMERA: A	1	0	
15												
16												
17												
18												
19												
20												
										TOTAL 14	0	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	64
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Ketty yohana moreno gorca
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información:
Pública

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

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

Hoja 2 de 2

1,507

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1129047096	JEIDERSON		ISARAMA	FORASTERO	0	9									A															1	0	
02	RC	1129047087	EIDER		CAIZAMO	CHAMORRO	0	11									A															1	0	
03	RC	1129047000	RUBERT		ISARAMA	ISARAMA	1	4									A															1	0	
04	RC	1129047040	YIRLEYSI		ISARAMA	ROJAS	1	2									A															1	0	
05	RC	1029047020	ALEJANDRO	MAURICIO	CHAMORRO	ISARAMA	1	2									A															1	0	
06	CC	1077601140	ORDILIA		PEDROZA	CAIZAMO	25	1									A															1	0	
07	CC	1133604388	MARIELA		CABRERA	CABRERA	39	7									A															1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	7	0	

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

COORDINADOR(A) LCA

Disnei Chamorro LSA.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ **PAZCIFICO VIVE**
NIT: ___ **900937890-5** NÚMERO DE CONTRATO: ___**27001382025**_____
MES: _ **MAYO** AÑO:___**2025**____
MODALIDAD DE ATENCIÓN **PROPIA E INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **INICIAL PROPIA**

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

Hoja 2 de 2

1508

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077489835	JULIETA		SALAZAR	CORTEZ	1	3									A															1	0	
02	RC	1077490699	JESUS	DAVID	VALENCIA	CORDOBA	0	8									A															1	0	
03	RC	1078105467	JOEL		MURILLO	CORDOBA	0	11									A															1	0	
04	RC	1233932502	DYLAN	MATTIAS	CUESTA	CORDOBA	0	11									A															1	0	
05	RC	1078475131	ELKIN	DAVID	VALOYES	QUIÑONES	1	1									A															1	0	
06	RC	1078575373	LIZBETH	AMARA	RIVAS	CHAVERRA	0	5									A															1	0	
07	RC	1077491394	CHEISY	SOFARY	CORDOBA	RENGIFO	0	2									A															1	0	
08	C.C	1192781383	ANYI	SOTELA	PALACIOS	MOSQUERA	25	7									A															1	0	
09	C.C	1077429124	ANA	MARCELA	MOSQUERA	CUESTA	20	7									A															1	0	
10	C.C	1078918241	MABY		GONZALEZ	MOSQUERA	26	9									A															1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	10	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Mayra yaritza Abuhatab Aragón
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SE FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890 NÚMERO DE CONTRATO:10 138
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: E.I.P.I

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educa SALVADORA ROA DE DIEGO CC 54253662
Código CUENTAME UI 27001382025
Dirección UCA: COMUNIDAD INDIGENA RIO NEGUA NOMBRE UCA VIVE EL AMOR 3
Teléfor UCA 3146898188

Hoja 2 de 2

1,509

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077490281	WAINER		RUIZ	SUCRE	1	1					A																				1	0	
02	RC	1077490905	YARLIN		CABRERA	DUMAZA	0	7					A																				1	0	
03	RC	1078105678	ANGELINA		TANICAMO	OCHOA	0	8					A																				1	0	
04	C.C.	1131185237	MELISSA		FORASTERO	TUNAY	39	1					A																				1	0	
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	4	0	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 3
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 1

COORDINADOR(A) EA

Salvadora Roa de Diego
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : PAZCIFICO VIVE

NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 270011157524

MES: MAYO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ

Nombre Agente Educativo (a): ___ Maria Margarita CC:26327277

Código CUENTAME UDS: 270011157524 Nombre Unidad de Servicio/ Unid VIVE LA PAZ 2

Dirección UDS: __Piñal de medrano Telefono: 3205351032

1,510

No. de Orden	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	1036269014	Itzel	Samara	Palacios	Mosquera	0	1					A																				1	0	
02	1078475458	Josue		Asprilla	Torres	0	2					A																				1	0	
03	1077444076	Alfred	Jamid	Restrepo	Mena	0	2					A																				1	0	
04	1078475321	Alisson		Moreno	Valencia	0	7					A																				1	0	
05	1078105441	Ian	Andres	Longa	Murillo	0	11					A																				1	0	
06	1033659414	Derek		Perea	Taborda	1	1					A																				1	0	
07	1074687237	Kevin	Yoel	Valencia	Murillo	1	5					A																				1	0	
08	1075024199	Nancy		Rivas	Mena	30	5					A																				1	0	
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	8	0

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	1

COORDINADOR(A) EA

Margarita Perea

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 3 de 3

Clasificación de la Información:
Pública

1,511

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _ 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: _____ MAYO AÑO: _____2025_
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: _____ CHOCO Centro Zonal _____ QUIBDO Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): _____ EMILIO TAMICAMO CHARRERO CC_ 1,077,428,801
Código CUENTAME UDS: _____ 27001115753 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ GUADUALITO JAMPAPA
Dirección UDS: _____ RIO MUNGUIDO, GUADUALITO JAMPAPA Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIERCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIERCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIERCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIERCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIERCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC.	1003935568	OLIVIA		TAPI	VALENCIA	26	10										A														1	0	
02	CC.	1003935576	LEACHELITA		IBAMIA	TAMICAMO	22	6										A														1	0	
03	CC.	1077429268	KELLY	JOHANA	TANICAMO	CHARRERO	19	11										A														1	0	
04	CC.	1003935516	LUZ	MARINA	TAPI	VALENCIA	21	5										A														1	0	
05	RC	1077489874	NEISON		TANICAMO	TAPI	1	1										A														1	0	
06	RC	1077490292	ARNELIA		CABRERA	TANICAMO	0	10										A														1	0	
07	RC	1077490620	YOSIMAR		TANICAMO	ISAMA	0	10										A														1	0	
08	RC	1077490955	FRANKLIN		EVAO	TANICAMO	0	5										A														1	0	
09	RC	1078475074	LEINER		RUIZ	IBAMIA	1	1										A														1	0	
10	RC	1078923985	EDELIN	ISABELA	DUMAZA	IBAMIA	0	4										A														1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	10	0	

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

Irene Hinojosa Moreno
COORDINADOR(A) EA

Emilio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,512

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

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educ: FRANCISCO ISAMA SALAZAR CC: 1003933326
Código CUENTAME U: 27001115752 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención /E EN HOGAR CAIMANERA JAMPA
Dirección UDS: RIO SURUCO, VIVE EN HOGAR CAIMANERA DE JAMPAPA Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC.	1003932859	MARIA	ELENA	BAILARIN	DUMAZA	28	0	A		10		
02	CC.	1079289295	YILIA	YINETH	TAMICAMO	VALENCIA	29		A		10		
03	RC	1078105310	EUMA		PEREA	ROJAS	1	0	A		10		
04	RC	1078475113	RAIMEL		USAMA	CHARRERO	1	1	A		10		
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	40		

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

Irene Hinojosa M. — COORDINADOR(A) EA

Francisco — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,513

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138: 27001382025
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): LIVIO DUMASA UÑAPA CC: 11811508
Código CUENTAME UDS: 27001115753
Dirección UDS: RIO MUNGUIDO MUNGARADO UNO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MUNGARADO UNO
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077489521	LICINIO		OKI	RUIZ	1	7										A														1	0	
02	RC	1077490163	JARLAN	DAVID	BERRUGATE	RUIZ	1	4										A														1	0	
03	RC	1078104921	LUCHO		GUARABATA	TANICAMO	1	7										A														1	0	
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	3	0	

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

Irene Hinojosa Moreno
COORDINADOR(A) EA

Livio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1514

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700136 27001382025
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): ALFREDO RUIZ GUITOTO CC: 1077424412
Código CUENTAME UDS: 27001115356
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MUNGARADO DOS
Dirección UDS: RIO MUNGUIDO MUNGARADO DOS Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	# ASISTENCIAS	# INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO												A															
01	RC	1077489578	HERNANDO		IBAMIA	VALENCIA	1	7										A													1	0	
02	RC	1077489981	KAREN		OKI	RUIZ	1	2										A													1	0	
03	RC	1077489984	OLIVER		OKI	OKI	1	4										A													1	0	
04	RC	1077490823	ARLEIDA		GUARABATA	GUARABATA	0	7										A													1	0	
05	RC	1077491008	BERONICA		URAGAMA	OKI	0	5										A													1	0	
06	RC	1077491051	CRISBELLY		RIVERA	IBAMIA	0	5										A													1	0	
07	RC	1078475005	YUVELI		VALENCIA	CONDE	1	3										A													1	0	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	7	0	

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

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Alfredo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138: 27001382025
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): DELCIA MARIA TUNAY DUMAZA CC 1003969884
Código CUENTAME UDS: 27001115446
Dirección UDS: RIO NEGUA, GUAMO UNO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GUAMO UNO
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077489450	YIRELIS		LANA	VELASQUEZ	1	6										A														1	0	
02	RC	1077490357	NICOL		VALENCIA	LANA	1	1										A														1	0	
03	RC	1077490775	LUISA		MEGIA	EVAO	0	8										A														1	0	
04	RC	1077490776	JUAN	CARLOS	DOGARI	FORASTERO	0	7										A														1	0	
05	CC.	1003935583	MARLENY		EVAO	ÑAMEZON	21	11										A														1	0	
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	5	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Irene Hinojosa Moreno
COORDINADOR(A) EA

Delcia
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 2 de 3
Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: IQUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (e: JAIME VLENCIA DUMAZA CC: 1010128249
Código CUENTAME UDS: 27001115446 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atenci: GUAMO DOS
Dirección UDS: RIO NEGUA, GUAMO DOS Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1078917376	ESMERALDA		VISCUÑA	DUMAZA	38	3	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
02	CC	1193425059	MIRIAN		VALENCIA	LANA	28	3	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
03	CC	26261708	VIRGELINA		GONZALEZ		46	0	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
04	RC	1077491344	HENMERZON		BAILARIN	JAISABA	0	2	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
05	RC	1077491069	AILANY	AZALLY	FORASTERO	TUNAY	0	5	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
06	RC	1040892557	FREYDER		LANA	FORASTERO	0	7	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
07	RC	1077489507	SAMUEL		EVAO	DOGIRAMA	1	6	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
08	RC	1078105039	YAIRO		BAILARIN	DUMASA	1	7	SEGUNDA: A A A A A		1	0	
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	8	0	

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

Irene Hinojosa Moreno
COORDINADOR(A) EA

Jaime
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,517

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138: 27001382025
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): BELARMINO TUNAY DUMAZA CC: 1003969883
Código CUENTAME UDS: 27001115545
Dirección UDS: RIO NEGUA, GUAMO TRES
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GUAMO TRES
Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1003928123	SELINDA		DUMAZA	BAILARIN	23	8	A		1	0	
02	CC	1193451441	DIANITA		DUMAZA	BAILARIN	29	8	A		1	0	
03	RC	1078105346	MILENA		VALENCIA	ZARAMA	1	2	A		1	0	
04	RC	1077489380	CIAN	THIAGO	TUNAY	EVAO	1	7	A		1	0	
05	RC	1077490643	YILMAR		DUMAZA	URAGAMA	0	9	A		1	0	
06	RC	1077490721	DAYLIN	CHARIANNY	DOGARITH	SAPIA	0	8	A		1	0	
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	6	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Belarmino
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,514

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138: 27001382025
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: PRESENCIAL

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): LEONEL LANA CONCHAVE CC: 1147934217
Código CUENTAME UDS: 27001115124 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KOREDE DOS
Dirección UDS: RIO MUNGUIDO, KOREDE DOS Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO												A																
01	CC	1078179515	DORA	MARITZA	BUGAMA	RIVERA	22	3										A														1	0	
02	CC	1077433803	YOANA		CONDE	RIVERA	23	3										A														1	0	
03	CC	1077458424	NOVELIA		MACHUCA	MACHUCA	36	7										A														1	0	
04	CC	1077484821	MARIA	ALEJANDRA	QUINTERO	TANICAMO	25	1										A														1	0	
05	CC	1147934200	SERVELINA		DOGIRAMA	FORASTERO	28	0										A														1	0	
06	CC	1147934218	ORDALICIA		LANA	CONCHAVE	28	10										A														1	0	
07	CC	35894924	IDALUZ		CONCHAVE	FORASTERO	43	5										A														1	0	
08	CC	35895040	MELOTICA		DOGIRAMA	FORASTERO	43	3										A														1	0	
09	RC	1077489743	MARLON		LANA	SABUGARA	1	6										A														1	0	
10	RC	1077490474	REILEISON		CONCHAVE	TAPI	1	0										A														1	0	
11	RC	1077490475	YUMARA		CONCHAVE	MACHUCA	0	11										A														1	0	
12	RC	1077490498	LUZ	NERY	DOGIRAMA	LANA	0	10										A														1	0	
13	RC	1077491102	MAIRA	LILIANA	LANA	CONCHAVE	0	5										A														1	0	
14	RC	1077491103	SAMAIRA		LANA	FLACO	0	4										A														1	0	
15	RC	1078118690	YARLENY		LANA	CEREZO	1	7										A														1	0	
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	15	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	8

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Leonel
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
P. ÓCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025_____
MES: _MAYO_____ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

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

1,5/9

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077490458	YASIRI		DUMAZA	MANISA	0	10															A										1	0	
02	RC	1077490499	JHON	LEICER	DOGARI	PANESSO	0	9															A										1	0	
03	RC	1077490994	FLOR	CECILIA	CABRERA	YAMESON	0	6															A										1	0	
04	RC	1077491111	ELIANA		CABRERA	DUMAZA	0	6															A										1	0	
05	RC	1078105210	EMANUEL		CABRERA	PANESSO	1	6															A										1	0	
06	C.C.	1077447979	NAILA		QUINTERO		27	2															A										1	0	
07	C.C.	1077454983	NILSA		DUMAZA	URAGAMA	19	3															A										1	0	
08	C.C.	1131185787	SANDRA		DUMAZA	GONZALEZ	23	5															A										1	0	
09	C.C.	1133669096	LUCILA		PANESSO	HURAGAMA	39	9															A										1	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Cleider Bocarin Tunay
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
F ÓCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

1,520

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025_____
MES: _MAYO_____ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ____ de ____

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal _QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):ORLANDO BAILARIN TUNAY _____ CC: 1077439672_____
Código CUENTAME UDS: 270011155459_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -UNO_____
Dirección UDS: __NECORA 1_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077491149	ARELI		BAILARIN	GONZALEZ	0	4										A														1	0	
02	RC	1077491231	LUIS	NELSON	GONZALEZ	BAILARIN	0	3										A														1	0	
03	RC	1077490485	NINA		BAILARIN	GONZALEZ	0	9										A														1	0	
04	RC	1077490849	VANESA		GONZALEZ	BAILARIN	1	3										A														1	0	
05	RC	1077491342	SOFIA		TUNAY	ONSALEZ	0	2										A														1	0	
06	RC	1077491360	YARISA		FORASTERO	BAILARIN	0	1										A														1	0	
07	C.C.	1003984332	RUBIELA		GONZALEZ	CUÑAPA	33	1										A														1	0	
08	C.C.	1077439675	LINA		BAILARIN	TUNAY	25	4										A														1	0	
09	C.C.	1149434583	CHIACORE		BAILARIN	DUMASA	28	1										A														1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Orlando Bailarin
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

1,521

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025_____
MES: _MAYO_____ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO_____ Centro Zonal _QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):YEMERSON GONZALEZ CHO! _____ CC: 1193584293_____
Código CUENTAME UDS: 2700111518760_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -DOS_____
Dirección UDS: _NECORA DOS_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077489999	EDGAR		GONZALEZ	DUMAZA	1	2															A									1	0	
02	RC	1077490467	NEIRA		GONZALES	CHORY	1	0															A									1	0	
03	RC	1077490761	FLOR	MARIA	PANESSO	GONSALEZ	0	10															A									1	0	
04	C.C.	1078005945	ERICA		BAILARIN	MAJORE	30	11															A									1	0	
05	C.C.	1149434606	DIANA		GONZALEZ	DUMASA	26	2															A									1	0	
06	C.C.	1149434625	MARIA	EUGENIA	VELASQUEZ	BAILARIN	33	4															A									1	0	
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	6	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yemerson gonzalez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
P ÓCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

1,522

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025_____
MES: _MAYO_____ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):NELSON DUMASA ISAMIA_____ CC: 1078456827_____
Código CUENTAME UDS: 270011151865_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_PLAYAALTA_____
Dirección UDS: __PLAYA ALTA_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078105808	BERONICA		PANESSO	DUMAZA	0	3										A														1	0	
02	RC	1077489785	MAICON		ISAMA	PANESSO	1	4										A														1	0	
03	RC	1077489937	YUMERSON		DUMASA	TAPI	1	4										A														1	0	
04	RC	1077490002	HAXEL	SMITH	DUMASA	OLEA	1	5										A														1	0	
05	RC	1078105300	DIANA	VALENTINA	PANESSO	DUMASA	1	6										A														1	0	
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	5	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

nelson Dumasa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
OCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

1,523

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025_____
MES: _MAYO_____ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):WILLINTON BUGAMA ISARAMA_____ CC:1077450920_____
Código CUENTAME UDS:___270011142866_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_EL TIGRE_____
Dirección UDS: __EL TIGRE_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077489763	NESTOR		DUMASA	MAJORE	1	3	A		1	0	
02	RC	1077490275	CAMILO		BUGAMA	CAISAMO	0	11	A		1	0	
03	RC	1077490410	ELKIN		PANESO	DUMAZA	0	11	A		1	0	
04	RC	1077490630	YORMAN		TAPI	BARIQUIDURA	0	9	A		1	0	
05	RC	1078105398	ZEIDER		ISARAMA	DOGARI	1	1	A		1	0	
06	C.C.	1075022976	DILIA		CHAMORRO	IZARAMA	36	3	A		1	0	
07	C.C.	1078009095	CESILIA		DUMASA	ISAMARA	20	8	A		1	0	
08	C.C.	1128084452	DORALY		OCHOA	GARCIA	33	4	A		1	0	
09	T.I.	1129324291	LUZ		PANESSO	TAPI	13	11	A		1	0	
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Willinton Bugama
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
F OCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

1524

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138-2025
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): LJHON JAIRO ROJAS PRATERO CC: 1077471281
Código CUENTAME UDS: 270011155460 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PUEBLO NUEVO
Dirección UDS: PUEBLO NUEVO Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077489579	YENELI		ISAMA	BARIQUIDURA	1	5																				A					1	0	
02	RC	1077490443	THIAGO	DAEL	TAPI	CUNAMPIA	0	9																				A					1	0	
03	RC	1077491086	JHON	ENESTIDER	MECHA	PEREA	0	4																				A					1	0	
04	RC	1078105818	DAINER	STIVEN	GONZALEZ	MORENO	0	2																				A					1	0	
05	RC	1078475144	EVERTH	DAVID	MENA	PALACIOS	1	0																				A					1	0	
06	C.C.	1077434013	DULARINA		BAILARIN	DUMASA	34	2																				A					1	0	
07	T.I.	1077439401	MARLENY		BAILARIN	DUMASA	14	11																				A					1	0	
08	T.I.	1078461657	LUZ	MERY	HUNDAGAMA	ISAMA	15	0																				A					1	0	
09	T.I.	1149434602	YARIZA		MECHA	PRATERO	17	7																				A					1	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Jhon Jairo Rojas Pratero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

1,525

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: _900937890-5_____ NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025_____

MES: _MAYO_____ AÑO: _2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

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

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

Dirección UDS: __CONONDO_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077490703	DAILIN	ALEJANDRA	UNDAGAMA	BECHECHE	0	8																A								1	0	
02	RC	1077490922	AILYN	ALAHIA	PALACIOS	CORDOBA	0	5																A								1	0	
03	RC	1077653247	LIAM		BIRRI	CAIZAMO	1	2																A								1	0	
04	RC	1078105320	CLARA	EMILZA	FORASTERO	CAIZAMO	1	2																A								1	0	
05	RC	1078118880	DILAN	MATEO	PALACIOS	MORENO	1	6																A								1	0	
06	RC	1078474947	MARIA	JOSE	HURTADO	GAMBOA	1	5																A								1	0	
07	RC	1078475103	YILMAR		CHIRAMA	ROJA	1	2																A								1	0	
08	C.C.	1003780283	YULIANA		MECHA	CAIZAMO	25	11																A								1	0	
09	C.C.	1077632907	MARCELA		UNDAGAMA	ISABARE	19	5																A								1	0	
10	C.C.	1149434550	ADRIANA		ROJA	LANA	20	7																A								1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	10	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Luis Eduardo

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

1,526

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																											
01	RC	1200720327	ANDRES	FABIAN	CULMAN	RODRIGUEZ	0	1																A								1	0	
02	RC	1075029863	DINALDIHNO		CUNAPA	BECHECHE	1	4																A								1	0	
03	RC	1075030053	ZAYDEN		BECHECHE	CABRERA	0	10																A								1	0	
04	RC	1075101488	MARIA	IRENE	PIPICAY	DOJIRAMA	1	0																A								1	0	
05	RC	1077490001	YULBER		AMAGARA	ROJA	1	1																A								1	0	
06	RC	1077490264	EMILY	SAMARA	DUMAZA	MARTINEZ	1	0																A								1	0	
07	RC	1077490637	ALIS	MIA	QUERAGAMA	LANA	0	9																A								1	0	
08	RC	1078475180	LAYRIN	SOFIA	CACERES	CORDOBA	1	1																A								1	0	
09	RC	1079296536	ELEANI		BECHECHE	IBAMIA	0	10																A								1	0	
10	C.C.	1079289311	YORLENA		BECHECHE	BECHECHE	19	4																A								1	0	
11	T.I.	1077601290	MARIA	YURLEIDY	ROJAS	MECHA	17	10																A								1	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	11	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Jota Cabrera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

1,527

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

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

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	
01	RC	1077490940	LAHIAM	DAVID	MENA	RENTERIA	0	5																					A					1	0	
02	RC	1077491343	BREINER		TANICAMO	VALENCIA	0	2																					A					1	0	
03	RC	1077489662	PAUWER		CONDE	MARTINEZ	1	5																					A					1	0	
04	RC	1077489736	THIAGO		ARCE	MEJIA	1	3																					A					1	0	
05	RC	1077490186	ANA	MAYHERLIS	CHAMI	MEJIA	0	11																					A					1	0	
06	RC	1077491335	YANESA		ISAMA	CUNAMPIA	0	3																					A					1	0	
07	RC	1078105914	YORDAN		NAMPIA	LANA	0	2																					A					1	0	
08	C.C.	1148194977	BENAIDA		CHORI	PEREA	40	3																					A					1	0	
09	C.C.	35555841	ZULEIMA		CABRERA		40	9																					A					1	0	
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																													TOTAL		9	0		

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

COORDINADOR(A) EA

Lizandro Nampia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

1,528

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077491303	YOMAIRA		PANESSO	CHORI	0	2															A									1	0	
02	RC	1077490024	DANIEL		GONZALEZ	DUMAZA	1	1															A									1	0	
03	RC	1077490992	MARIA	CLAUDIA	GONZALEZ	IBAMIA	0	6															A									1	0	
04	C.C.	1003934813	MARIA	LUISA	LANA		39	1															A									1	0	
05	C.C.	1077421839	HERMINIA		GONZALEZ	GONZALEZ	37	7															A									1	0	
06	C.C.	1077425991	MARIA	LINDA	TUNAY	OLEA	36	2															A									1	0	
07	C.C.	1078457442	LUZONIA		CHORI	GONZALES	18	11															A									1	0	
08	C.C.	1078459137	MARIA	ELENA	PANESSO	AMAGARA	37	0															A									1	0	
09	C.C.	1133669174	LUCERITO		PANESSO	DUMAZA	34	11															A									1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Evelio Gonzalez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

1529

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTES	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	1077489864	DORIZA		FORASTERO	SARCO	1	3																					A					1	0	
02	RC	1077490039	BLEIDER	JAVIER	HACHITO	SARCO	1	1																					A					1	0	
03	RC	1077490891	MARA	MAILETH	DUMAZA	DOGIRAMA	0	6																					A					1	0	
04	RC	1077491214	LAURA	CATALINA	CONDE	SAPIA	0	3																					A					1	0	
05	RC	1079296420	NAIFER		VALENCIA	BAILARIN	1	5																					A					1	0	
06	C.C.	1078012074	DEYANIRA		SARCO	ACHITO	26	4																					A					1	0	
07	C.C.	26265164	DELIA		SARCO	ACHITO	46	0																					A					1	0	
08	T.I.	1148452694	ADRIANA		CAISAMO	FLACO	18	5																					A					1	0	
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																													TOTAL				8	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Maria Elsa Co A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): YOLANDA WACORIZO_____ CC:_____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 2_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 1_____ Teléfono UDS: _____

1,530

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077489539	DAYAN		VIVAS	MOSQUERA	1	6										A															1	0	
02	RC	1077490551	CHIRLENA		ROA	LANA	0	9										A															1	0	
03	RC	1077490579	BRIYITH	YISETH	FORASTERO	QUIRO	0	8										A															1	0	
04	RC	1077490929	HASLEIDY		CONDE	LANA	0	6										A															1	0	
05	RC	1078105347	LEIDY		LANA	CHIRAMA	1	1										A															1	0	
06	RC	1078105455	ADARA	SOFIA	HACHITO	CONDE	0	11										A															1	0	
07	RC	1078105490	ANDRESON		CHORY	TAPI	1	1										A															1	0	
08	C.C.	1075021562	LORENA		CHIRAMA	SAITAMO	24	0										A															1	0	
09	C.C.	1075023588	MAIRA		FORASTERO	ISARAMA	19	0										A															1	0	
10	C.C.	1077600296	YUDY	ELENA	CHIRAMA	HACHITO	19	11										A															1	0	
11	C.C.	1128725259	ADIELA		MANYOMA	CALZAMO	28	10										A															1	0	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	11	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Yolanda Wacorizo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

1,331

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1077491311	LIAM	DAVID	ISABARE	GARABATO	0	5										A														1	0	
02	RC	1077491349	DELCIA		TUNAY	GONSALEZ	0	2										A														1	0	
03	RC	1078105822	YURI	VANESSA	ROJAS	FORASTERO	0	3										A														1	0	
04	RC	1077489620	JASNI	LUZ	ISARAMA	ISABARE	1	4										A														1	0	
05	RC	1077489722	ZANDER	DAVID	DOCARY	PANESSO	1	3										A														1	0	
06	RC	1077491285	DARWIN		GONSALEZ	VELASQUEZ	0	3										A														1	0	
07	RC	1078105115	WILDANIBER		MECHA	CONDE	1	5										A														1	0	
08	C.C.	1133606888	MILEYSA		MECHA	IZABARE	23	9										A														1	0	
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	8	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Gurlenia Rojas Ls
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): ALEJANDRO BITUCAI_____ CC:_1.193.067.455._____
Código CUENTAME UDS: 27001115186 9_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 15_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 15_____ Teléfono UDS: _____

1,532

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078640573	YEILER	SANTIAGO	BLANDON	ECHEVERRY	1	3										A														1	0	
02	RC	1078640664	YERAL	YUSUK	VELABQUEZ	VELASQUEZ	0	7										A														1	0	
03	C.C.	1004027672	MARTHA	LILIANA	QUERAGAMA	BITUCAY	23	0										A														1	0	
04	C.C.	1007108858	LAURA	CAROLINA	FLOREZ	FLOREZ	23	2										A														1	0	
05	C.C.	1093533732	ANA	PATRICIA	MURILLO	QUERAGAMA	21	1										A														1	0	
06	T.I.	1078637022	DANILA		MAMUNDIA	BIYUCAY	17	2										A														1	0	
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	6	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Alejandro Bitucai
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

1533

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077491270	ELVIA		DUMASA	PEREA	0	2													A										1	0	
02	RC	1078105847	ILIANA		BAQUIAZA	OQUI	0	3													A										1	0	
03	RC	1077490536	GEISY	SOFIA	CONDE	CHAMI	0	9													A										1	0	
04	RC	1078105558	SARA	DAHIANA	GONZALEZ	DUMASA	0	9													A										1	0	
05	C.C.	1077452568	YEISY		PADILLA	VARGAS	41	10													A										1	0	
06	C.C.	1078458511	MIRIA		MECHA	DOGARY	18	4													A										1	0	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	6	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Carlos Arturo Tunay C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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