NIT 900.415.764-0

FORMATO DE RAM

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Elizabeth MR. CC 35696083
Código CUENTAME UDS: 27361000067037
Dirección UDS: eduardo santos
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Elizabeth M R
Teléfono UDS: 3113159294.

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES 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	1076339053	Aranza	Daulanny	Mosquera	Mosquera	2	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
02	RC	1076339151	sther	Alahia	Hosquera	Mosquera	2	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
03	RC	1076337858	Faiber	Julian	Palacios	Mosquera	4	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
04	RC	1079102673	Haylin	Luciana	Ibarguen	Perea	4	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
05	RC	1079102858	Xromara		Hosquera	Velasquez	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
06	RC	1076338767	Lian	David	Caicedo	Mosquera	2	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
07	RC	1076338124	Haylen	Nicol	Bermudez	Perea	4	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
08	RC	1076338151	Falker	Dael	Perea	Murillo	3	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
09	RC	1076338232	Mhairel	Dareth	Mendoza	Murillo	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A			14		
10	RC	1079102603	Sofia		Mosquera	Hurtado	4	6	A A A A A	A A A A A				14		
11																
12																
13																

TOTAL

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:	0

Yuly P. Amu
COORDINADOR(A) EA

Elizabeth Mosquera R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900619764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Maria G. B. CC 35589249

Código CUENTAME UDS: 27361000671O7

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Maria Graciela B

Dirección UDS: Eduardo Santos Teléfono UDS: 3136255451

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	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	1079102584	Dulce	Milagro	Hurtado	Moreno	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
02	RC	1079102770	Jaiver	Yecid	Orejuela	Sanchez	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
03	RC	1246798681	Hadinn	Sofia	Mariyoma	Ramirez	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
04	RC	1200718O6	Keilyn	Celeste	Quinto	Mosquera	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
05	RC	1076338598	Leider	Yair	Mosquera	Ramirez	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
06	RC	1076339312	Gael	David	Lerma	Rojas	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
07	RC	1079102696	Hailer	Jesus	Alvarnoz	Moreno	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
08	RC	1076339414	Keilyn	Dorianny	Cuesta	Mena	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
																														TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	33
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Ma. Graciela Borja
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	29/5/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: _ 900415674-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565

MES: JUNIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _ ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): ANA CLARITZA SALAZAR MOSQUERA CC 26328900

Código CUENTAME UDS: 2736100066890

Dirección UDS: BARRIO SAN FRANCIASCO/PTE DE LOS AMATES

FUNDACION NUEVO VIVIR

Teléfono UDS: _ 3232861356

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	1077486880	GAEL	STEVEN	PEREA	RIVAS	4	0	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
02	RC	1076338379	ALANA		MOSQUERA	VALOYES	3	4	E	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
03	RC	1076338105	JASIL	DAVIANNY	MOSQUERA	DIAZ	3	11	S	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
04	RC	1076339606	GENESIS	YAEILIN	CORREA	URRUTIA	2	3	T	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	1	
05	RC	1076339476	ARISTH	CATALEYA	ARROYO	PALACIOS	1	5	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
06	RC	1079102996	JUAN	DIEGO	MARTINEZ	HURTADO	3	3	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
07	RC	1140940490	MARA	YULIANNY	PEREA	AGUILAR	2	7	O	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A										13	1	
08	RC	1076338994	KYLIAN	SMITH	MENA	ASPRILLA	2	5	F	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A										13	1	
09	RC	1076338844	KARLA	YOFARYS	URRUTIA	AGUILAR	2	6	E	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	1	
10	RC	1076338373	YOJHAN	ANDRES	QUINTO	MOSQUERA	3	4	S	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	1	
11	RC	1076339397	YETZAEL		MURILLO	MURILLO	1	8	T	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										13	1	
12	RC	1076339050	LUNA	ALEJANDRA	ANGULO	PAREJA	2	2	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
13	RC	1079103296	KEISSY	YELEANA	URRUTIA	MOSQUERA	1	7	V	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		

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

TOTAL

COORDINADOR(A) EA

Ana clarita salazar M

RESPONSABLE DE GRUPO 26328900

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	5/29/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): Carmen H Quinto CC X # 35589577
Código CUENTAME UDS: 2736100 67117 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Carmen Helena Q
Dirección UDS: E. Santos La Paz Teléfono UDS: 3127870801

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																						
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076774732	Lian	Yared	Murillo	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
02	RC	1128731416	Hyser		Mosquera	Hernandez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
03	RC	1079103427	Austin	Andres	Murillo	Zúñiga			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
04	RC	1076339109	Heylin	Fernanda	Mosquera	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
05	RC	1079103256	Keiner	Santiago	Quinto	Obregón			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
06	RC	1076338416	Evelin	Yajary	Orejuela	Palacios			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
07	RC	1079103091	Jhoimar	Yesid	Mosquera	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
08	RC	1076338106	Jaider	Alejandro	Mosquera	Perea			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
09	RC	1076338639	Kimberlin	Daniana	Orejuela	Palacios			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
10	RC	1076339222	Jesús	Manuel	Valencia	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
11	RC	1076338695	Heicer	Samuel	Palacios	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
12	RC	1076339031	Eliamy		Cordoba	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
13																															
																													TOTAL		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Carmen Helena Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	5/29/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: JUNIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO

Nombre Agente Educativo (a): karen gutierrez

Código CUENTAME UDS: 2736100067494

Dirección UDS: eduardo santos

Centro Zonal: ISTMINA Municipio: ISTMINA

CC 1076322842

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: karen gutierez

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	rc	1076337804	ceily	alejandra	Quinto	Diaz			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
02	rc	1076339085	Keiner	Andres	Martinez	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
03	rc	1079102884	Liam	Samuel	Quinto	Martinez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
04	rc	1032034285	Darianny		Mosquera	Marquez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
05	rc	1076388421	Jahaziel		Rivas	Urrutia			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
06	rc	1076337895	Dalan	Yesid	Urrutia	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
07	rc	1076338059	Eylan	Gael	Valencia	Medina			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
08	rc	1034928824	Jesus	David	Cordoba	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
09	RC	1076339025	Lina	Natalia	Quinto	Hurtado			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
10	"	1076338574	yeicy	Adhara	Bonilla	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
11													
12													
13													

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	00
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Karen Gutierrez
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.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FGUD13.72	28/JUN/16
DE MIENTRAS PARALLAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 6	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-9 NÚMERO DE CONTRATO: 565 565

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio:

Nombre Agente Educativo (a): Maria Enorina Q. CC 26 341 651

Código CUENTAME UDS: 27361000674406

Dirección UDS: B/ Eduardo Santos

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Maria Enorina

Teléfono UDS: 311 710 68 51

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1079102927	Alber	Andres	Palacios	Figueroa			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
02	RC	1076339356	Emelyn	Dahiana	Moreno	orejuela			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
03	RC	1079103123	Jhordan	Smith	Valencia	Hurtado			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
04	RC	1076338998	Luz	Jhojary	Urrutia	Hurtado			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
05	RC	1076339146	Samuel	Enrique	Waldo	Pallacios			V	A	A	A	A	A	A	A	I	A													18	1	
06	RC	1076338265	Jharlinson		Reyes	orejuela			T	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
07	RC	1076338686	Jireth	Selene	ocampo	Quinto			V	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
08	RC	1128731763	Dalver	smith	Palacios	Orejuela			L	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
09	RC	1076338200	Freider	Stivinson	Martinez	Velasquez			L	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
10	RC	1076338264	Carlos	Andres	Pallacios	Orejuela			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A													19		
11																																	
12																																	
13																																	

TOTAL

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

12 12

COORDINADOR(A) EA

Maria Enorina Quinto

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415264-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Junio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina.
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Quinto R. CC 26.327-602
Código CUENTAME UDS: 27361000067146 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carmen Quinto R.
Dirección UDS: Eduardo Santos Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

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	RC	1076338160	Freider	Andres	Mosquera	Zuñiga	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
02	RC	1079102681	Yafran	Smith	Mosquera	Mosquera.	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
03	RC	1079102574	Maria	Mileidy	Sanchez	Quinto	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
04	RC	1079103048	Deiis	Esteban	Palacios	Sanchez.	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
05	RC	1142525829	Isaac	David	Calindo	Rosero	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
06	RC	1079102972	Jhonfer	Ali	Palacios	Murillo	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		14		
07	RC	1079103238	Lidy	Margarita	Mosquera	Hinestroza.	1		A A A A A I I A A A A A A A A A A A A A		14		
08													
09													
10													
11													
12													
13										TOTAL			

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 07
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Carmen Quinto Rivas.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0

NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO — Centro Zonal: ISTMINA — Municipio: Istmina — Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): Flor Mary Mosquera — CC 26.328557

Código CUENTAME UDS: 27 36 1000 174 71

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Flor Mary Mosquera

Dirección UDS: Carrera 3: #1006

Teléfono UDS: 3136194426

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA (L M Mi J V)	SEGUNDA (L M Mi J V)	TERCERA (L M Mi J V)	CUARTA (L M Mi J V)	QUINTA (L M Mi J V)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1079102583	Emily	Camila	Murillo	Salas	4	7	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
02		1076338266	Leiner		Sanchez	Valderrama	3	6	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
03		1079102983	Yeleidy	sofia	Asprilla	Cordona	3	3	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
04		1076338863	Evany	Amel	Hurtado	Mosquera	2	5	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
05		1076338865	Lauren	yulianny	Mosquera	Salas	2	6	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
06		1076338633	Katerin	Solainy	Manyoma	Hurtado	2	11	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
07		1079103176	yensy	Andrea	Lozano	Garcia	2	5	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
08		1076339284	Hilary	Yareth	Mosquera	orejuela	1	9	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
09		1076338311	yarianny		Moreno	Mosquera	3	6	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
10		1.128730604	Saidelin	Julianny	Rojas	Gomes	4	9	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
11		1023992581	sharol	yiseth	Asprilla	urrutia	2	2	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
12		1.076338210	Jerlin	Doel	Acevedo	Martinez	3	9	AAAAA	AAAAA	AAAA			14		
13																

Verificación De Cobertura		
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0	

TOTAL

[signature] COORDINADOR(A) EA

[signature] 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 | 5/29/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): a) MARIELAMURILLO MOSQUERA CC 5 4 2 5 7 9 4 1

Código CUENTAME UDS: 2736100067424 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MARIELA MURILLO

Dirección UDS: B/ EDUARDO SANTOS Teléfono UDS: 3 1 4 6 9 7 1 0 4 8

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		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1 076 339 461	MALORIN	DAVIANNI	URUTIA	PEREA	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
02		1 076 339 017	NAYRA	NIKOL	LARGACHA	MOSQUERA	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
03		1 079 103 033	ASHLI	YARELYS	MOSQUERA	QUINTO	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
04		1 079 103 013	YAILER	AXEL	HURTADO	MORENO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											13		
05		1 079 102 383	MIGUEL	ANGEL	IBARGUEN	REYES	4	9	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A													12	1	
06		1 076 337 943	YEINER	YESID	URRUTIA	LOPEZ	4	2	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A													12	1	
07		1 076 339 473	YEIMAR	ERNEY	URRUTIA	LOPEZ	1	4	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A													12	1	
08		1 076 338 465	YEFRI	ANIEL	MARTINEZ	MOSQUERA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A													13		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		

TOTAL

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

Yirley P. Arnold
COORDINADOR(A) EA

Mariela Murillo M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Gloria ordoñez CC 35-850 037
Código CUENTAME UDS: 27361000 66590 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Gloria
Dirección UDS: Eduardo Santo Teléfono UDS: 3128136465

Hoja ___ de ___

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)		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	
01	R	1079102344	Amy	Camila	Ventura	Murillo	11	10	13	1	
02	R	1076332057 46	Anthony		García	cartagena	4	8	13	1	
03	R	1076337837	pedro	jose	roja	murillo	4	5	13	1	
04	R	1079103024	Mary	leicy	cuesta	lopez	3	10	13	1	
05	R	1079102839	Isabela		osorio	choco	3	11	13	1	
06	R	1079774141	Dilan		quiro	osorio	3	11	13	1	
07	R	1078859084	jarlan	Esmith	palacio	Ibañez	4	6	13	1	
08	R	1061216992	Emily	Yarixa	gatiarre	rodriguez	4	11	13	1	
09	R	1128736699	yoedy		manyoma	caicedo	4	5	13	1	
10	R	1076339171	liam	Walker	osorio	chocho	1	10	13	1	
11	R	1076339044	Jhoel	Esmith	Ramirez	Asprilla	1	10	13	1	
12	R	1079103242	Dayanny	Xiomara	Salazar	Gallego	1	6	13	1	
13											
									TOTAL		

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	12
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Gloria ordoñez
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.

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 901137441 NÚMERO DE CONTRATO: ____ 995

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

Regional: CHOCO Centro Zonal ____ ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Rosalba Ibargüen CC ____

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

Dirección UDS: San Francisco Teléfono UDS: 3117975672

No.	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076338593	Dana	Sofia	Ibargüen	Ibargüen	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
02	RC	1168213001	Daxell	Damara	Quinto	Rivas	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
03	RC	1076337829	Cristina	Isabel	Cassiani	Orejuela	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
04	RC	1076337948	Anyel	Josueth	Rivas	Martinez	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
05	RC	1076338590	Jonar	Samir	Mosquera	Moreno	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
06	RC	1079103175	Alexia	Alexandra	Murillo	Murillo	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
07	RC	1076338996	Hailin	Haloia	Mosquera	Waldo	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
08	RC	1076338973	Jodian	Smith	Urrutia	Murillo	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
09	RC	1076338914	Alisson	Luciana	Urrutia	Mosquera	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
10	RC	1079103196	Anny	Zamanta	Rengifo	Mosquera	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
11	RC	1078103236	Arleidy	Zariana	Mosquera	Zuñiga	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
12	RC	1079103162	Mailen	Adahara	Murillo	Moreno	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										10		
13																																			
																															TOTAL	10		

Verificación De Información		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Rosalba Ibargüen P
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento no 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: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 830415764-8
MES: Junio
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 565
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a):
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: San Fco Carrete Amante

Hoja ___ de ___
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio:
CC
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Teléfono UDS: 3147570772

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1076339374	Samuel	David	Mena	Mosquera		
02	RC	1076337879	Jesus	Leonel	Iborguen	Salazar		
03	RC	1079102971	Dair	Zahel	Nibleda	Murillo		
04	RC	1079102854	Emili	Viviana	Mina	Mosquera		
05	RC	1020079160	Marlin	Dayana	Rodriguez	Romaña		
06	RC	1076338648	Gerlin	Andrea	Iborguen	Mosquera		
07	RC	1079402980	Berlin	Naira	Aspuilla			
08	RC	1076337915	Keid	Davianny	Garcia	Garcia		
09	RC	1076339018	AIN	Zaid	Cordoba			
10	RC	1076338227	Jaises	yoseth	Vivas	pute		
11	RC	1079103762	Emili	Doreth	orjuela	Bonilla		
12	RC	1079102762	Davianny		Uribe	pute		
13	RC	1076338306	Miller	Yoseth	Gonzalo	Murillo		

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
01	A	N	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A	A										
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A										
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										
TOTAL																									

	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	14		
02	14		
03	14		
04	14		
05	14		
06	14		
07	14		
08	14		
09	14		
10	14		
11	14		
12	14		
13	14		
TOTAL	14		

TOTAL MENSUAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO
Hercilia del Pacheco Jb

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 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :	FUNADACION NUEVO VIVIR		IDENTIFICACIÓN			
NIT: 900415784-9	NÚMERO DE CONTRATO:	565	Regional: CHOCO	Centro Zonal	ISTMINA	Municipio:
MES: Junio	AÑO: 2025		Nombre Agente Educativo (a): Katherine Figueroa	CC	1076326733	
MODALIDAD DE ATENCIÓN:	COMUNITARIA		Código CUENTAME UDS: 27361000671554	Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención		
SERVICIO DE ATENCIÓN:	HCB		Dirección UDS: B) San Francisco	Teléfono UDS:	3147018398	

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	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	1076338516	Luis	Alexis	Murillo	Gonzalez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												14		
02	RC	1079102730	Alber	Antonio	Ariza	Mendoza			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												14		
03	RC	1076339163	Laura	Isabel	Sanchez	Diaz			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												14		
04	RC	1079103328	Dilan	Esmit	Moreno	Medina			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I												13		
05	RC	1076338466	Genesy		Mosquera	Orejuela			A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I												11		
06	RC	1076338750	Marlen	Dalchia	Mosquera	palacios			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I												13		
07	RC	1036267897	Deisy	Natalia	Urrutia	Mosquera			A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A												13		
08	RC	1076339412	Emmanuel	Josias	Murillo	Martinez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												14		
09	RC	1076339545	Aylan	Estiven	Murillo	Perea			A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I												11		
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
																														TOTAL			

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MATRICULADOS A MENOS ASISTENCIA	6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MATRICULADOS EN 5 O MAS ASISTENCIAS	04
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS RETIRADOS	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO: Katherine Yilena Figueroa

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

Hoja ___ de ___

RADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR | NÚMERO DE CONTRATO: 665 | AÑO: 2025

ENCIÓN: COMUNITARIA

CIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO | Centro Zonal: ISTMINA | Municipio:

Nombre Agente Educativo (a):

Código CUENTAME UDS: CC 26329671

Dirección UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención

Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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	SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL ASISTENCIAS MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
1079103279	Demian	Dahir	Quintana	Perea			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1076638343	Carlos	Daniel	Rivas	Cordoba			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1079103384	Jeilin	Samara	Hinestroza	Murillo			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1079102892	Darci	Javianny	Lopez	Perea			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1076338130	Jair	Smin	Mena				A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1079103364	Jaidy	Gavianny	lopez	Perea			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1078337856	Gian	Ecchomo	cetre				A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1079103304	Jhon	Erik	Mosquera	Murillo			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	
1078103304	Aris	Joel	Jordan	Padilla			A A A A D F A F A A A A A A A A					14	

TOTAL

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES: 10

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Por la palacio

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

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

Clasificación de la Información: Publica

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: PACIFICO VIVE

IDENTIFICACIÓN

NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: ZJS

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Ayde CC 35696431

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

Dirección UDS: villa pino Teléfono UDS: 3207371535

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079102846	Dilan	Andres	Guerrero	valoy	3 11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					13		
02	RC	1079103344	Luz	Fabianny	Martinez	mosquera	1 5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					13		
03	RC	1076339428	sami	yolexdy	Moreno	Moreno	1 7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					13		
04	RC	1076338716	maifer	Jhoel	Abandia	moreno	3 1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					13		
05	RC	1076339485	Dency	Andrea	mosquera	Hurtado	1 5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					13		
06	RC	1076339128	Jose	Ismir	membacha	Abandia	2 1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					13		
07	RC	1076338890	Katlin	Anahia	Quinto	Mosquera		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A							
08															
09															
10															
													TOTAL	13	

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

COORDINADOR(A) EA

Ayde Velasquez
RESPONSABLE DE GRUPO
35696431

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

Cualquier copia impresa de este documento se con... a menos copia no controlada.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY [illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0
NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: 06
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a): Hetido Cordoba
Código CUENTAME UDS: Hetido cordoba
Dirección UDS: 2236 100 067063
Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
CC 26 328 364
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hetido cordoba
Teléfono UDS: 323 441 3602
Hoja ___ de ___

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	1079102680	Yoseth	Zamora	Gutierrez	Murillo	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
02	RC	1076338043	Kaitlyn	Alejandra	Alvarado	Rivas	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
03	RC	1076338207	Sofia Lyn	Sanoj	Sotelo	Murillo	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
04	RC	1131045756	dylan	Smith	Cossio	Govo	4		A A A A A A A A A I A A A A A A A A A A	13		
05	RC	1076338010	Johan	david	Mosquera	Mosquera	4	4	A A A A A A I A A A A A A A A A A A A A	13		
06	RC	1076337966	Angel	david	palacios	Mosquera	4	5	A A A A A I A A A A I A A A A A A A A A	12		
07	RC	1076338338	Yeraly	Yudieth	Rivas	palacios	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
08	RC	1079102900	Kaitlyn	Isleto	Murillo	Rivas	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
09	RC	1076338152	Breider	daniel	Murillo	Asprilla	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
10	RC	1076338153	Breiner	david	Murillo	Asprilla	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
11	RC	1076338498	Luis	Miguel	Rivas	Gil	3	6	A A A I A A A A A I A A A A A A A A A A	12		
12	RC	1076339421	Luisa	Emelen	Rivas	Gil	1	9	A A A I A A A A A I A A A A A A A A A A	12		
13	RC	1076339265	Carlos	Jared	Ahumada	Mena	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
									TOTAL			

Verificación de Cobertura	
TOTAL NIÑOS + NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS + NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Hetido Cordoba Acosta
COORDINADOR(A) EA
26 328 364
RESPONSABLE DE GRUPO

Tel v 3234413602

B/m dependencia Valdez

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0
NÚMERO DE CONTRATO: 585
MES: JUNIO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Mª Fabiola Diaz
CC 26 331 170
Código CUENTAME UDS: 2736100D670 76
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mª Fabiola Diaz
Dirección UDS: Independencia
Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	#ASISTENCIAS	
01	BC	1079102624	Danny	Saray	Longa	Murillo	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
02	BC	1029815966	Jesly	Thaliana	Bivas	Longa	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
03	BC	1076337944	Yustin	Estiven	Moreno	Murillo	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
04	BC	1076334972	Zoe	Sabiara	Mosquera	Cardona	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
05	BC	1076334943	Zadhion	Andrea	Mosquera	Cardona	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
06	BC	1076339260	Mª	Luciana	Palacios	Quinto	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
07	BC	1079102929	Ismael		Moreno	Bivas	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
08	BC	1079103113	Yosuar	David	Diaz	Perlaza	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
09	BC	1079102795	Amaris	Jireth	Valoriano	Castro	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
10	BC	1076339832	Xiara	Javianny	Torres	Hinestroza	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
11	BC	1076332926	Ereilyn	Yiseth	Benitez	Cordoba	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
12	BC	1076339301	Jhoan	Andres	Quinto	Martinez	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
13	BC	1076339286	Hailyn	Sofia	Medina	Palacios	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
																															TOTAL			

Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Yerley P. Arnedo
COORDINADOR(A) EA

Mª Fabiola Diaz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900416760 NÚMERO DE CONTRATO: 585

MES: JUNIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Viorney Murillo CC 26328160

Código CUENTAME UDS: 273610006470-81 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Viorney Murillo

Dirección UDS: Zadonovia Teléfono UDS: 3137096288

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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	R.C	1079102885	Juan	Esteban	Mosquera	Murillo	3	4	A A A A A A A A A A A A	14		
02	R.C	1079102857	Harlin	Maely	Martinez	Urrutia	3	5	A A A A A A A A A A A A	14		
03	R.C	1079102892	Anthony	Smith	Mosquera	Rodriguez	4	1	A A A A A A A A A A A A	14		
04	R.C	1079102539	I A M	Santiago	Rivas	Mosquera	4	4	A A A A A A A A A A A A	14		
05	R.C	1076338369	Samuel		Martinez	Castro	3	4	A A A A A A A A A A A A	14		
06	R.C	1076338841	Elthan	Damian	Mosquera	Valencia	2	3	A A A A A A A A A A A A	14		
07	R.C	1076338486	Darius	Jhoel	Valencia	Valois	3		A A A A A A A A A A A A	14		
08	R.C	1076338520	Maria	celeste	Gutierrez	Hernandez	2	8	A A A A A A A A A A A A	14		
09	R.C	1077201285	Yolmar	Andrian	Arboleda	Torres	3		A A A A A A A A A A A A	14		
10	R.C	1079103037	Kilian	Stiven	Mosquera	Mosquera	3		A A A A A A A A A A A A	14		
11	R.C	1079103138	Dian	Stevan	Asprilla	Hurtado	3		A A A A A A A A A A A A	14		
12	R.C	1076338649	Derek	yael	Moreno	Mosquera	3		A A A A A A A A A A A A	14		
13												

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Viorney Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Beatriz E Mosquera CC 26'327.809
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Beatriz E. Mosquera
Dirección UDS:
Teléfono UDS: 313 784 2033

Hoja ___ de ___

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	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1091026662	Eilys	Abril	Ibarguen	Quinto	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
02	RC	1091027869	Yailer	Jose	Mosquera	Martinez	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
03	RC	1091033069	Thiago	David	Murillo	palacios	3	-	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
04	RC	1076339007	Maylin	Zahara	Murillo	Córdoba	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
05	RC	1076339330	Mailyn	Isabella	Duque	Murillo	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
06	RC	1076339030	Derek	Alexander	Mosquera	Quinto	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
07	RC	1076338958	Beichell	Tamara	Morales	Oranja	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
08	RC	1076339036	Yorladis		Murillo	Murillo	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
09	RC	1076339135	Owen		Perea	Torres	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
10	RC	1079103295	Sael	Smith	Córdoba	Salazar	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
11	RC	1076338744	Ican	Yeray	Mosquera	Córdoba	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A											14		
12																																				
13																																				

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

Beatriz E. Mosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 | NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio | AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO | Centro Zonal: ISTMINA | Municipio: Istmina | Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): Clementina Velásquez | CC 26331374

Código CUENTAME UDS: 27340006774

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Clementina I

Dirección UDS: independencia | Teléfono UDS: 3225308277

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338382	Freylin	Valeria	Quinto	Mosquera	3	5	AAAAAAAAAAAAAA	14		
02	RC	1076338709	Cristel	Naomi	Cortes	Mosquera	2	10	AAAAAAAAAAAAAA	14		
03	RC	1076337955	Iam	Aron	Mosquera	Reyes	4	3	AAAAAAAAAAAAAA	14		
04	RC	1079103029	Danna	Yireth	Valencias	Rivas	3	3	AAAAAAAAAAAAAA	14		
05	RC	1076338385	Greicy	Sofia	Murillo	Palacios	3	4	AAAAAAAAAAAAAA	14		
06	RC	1078102472	Erick	Joel	Mena	Manyoma	3	5	AAAAAAAAAAAAAA	14		
07	RC	1076338890	Jhoan	Elias	Mosquera	Renteria	2	5	AAAAAAAAAAAAAA	14		
08	RC	1079102954	Johan	Andres	Murillo	Quinto	3	5	AAAAAAAAAAAAAA	14		
09	RC	1076338573	Genesis	Jired	Rivas	Mosquera	3		AAAAAAAAAAAAAA	14		
10	RC	1076338377	Jeison	David	Cordoba	Mena	3	6	AAAAAAAAAAAAAA	14		
11												
12												
13												
TOTAL												

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

[signature] COORDINADOR(A) EA

Maria Clementina Velásquez
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 | 5/29/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Mosquera CC 35 695 665
Código CUENTAME UDS: 27361000 67092 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Sueñitos
Dirección UDS: Independencia Salud Teléfono UDS: 323 365 29 61
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	RC	1076339079	Luz	Estefany	Diaz	Murillo	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
02	RC	1076338725	Keren	Alaia	Mosquera	Murillo	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
03	RC	1076339108	Deimer	Elian	Mosquera	Quinto	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
04	RC	1076339460	Daniel	Yeshuar	Ruiz	Uriuta	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
05	RC	1079103050	Yoimar		Palacios	Romaña	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
06	RC	1079102675	Kelany		Palacios	Romaña	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
07	RC	1076339125	Joiner	Alexander	Mosquera	Largacha	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
08	RC	1076338708	Dilan	Camilo	Moraes	Martinez	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
09	RC	1076338879	Maian	Yahiara	Asprilla	Mosquera	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
10	RC	1034932536	Jhon	Axel	Taboada	Rios	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
11	RC	1076339097	Kaila	Yoiley	Quinto	Perea	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
12	RC	1076338545	Yoilin	Alexandra	Palacios	Quinto			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
13	RC	1076338528	Daiker	Gael	Hinestroza	Asprilla	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
									TOTAL			

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

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 NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CON° 565
MES JUNIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN 35697267
Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ istmina Municipio: _____ istmina
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY STELLA. MURILLC CC_____ ##
Código CUENTAME UDS: 2736100067024 _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención__ leidy Murillo
Dirección UDS: independencia _____ 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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.079.103.200	WEILYN	DARIANNA	REYES	PEREA	2	1		22	2	
02	RC	1.128.731.645	MARIA	CELESTE	HURTADO	QUINTO	3	9		22	2	
03	RC	1.079.102.767	CLARA	MARIANNY	MORENO	REYES	4	2		22	2	
04	RC	1.076.338.372	SHERILAN	YULISA	PEREA	IBARGUEN	3	5		22	2	
05	RC	1.078.859.044	TIAGO	ALEXANDER	MURILLO	MORENO	4	3		22	2	
06	Rc	1.128.026.527	MELEK	AILANY	LOPEZ	ALBORNOZ	2	8		22	2	
07	RC	1.076.339.290	YEILYN	ADHARA	MOSQUERA	MOSQUERA	1	10		22	2	
08	RC	1.128.730.900	YAILER	JOEL	RENTERÍA	PEREA	4	2		22	2	
09	RC	1.075.100.910	MARIA	YAJAIRA	PEREA	MARTINEZ	2	1		22	2	
10	RC	1.076.338.110	DILAN		MOSQUERA	OREJUELA	3	10		22	2	
11	RC	1.079.102.690	YEFERSON		MOSQUERA	ASPRILLA	4	6		22	2	
12	RC	1.076.338.276	YURIANNY	YISEH	MURILLO	MURILLO	3	7		22	2	
13	RC	1.116.383.808	WAINER	EMILIANO	PADILLA	URRUTIA	3	11		22	2	
									TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Leidy Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio:
Nombre Agente Educativo (a): Nilda Moreno CC 26329220
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: Barrio Pablo Neo
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Teléfono UDS: 3215728997

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 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		1076339136	Hader	Dahian	Dentela	Mosquera	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
02		1076339276	Hector		Murillo	Ibargüen	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
03		1076338931	Renier		Mena	Cordoba	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
04		1076338296	Shaird		Leuma	Murillo	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
05		1076339159	Yeiser	David	Escobar	Mosquera	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
06		1079102987	Neiber	Josues	Dovira	Mosquera	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
07		1076338241	Rossy	Hadenys	Jaleca	Mosquera	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
08		1076339038	Yeimio	Katalaya	Mosquera	Mosquera	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
09		1079103020	Dania		Cordoba	Cordoba	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
10		1079102787	flor	Estelin	Cordoba	Zuñiga	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
11		1079102764	Carlos	David	Moreno	Arboleda	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
12		1076338329	Hazlin	Michel	Caceres		3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
13		1079103266	Angel	Andres	Martinez	Cordoba	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
									TOTAL			

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Nilda Moreno Borja
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: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: 06 AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Minerva Rivas CC 28328511
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: B/ Pueblo nuevo
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Teléfono UDS: 312 618 05 28

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079102982	Jesus	Manuel	Lopez	Tangacho	3	9	A A A A A A A A A A A I	13	1	
02	RC	1044930548	Damian	Isaac	Hurtado	Mosquera	2		A A A A A A A A A A A I	13	1	
03	RC	1078473433	Leydi	David	Robledo	Blanco	4	2	A A A A A A A A A A A I	13	1	
04	RC	1076339075	Emily	Ximena	Mieles	Palacios	2	2	A A A A A A A A A A A I	13	1	
05	RC	1076338334	Davibanny		Cordoba	Mosquera	3	5	A A A A A A A A A A A I	13	1	
06	RC	1076338912	Jenny	Yulianny	Mosquera	Bravo	2	5	A A A A A A A A A A A I	13	1	
07	RC	1128731828	Zoe	Antonella	Asprilla	Valoy	1		A A A A A A A A A A A I	13	1	
08	RC	1079103290	Harmony	Yulieth	Cetre	Hurtado	1	7	A A A A A A A A A A A I	13	1	
09												
10												
11												
12												
13												

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) SA

Minerva Rivas 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.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION NUEVO VIVIR

NIT: 900.916794-0

MES: 6

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO

Nombre Agente Educativo (a): Edna H. Garcia

Código CUENTAME UDS: 2736 [illegible] 66 913

Dirección UDS:

Centro Zonal: ISTMINA

CC 26 329 387

Municipio: [illegible]

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Edna H. Garcia H.

Teléfono UDS:

Clasificación de la información: Pública

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA	TOTAL ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1076328519	Abril	Victorio	Hurtado	Gomez		A A A A A A A A A A A A A	14	
02		178859142	Antony	jansuare	copete	Bernal		A A A A A A A A A A A A A A	14	
03		179102821	Leonny	victoria	Diaz	valois		A A A A A A A A A A A A A A	14	
04		1079102363	cristal		urrutia	Martinez		A A A A A A A A A A A A A A	14	
05		1079338869	Yeicer	Stiven	cordoba	lozada		A A A A A A A A A A A A A A	14	
06		1027106427	smith	Alexander	Arboleda	urrutia		A A A A A A A A A A A A A A	14	
07		1077489370	Deilis	Alexander	Arboleda	urrutia		A A A A A A A A A A A A A A	14	
08		1076337859	Sateh	Andrea	Reyes	orejuela		A A A A A A A A A A A A A A	14	
09		1079102633	felis	alejandra	lozada	Hurtado		A A A A A A A A A A A A A A	14	
10		1079102818	luis	carlos	Mosquera	urrutia		A A A A A A A A A A A A A A	10	
11		1079694467	Emanuel		Mosquera	coleres		A A A A A A A A A A A A A A	10	
12		1537574	Daniel		Mosquera	caceres		A A A A A A A A A A A A A A	12	
13			Juiler		Arboleda	Murillo		A A A A A A A A A A A A A A	14	

TOTAL | 14

Verificación de Cobertura:

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 13

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

Yirley P. AmS I

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	5/29/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): JUANA RAQUEL MORENO CC ___ #
Código CUENTAME UDS: 2736100066930 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención JUANA R MORENO
Dirección UDS: B/ PUEBLO NUEVO Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339299	DULCE	MARIA	MORENO	MOSQUERA					13	1	
02	RC	1128730836	HARLIN	YIRE	IBARGUEN	PALACIOS					13	1	
03	RC	1079102882	ZAMARA	YARITZA	ACHITO	URRUTIA					13	1	
04	RC	1030151529	ANTONELA		OSORIO	MEPAQUITO					13	1	
05	RC	1076338689	JANIER		OSORIO	MEPAQUITO					13	1	
06	RC	1076339426	VIANNY	JOHANA	MOSQUERA	URRUTIA					13	1	
07	RC	1032195873	MARISOL		BARON	RIVAS					13	1	
08	RC	1035017723	ISAAC		AGUIRRE	RIOS					13	1	
09	RC	1033207268	MIA	VICTORIA	QUINTO	PALACIOS					13	1	
10	RC	1079102135	ISAI	DANIEL	DIAZ	OREJUELA					13	1	
11	RC	1032035713	DEIMAR	FELIPE	FORONDA	SERNA					13	1	
12	RC	1129046890	OWEN	SNIDER	PENA	QUINTO					13	1	
13													

TOTAL

Verificacion De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

Yirley P. Amaya ± — COORDINADOR(A) EA

Juana Raquel — 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 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0
NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: 06
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Centro Zonal: ISTMINA
Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Yimi
CC: 26328227
Código CUENTAME UDS: 261000-0824
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: B/ pueblo nuevo
Teléfono UDS: 3147336777
Hoja ___ de ___

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	1076338717	ANTONI	DAVID	Ibargüen	SANCHEZ	3	5	AAAA AAAAA AA AAA		14		
02	RC	1076338991	IZAN	DARIEL	QUINTO	murillo	2	3	AAAA AA AAAAA AAA		14		
03	RC	1128734776	OWEN	ESMITH	Cordoba	Palacio	3	1	AAAA AAAAA AAA		14		
04	RC	1076825386	CRISTIAN	ESMITH	Ibargüen	mosquera	3	6	AAAA AAAAA AAA		14		
05	RC	1076337861	Maylin	DAYANA	martines	Collazo	4	4	AAA AAAAA AAA		14		
06	RC	1079102942	DEIMAR	JHOEL	Torres	WALDO	3	6	AAA AAAAA AAA		14		
07	RC	1128731418	ERIK	DAVID	Palacio	mosquera	3	1	AAA AAAAA AAA		14		
08	RC	1076339019	CELESTE		Parra	ramires	2	3	AAA AAAAA AAA		14		
09	RC	37633863	Carlin	Edwarlin	Palacio	QUINTO	4	3	AAA AAAAA AAA		14		
10	RC	1076338430	yeilivivian	viviana	murillo	martines	3	3	AAA AAAAA AAA		14		
11	RC	1079103015	ASLI	Romina	Zalazar	martines	3	2	AAA AAAAA AAA		14		
12	RC	1023051132		yeico	mosquera	Garcia	1	6	AAA AAAAA AAA		14		
13													
									TOTAL				

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

0
12

COORDINADOR(A) EA

Carmen Yimi Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : NUEVO VIVIR

NIT: 900.415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO

Nombre Agente Educativo (a): Virgelina Morales

Código CUENTAME UDS:

Dirección UDS: eduardo santos

Hoja ___ de ___

Centro Zonal ISTMINA Municipio: istmina

CC

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención agrupado la esperanza

Teléfono UDS:

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	1.076.337.841	JUAN	JOSE	MOSQUERA	MOSQUERA	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
02	RC	1.076.339.423	EMMANUEL		QUINTO	BRAM	1	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
03	RC	1.076.339.153	HANNA	SOFIA	MOSQUERA	MARTINEZ	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
04	RC	1.079.103.263	MABEL	SOFIA	QINTO	MOSQUERA	1	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
05	RC	1.076.338.954	THIAGO	SMIRH	PEREA	GARCIA	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
06	RC	1.076.339.310	YEHILYN	SAMARA	COSSIO	CORREA	1	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
07	RC	10.128.731.048	JAZLIN	ZADITH	RIVAS	QUINTO	3	12	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
08	RC	1.076.339.396	YAREH		CASTILLO	OREJUELA	1	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
09	RC	1.076.338.976	DAHIAN	YARETH	PALACIOS	BORJA	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
10	RC	1.076.338.300	IAM	SANTHIAGO	MOSQUERA	RIVAS	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
11	RC	1.079.102.547	HELLEN	VALERIA	PEREA	MOSQUERA	4	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
12	RC	1.076.338.823	SEBASTIAN		MOSQUERA	BERRIO	3	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
13	RC	1.076.338.764	RUEIBER		MARTINEZ	MOSQUERA	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A											13		
																															TOTAL			

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) LEA

Virgelina Morales I
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: NUEVO VIVIR

NIT: 900.415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: istmina

Nombre Agente Educativo (a): Claritza Murillo CC

Código CUENTAME UDS:

Dirección UDS: eduardo santos Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención agrupado la esperanza

Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																												ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES					
01	RC	1.076.338.734	JHOSUAR	JOSUE	HURTADO	HURTADO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
02	RC	1.079.103.133	JOIBER		HACHITO	QUINTO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
03	RC	1.774.666.662	JAVIER	MATHIAS	GONZALES	PAVA	4	12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
04	RC	1.076.338.822	MIA	ELIZABETH	PAVA	GAMBOA	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
05	RC	1.076.338.557	MICHELL	ANDREA	MOSQUERA	IBARGUEN	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
06	RC	10.763.394.716	EITHAN	SAHEL	TORRES	PEREA	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
07	RC	1.074.687.192	MEILYN	YAHAIRA	RENTERIA	CASTILLO	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
08	RC	1.079.102.617	JHOJAN	FERLEY	MOSQUERA	MOSQUERA	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
09	RC	1.076.338.080	GABRIEL	FELIPE	MOSQUERA	URRUTIA	1	13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
10	RC	1.076.337.107	ALAN	SMITH	JULIO	QUINTO	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
11	RC	1.076.337.985	EMMANUEL		SANCHEZ	CORDOBA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
12	RC	1.079.102.970	DEIAN	JHOSUEP	URRUTIA	MOSQUERA	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
13	RC	1.079.102.863	YOFAR	SMITH	CORDOBA	WALDO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A														13		
																																			TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Claritza Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ FUNADACION NUEVO VIVIR

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

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: _____CHOCO_____

Nombre Agente Educativo (a): YEHILA LISETH ALVAREZ

Código CUENTAME UDS: _____

Dirección UDS: _____ EDUARDO SANTOS

Hoja ___ de ___

Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____ ISTMINA

CC_____ #

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Agropado la esperanza

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																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	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	1076338268	YEIFRAN		MOSQUERA	RIAÑO	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
02	RC	1079103182	CARELING	WILLIANNY	RIVAS	MOSQUERA	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
03	RC	1076339153	JOSE	LUIS	MOSQUERA	IBARGUEN	2	12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
04	RC	1076338657	GEICER	SAMIR	MOSQUERA	MINOTA	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
05	RC	1076338914	ANGEL	JAMIL	MURILLO	PIZARIO	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
06	RC	1076328014	LUZ	DARIANNY	PEREA	QUINTO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
07	RC	1076338831	YHEIDER	ANDRES	MOSQUERA	COSSIO	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
08	RC	1076338572	GERONIMO		PACHECO	MARTINEZ	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
09	RC	1195217770	YELEAN	SARAY	ANGULO	MARTINEZ	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
10	RC	1076339452	ANDRES	MATHIAS	DOMINGUEZ	BOHORQUEZ	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
11	RC	1067295657	ISABELLA		MARTINEZ	MEJIA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
12	RC	1034933478	JAZLIN	HALANNA	AGUIRRE	CORTEZ	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
13	RC	1076339000	KILIAM	JOSUE	HURTADO	MEDINA	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A												13		
																														TOTAL			

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Yilly P. Amud I.
COORDINADOR(A) EA

Yehila L. Alvarez M.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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 | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Aura Nelis Sanchez CC 1076818155
Código CUENTAME UDS: 27361000 63991
Dirección UDS: Sta Genoveva - Guayabal
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Corazones
Teléfono UDS: 3105192584

Hoja 1 de 1

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	1078474098	Deicy	Lilianny	Sánchez	Mosquera	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
02	RC	1128026288	Elit	Zamara	Mosquera	urrutia	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
03	RC	1079102896	Isaac	N.A	Mosquera	Mosquera	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
04	RC	1076338109	María	Alejandra	Rivas	Benitez	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
05	RC	1076338852	Marian	Celeste	Cordoba	Ibarguen	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
06	RC	1113871930	Danna	Violeta	Monsalve	Jimenez	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
07	RC	1076338584	Miguel	Angel	Estrada	Perea	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
08	RC	1031949728	Yoiri	Daylanny	Rivas	Bejarano	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
09	RC	1076338569	Angel	Isaac	Torres	Valdernama	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
10	RC	1077487961	Louise	Mariana	Cuesta	Arboleda	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
11	RC	1076339160	Manuela	N.A	Arboleda	Orejuela	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
12	RC	1076338989	Richarlison	N.A	Aspnlla	Rivas	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
13	RC	1076339148	Josehp	Miguel	Moreno	Noriega	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	14		
									TOTAL			

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Aura Nellys Sánchez A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a): Luz Marcela Mosquera
Código CUENTAME UDS: 27361000 63991
Dirección UDS: Sta Genoveva - Guayabal
Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
CC 39301357
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Corazones
Teléfono UDS: 3122117418

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)																				TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1011419775	Wendy	Dayana	Mosquera	Urrutia	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
02	RC	1076338516	Yosual	Alexandro	Cordoba	Mosquera	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
03	RC	1076339450	Axel	David	Giraldo	Mosquera	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
04	RC	1076339325	Dioselin	Adharo	Murillo	Murillo	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
05	RC	1076339063	Heider	Santiago	Valois	Bonilla	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
06	RC	1076338274	Jean	Paul	Rentería	Chavez	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
07	RC	1076339096	Wesley	Nikol	Moreno	Barahona	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
08	RC	1076339838	Ever	Smith	Rivas	Benitez	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
09	RC	1076339402	Jhoicer	Gael	Moreno	Murillo	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
10	RC	1076338584	Anthony	Xavier	Barahona	Murillo	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
11	RC	1076338791	Yosuar	Stiven	Murillo	Tuvar	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
12	RC	1128089734	Yonier	Andrés	Mosquera	Mosquera	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									14		
13																																

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Luz Marcela Mosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Junio AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: ____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: ____CHOCO____ Centro Zonal ____ ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Celmira H CC 35695369

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

Dirección UDS: B1 8ta Genoveva - Guayabal Teléfono UDS: 3217293810

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076337755	Luisa	Fernanda	Mosquera	Rivas	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
02	RC	1076338724	Kiara	Yiseth	Mosquera	Valencia	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
03	RC	1078103856	Luz	Ester	Benitez	Urrutia	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
04	RC	1079103208	Carolin	Andrea	Mosquera	Mosquera	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
05	RC	1076337949	Edwin	N.A	Garcia	Delgado	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
06	RC	1076338628	Yuberlin	Amaian	Hurtado	Hurtado	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
07	RC	1077486514	Erick	Santiago	Palacios	Murillo	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
08	RC	1076338467	Salomé	N.A	Ibargüen	Rios	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
09	RC	1076337839	Janer	Arley	Florez	Mosquera	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
10	RC	1079102574	Alan	Andres	Arcos	Sanchez	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										14		
11																																		
12																																		
13																																		
																														TOTAL			

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

Arley P. Amu I
COORDINADOR(A) EA

Celmira Hinestroza. I.
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 :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: _____ 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 27005652024
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCO___ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _____ ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): _ MARIA NILVIA QUINTO CC
Código CUENTAME UDS: _____
Dirección UDS: _____ CHIGORODO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MARIA NILVIA QUINTO
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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339761	MARIAN	JAVIANNY	MOSQUERA		0	5			15		
02	RC	1076339767	YEIKERE	MATIAS	HURTADO	COPETE	0	5			17		
03	RC	1076339861	MARIA	JOSE	MOSQUERA	QUINTO	0	4			17		
04	RC	1073669454	EMILIANO		QUINTO	QUINTO	1	2			17		
05	RC	1076339173	DEILIN	JARLEICY	QUINTO	QUINTO	1	3			17		
06	RC	1076339229	KELHANI	ANDREA	QUINTO	MOSQUERA	1	4			17		
07	RC	1076339255	YEAN	ANDRES	QUINTO	PALACIOS	1	5			17		
08	RC	1076339438	JEINER	ANDRES	QUINTO	MARTINEZ	1				17		
09	RC	1076339454	EMILIANO		QUINTO	QUINTO	1				17		
10	RC	1076339772	ABDIL	ALAHIA	MARTINEZ	OREJUELA	6				17		
11	RC	1079103487	EHILAN	ADHARA	QUINTO	MOSQUERA	1				17		
12	C.C.	1076331817	ZULANLLY		QUINTO	MOSQUERA	31				17		
13	C.C.	67025249	LUZ	MARY	VALENCIA		42				17		
14	T.I.	1045136666	KAREN	YAJAIRA	RENTERIA	SERNA	20				17		
											TOTAL 14		

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

Yineth Pinto Ortiz
COORDINADOR(A) EA

Mª Nilvia Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
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 :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 27005652024
MES: JUNIO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): _ MORNA CORODBA CC
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: BASURO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención :MIRNA CORDOBA
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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339564	KEIDY	YISETH	LOZANO	MORENO	0	7			11		
02	RC	1076339628	SARETH	VIVIANYS	QUINTO	QUINTO	0	8			11		
03	RC	1076339644	JAILYN	ISABELA	LOZANO	MOSQUERA	0	7			11		
04	RC	1078475119	SHARON	JHOANA	URRUTIA	AGUILAR	1	4			11		
05	RC	1079103280	DEHIAM		URRUTIA	BORJA	1	3			11		
06	RC	1079103327	LUCCAS		MORENO	GOMEZ	1	3			11		
07	RC	1079103433	DEILY	SAMARA	MARTUNEZ	MORENO	1	4			11		
08	C.C.	1007545162	MARIA	DIOCELINA	MOSQUERA	MOSQUERA	28	3			11		
09	C.C.	1076330208	YADIRA		PALACIOS	MOSQUERA	31	3			11		
10	C.C.	1079093789	ELISA		MOSQUERA	MARTINEZ	22	5			11		
11	C.C.	1079094246	KAREN	LORENA	URRUTIA	QUINTO	24				11		
12	C.C.	1133664337	LUZ	YAMIRA	MOSQUERA	COPETE	36				11		
13	T.I.	1076320395	YERLIS	NORELY	CAICEDO	LOZANO	25				11		
14	T.I.	1077998700	YASURY	LILIBETH	CONSUEGRA	SANCHEZ	19				11		
15	T.I.	1079099600	DARILESSI		MOSQUERA	CORDOBA	19				11		
											TOTAL 165		

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

COORDINADOR(A) EA

MIRNA CORDOBA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 27005652024
MES: 06 AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA
Nombre Agente Educativo (a): _ PIEDAD ARRIAGA CC
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDAD ARRIAGA
Dirección UDS: BASURU Teléfono UDS:

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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339052	GERONIMO		MOSQUERA	MURILLO	3	1				
02	RC	1076339303	MARIA	VALENTINA	QUINTERO	PEREA	1	4				
03	RC	1076339595	DEIMARY		TAMATO	CORTEZ	0	8				
04	RC	1077488264	ELIAM	JOSUE	CASTILLO	DIAZ	2	2				
05	RC	1077490772	ZAHIEN	ABDIEL	IBARGUEN	ASPRILLA	0	6				
06	RC	1079103516	ELIANNY	SARAY	IBARGUEN	MARTINEZ	0	6				
07	RC	1079103528	DYLAN	ANDRES	MURILLO	BENITEZ	0	7				
08	C.C.	1076320282	FLOR	MARIA	MOSQUERA	MORENO	31					
09	C.C.	1076325506	LILIANA		MOSQUERA	URRUTIA	36					
10	C.C.	1131185850	JASELIN	STHER	MURILLO	POTES	30					
11	RC	1089512600	OLEISA	YOHANA	ANGULO	CORDOBA	16					
12	T.I.	1003914921	ROSY	ISELA	IBARGUEN	VALENCIA	26					

TOTAL 124

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Liley P. Amud Ibargüen
COORDINADOR(A) EA

Piedad Arriaga.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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