ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION

CERTIFICA

Que durante el mes de enero de 2024 **NO** se han presentado novedades en las siguientes obligaciones de componente de administración de recursos, en el marco de la ejecución del contrato 50002342023 celebrado entre ICBF y la Asociación.

1. 3.3.3 Cuenta Bancaria Exclusiva
2. 3.3.11 Incorporar Recursos de Confinanciación
3. 3.3.15 Abstenerse de Utilizar recursos del ICBF para otros fines
4. 3.3.16 Reintegros Recursos no ejecutados
5. 3.3.17 Reintegrar recursos objetos de perdida
6. 3.3.18 Informe final para liquidar contrato
7. 3.3.19 Reintegrar saldos liquidación contrato

Esta certificación se expide en Villavicencio a los (02) días del mes de febrero de 2024.

Maria Cristina Perez Cruz

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 de Muzo Boyacá
Representante Legal

Gmail **Asopadreswq Carens <asopadresporfiatres@gmail.com>**

REPORTE SIM

1 mensaje

Asopadreswq Carens <asopadresporfiatres@gmail.com> 6 de mayo de 2022, 12:18
Para: "leidy.lopez" <Leidy.Lopez@icbf.gov.co>

Buena Tarde;

Me permito enviar Reporte de SIM

--
CORDIALMENTE
MARIA ELENA HERNANDEZ FURQUE
REPRESENTANTE LEGAL ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
CEL: 311 5324719
asopadresporfiatres@gmail.com

16. METAS SOCIALES ABRIL 2022.xlsx
20K

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 – 2025

Villavicencio, 15 de abril de 2025

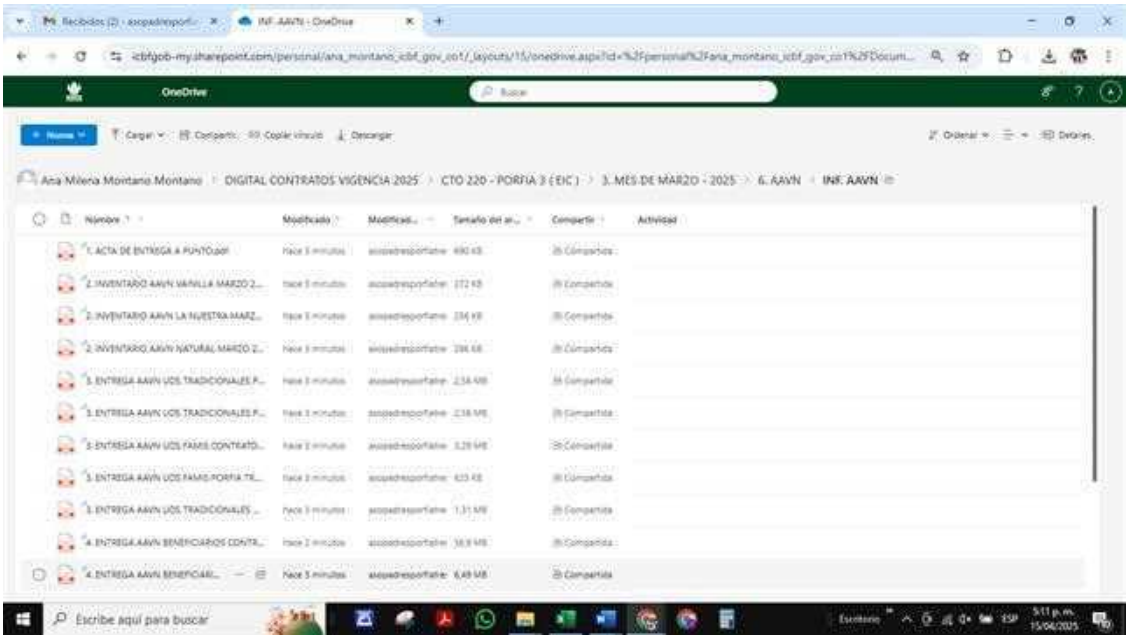
BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

No. 20255000100005822
Código web: wH4LZfTVUdB36+DYUHIVYMmyKYE=
Radicador: SANDRA MILENA CORTES BELTRAN Fecha: 2025-04-16 10:08 Folios: 1
Remitente: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
Asunto: informe AAVN mes de marzo de 2025 Contrato 50002202025

Señora
ANA MILENA MONTAÑO MONTAÑO
Supervisora Contrato 50002202025
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito hacer entrega del informe AAVN mes de marzo de 2025 Contrato 50002202025, Asociación Porfía Tres, se adjunta pantallazo del cargue en el Drive.



Agradezco su atención.

Atentamente,

Maria Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 Muzo – Boyacá
Representante Legal

Mz 42 casa 11 etapa 2 la Madrid Cel-3123641307
Correo: asopadresporfiatres@gmail.com

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 – 2025

BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

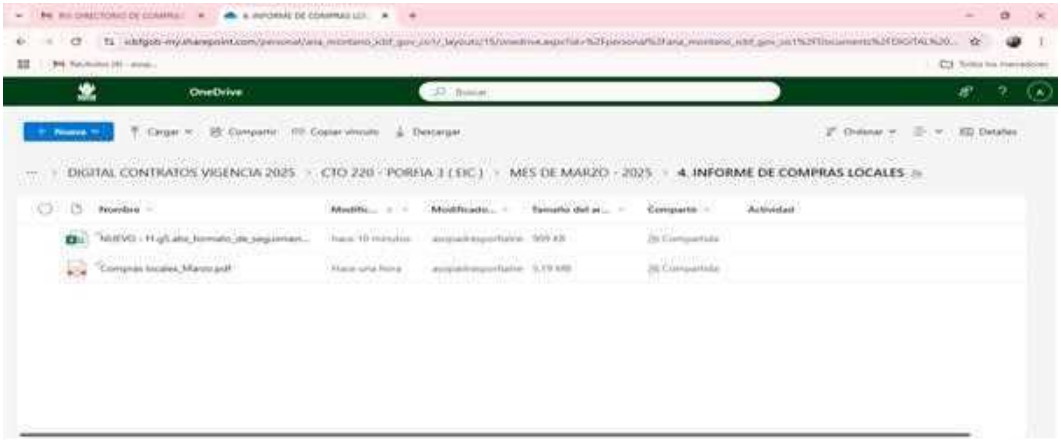
No. 20255000100058462
Cógigo web: Vupv0r29Pr+Co41gtPTDboGTytM=
Radicador: SANDRA MILENA CORTES BELTRAN Fecha: 2025-04-15 16:40 Folios: 1
Remitente: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
Asunto: informe de Compras locales Marzo de 2025 Contrato 50002202025

Villavicencio, 15 de abril de 2025

Señora
ANA MILENA MONTAÑO MONTAÑO
Supervisora Contrato 50002202025
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito hacer entrega del informe de Compras locales mes de Marzo de 2025 Contrato 50002202025, Asociación Porfía Tres, se adjunta de pantallazo de cargue de la información en el drive.



Agradezco su atención.

Atentamente,

María Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 Muzo - Boyacá
Representante Legal

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 – 2025

Villavicencio, 15 de abril de 2025

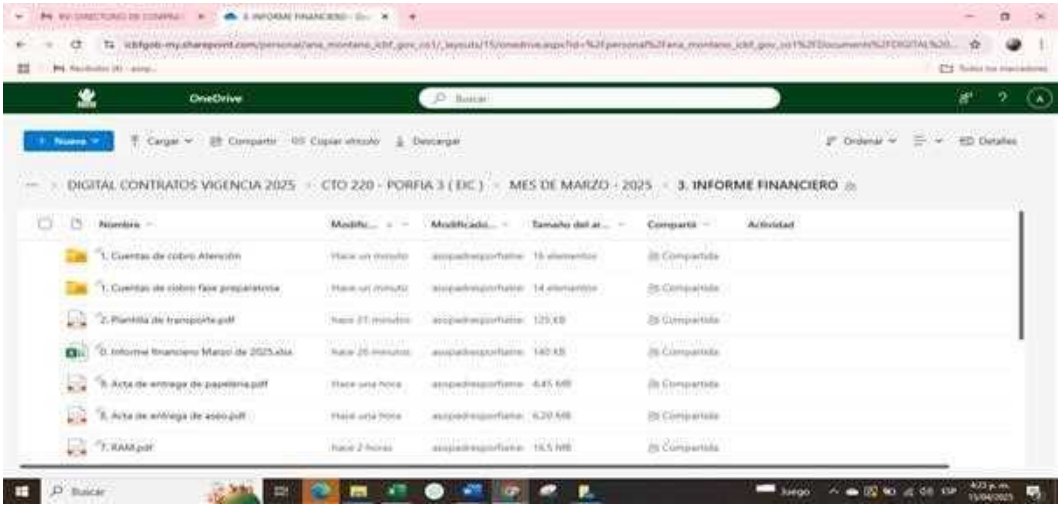
BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

No. 20255001000058472
Cógigo web: NFd08jpsAOjYO09Olv86MTEdtnk=
Radicador: SANDRA MILENA CORTES BELTRAN Fecha: 2025-04-15 16:45 Folios: 1
Remitente: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
Asunto: Informe financiero marzo contrato 50002202025.

Señora
ANA MILENA MONTAÑO MONTAÑO
Supervisora Contrato 50002202025
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito hacer entrega del Informe financiero mes de marzo de 2025 de la Asociación de HCB Porfía Tres, contrato 50002202025. Se anexa pantallazo del cargue del informe financiero en el drive.



Agradezco su atención.

Atentamente,

María Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 Muzo - Boyacá

Mz 42 casa 11 etapa 2 la Madrid Cel-3123641307
Correo: asopadresporfiatres@gmail.com

Representante Legal

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor" VERSION 6 – 2025

Villavicencio, 30 de abril de 2025

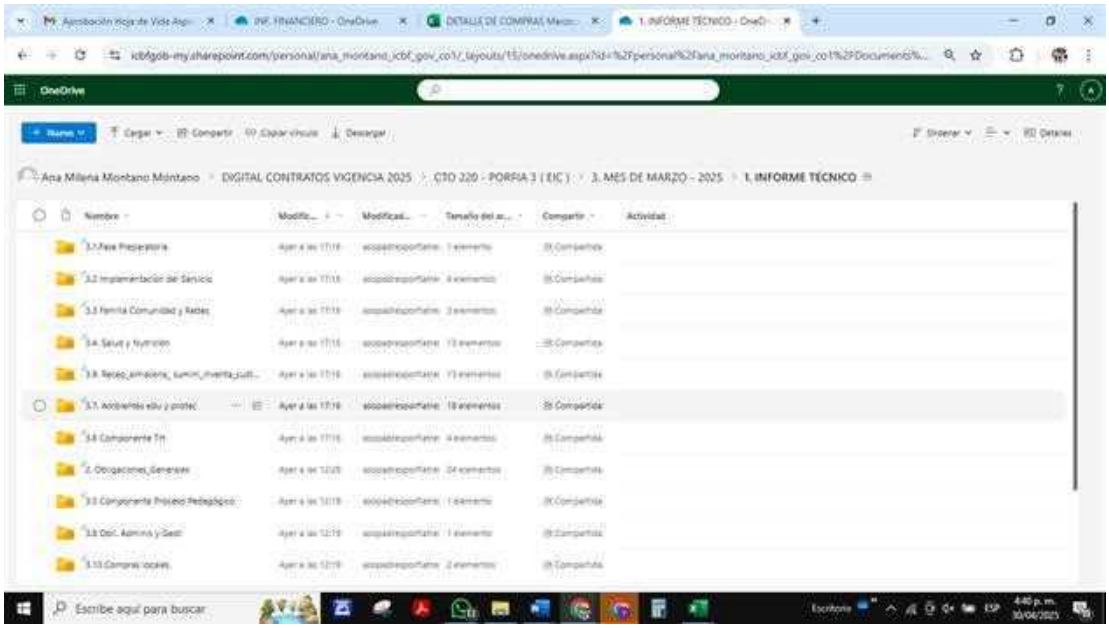
BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

No. 20255000100006505 2
Cógigo web: nOsXi/bKIBUium8iuUMFIMHIgXs=
Radicador: SANDRA MILENA CORTES BELTRAN Fecha: 2025-04-30 17:49 Folios: 1
Remitente: ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 1 (META)
Asunto: informe técnico mes de marzo de 2025 Contrato 50002202025,

Señora
ANA MILENA MONTAÑO MONTAÑO
Supervisora Contrato 50002202025
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito hacer entrega del informe tecnico mes de marzo de 2025 Contrato 50002202025, Asociación Porfía Tres, se adjunta pantallazo del cargue en el Drive.



Agradezco su atención.

Atentamente,

Maria Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. 23.800.423 Muzo - Boyacá
Representante Legal

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE COLOMBIA FAMILIAS EN ACCION
NIT: 899.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5006522024
MES: abril AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MARIA ELISA CHAPARRO HOLGUIN C.C. 24.230.159
Código CUENTAME UDS: 5000100129914 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS CHIQUITINES
Dirección UDS: CRA 43 NO. 83-15 SUR VILLA JULIANA Teléfono UDS: 312 360 8173

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MESES		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: 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	AUSENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1234795975	LIAm	SANTIAGO	AGUDELO	MONZON	0	5		A		P			A		A							A								4		
02	R.C	1122945451	JOEL	ALEJANDRO	PERDOMO	SILVA	0	4		A					A		A							A								4		
03	RC	1234796027	LAHIAM	EDUARDO	COTES	SALGUERO	0	4		A	A				A		A							A								4		
04	RC	1123824639	EMILY	ISABELLA	TOVAR	ALMECIGA	0	5			A		P		A		A								A							4		
05	C.C	1121846942	YURI	ANDREA	SEGURA	BARRERA	37	0				A		A			A	A								A						4		
06	RC	1234795976	AARON	JOHUE	PEÑA	HERRERA	0	5				A		A			A	A								A						4		
07	C.C	1234789039	MARYI	YOHANA	MACHUCA	VELASQUEZ	27	5				A					A	A						A		A						4		
08	C.C	1122511112	VALENTINA		RODRIGUEZ	SANCHEZ	19	6				A				A		A						A		A						4		
09	RC	1234796079	BRIANA	CATTLELLA	GARCIA	LLANO	0	3			A					A		A							A							4		
10	RC	1234796085	JESUS	ANDRES	LONDOÑO	BELLO	0	3	A						A		A							A	A							4		
11	C.C	1122510843	KAREN	DANIELA	BELTRAN	LADINO	19	5			A					A		A						A		A						4		
12	R.C	1234795952	ELIAN	MATHIAS	AGUILAR	GARCIA	0	5			A		P		A		A								A							4		
13	C.C	10069035556	KELLY	ALEJANDRA	CRUZ	BARRIOS	24	0			A				A		A								A							4		
14	RC	1234796146	IAN	JOSE	CARDONA	LAMPREA	0	1			A					A	A								A							4		
15	C.C	1121890655	JESSICA	LORENA	CARDOZO	BERMUDEZ	33	1	A						A		A							A		A						4		
16																																60	0	
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 60 0

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIADOS DE HCB PORFIA 2
NIT: 800143.122-6 CONTRATO 5000602024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MONICA LONDOÑO VILLEGAS CC: 40.326.908
Código CUENTAME UDS: 5000100012249 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI MUNDO MAGICO
Dirección UDS: SM 5 M3 CASA 5 ETAPA LA MADRID Teléfono UDS: 3154381303

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, 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			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1,123,824,688	ANGEL	SAMUEL	VERA	LONDOÑO		4			5		
02	RC	1,234,795,989	IAN	GAEL	BERNAL	HOLGUIN		6			5		
03	RC	1,234,796,045	DOMINIC		VILLALOBOS	VALENZUELA		4			5		
04	RC	1,123,824,920	ANGEL	STIVEN	TOVAR	REINA		0			2	3	
05	RC	1,253,258,640	ETHAN	SALVADOR	BERMUDEZ	CARRASCO		1			4	1	
06	CC	1,003,504,415	SHIRLYS	MARIA	GUERRA	ARROYO	35				5		
07	CC	1,005089466	MICHELLE	DANIELA	RODRIGUEZ	LADINO	22				5		
08	CC	1,054,540,434	NORMA	JULISSA	RODRIGUEZ	GIRALDO	20				5		
09	RC	1,029,971,678	ANTONELLA		CATAÑO	ALVAREZ		0			2	3	
10	CC	1,029,981,375	DORAINE		CASIANO	HENAO	19				4	1	
11	CC	40,219,947	ANA	YIVI	PEÑALOZA	VERA	42				5		
12	RC	1,121,884,930	LIAM	SANTIAGO	GARCIA	HURTADO		0			2	3	
13	CC	1,085,169,001	MARTINA		AGUILAR	MUÑOZ	22				5		
14	RC	1,123,455,018	DANNA	SALOME	GUTIERREZ	CHISCO		0			2	3	
15	SD		ROSANGELA		MANRIQUE	GOMEZ	31				5		
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	61	19

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 830.140.122-4 NUMERO DE CONTRATO:
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ELENA HERNANDEZ CC: 4 1 2 1 9 5 2 6
Código CUENTAME UDS: 50001000012283 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PEQUEÑO ANGELITO
Dirección UDS: SPM 4 MZ 8 CASA 16 LA MADRID ETAPA 5 Teléfono UDS: 3 1 0 4 8 5 0 7 4 8

Hoja 1 de 1

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																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	CC	1.121.898.514	ANGELICA	MARIA	DIAZ	CHINCHILLA	32	1		A	A				A			A						A								S		
02	CC	1.122.513.590	KAROL	DAYANA	SANCHEZ	ARTEAGA	18	6		A		A			A			A						A								S		
03	CC	1.122.510.010	ANA	MELISSA	SANCHEZ	ARTEAGA	20	1		A		A			A			A						A								S		
04	CC	1.094.281.681	LISTELY	YULIETH	RINCON	AGUILLON	26	11		A					A			A						A								S		
05	CC	1.119.510.085	LLELY	VANESA	ALARCON	DUARTE	21	1		A				A	A			A						A								S		
06	CC	1.000.517.949	NICOLL	LORENA	ALVAREZ	ORDOÑEZ	22	11			A			A		A	A	A							A								S		
07	CC	53.010.459	YEIMMY	JOHANA	AGUIRRE	RAMIREZ	41	5			A					A	A	A							A								S		
08	CC	1.022.968.265	DIANA	LORENA	SALINAS	OCHOA	22	11			A					A		A							A	A							S		
09	CC	1.116.790.978	TELMA	ISSAMAR	VELANDIA	CAMACHO	35	11			A					A		A							A	A							S		
10	CC	1.234.790.496	LAURA	VANESSA	SOTELO	PARRA	26	7		A	A					A		A							A								S		
11	CC	1.234.796.112	MAXIMILIANO		AGUILERA	FORERO	0	2				A		A			A	A								A							S		
12	RC	1.121.986.949	JUAN	CAMILO	ROJAS	RAMIREZ	0	5				A			A		A	A								A							S		
13	RC	1.029.971.571	MISHELL	JULIANA	PARRADO	PARDO	0	3				A				A	A	A								A							S		
14	RC	1.121.987.413	HELENA	VALENTINA	RODRIGUEZ	PEREZ	0	5				A				A	A	A								A							S		
15	RC	1.123.455.009	MARCELL		CIFUENTES	RODRIUEZ	0	1				A					A	A								A	A						S		
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	35		

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

Maria Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 809.143.122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5200852204
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): JANETH GARAVITO CC: 40.333.476
Código CUENTAME UDS: 500010012336 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS
Dirección UDS: CALLE 66 SUR # 44-27 PORFIA Teléfono UDS: 3187503268

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1.123.513.902	NOHORA	ALEXANDRA	CELIS	CLAVIJO	19		A	A	I			A	A			A						A											
02	CC	1.121.857.974	LEYDI	KATHERINE	RAMOS		30		A		A			A				A						I											
03	SD	25.937.324	MARIANA	CAROLINA	BRAVO	MORALES	28		A		I			A	A			A						A											
04	CC	1.121.945.299	ANGIE	CAROLINA	QUEVEDO	ALARCON	27		A					A	A			A						A											
05	CC	1.122.651.343	WENDY	TATIANA	DELGADILLO	PINILLA			I					A	I			A						I											
06	RC	1.234.796.150	ALANNA	SOFIA	PEÑA	LEDESMA		0	A	I					I			A							I										
07	CC	1.121.871.227	GINNA	PAOLA	VARGAS	GARCIA	34			A					A	A		A							A										
08	RC	1.234.796.167	ELYON	MATHIAS	LEON	FLOREZ				I					I	A		A							A										
09	CC	1.122.923.418	HEIDY	NIKOL	VARGAS	GONZALEZ	18			A					A			A					A	A											
10	PPT	5.857.255	JOSEMAR	EVELYN	PEREZ	RIVAS	26			A					I			A					A	I											
11	RC	1.029.971.642	GENESIS	JULIANA	RODRIGUEZ	PONARE		1			A				A	A		A							A										
12	CC	1.006.878.314	YAIRA	LORENA	LAVERDE	TOVAR	25				A					A		A					A		A										
13	RC	1.029.971.631	ALHAN	MATIAS	TOVAR	MUÑOZ		1			I					I		A						A		A										
14	T.I.	1.122.517.027	ERIKA	NATALY	CARDOZO	SANCHEZ	17				A					A		A							A										
15	RC	1.029.971.591	FERIT	GABRIEL	ALVAREZ	CASARRUBIA		2			A					A		A							A										
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																			TOTAL		

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

COORDINADOR(A) EA

Janeth Garavito
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 800.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5090052024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MARIA DORIS CASTAÑEDA PAVA CC: 40415143
Código CUENTAME UDS: 5000100122323 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVIENDO MI FUTURO
Dirección UDS: CALLE 62 #44-21 Teléfono UDS: 3102932848

Hoja 1 de 1

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																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	1.234.795.945	AUSTIN	DAVID	RUIZ	SOSSA	0	6			A					A	A								A	A							5		
02	CC	1.006.775.750	ERIKA	PATRICIA	ESCOBAR	AVILA	36	7	I						I		A						A	A									3	2	
03	RC	1.234.796.128	JUAN	DAVID	GUERRA	LEAL	0	1		A	A					A	A							A									4		
04	RC	1.121.987.202	TEO	ALEJANDRO	MARTINEZ	MIRANDA	0	3			A					A	A						A		A								4		
05	RC	1.234.796.127	EMMANUEL	GONZALO	QUIJANO	PEREZ	0	1	A	A					I		A							A									3	1	
06	CC	1.006.859.519	ANA	MILENA	PEDRAZA	GUERRERO	22	3		I																								1	
07	CC	1.121.880.454	ANGIE	MILADIS	ATILANO	BARRAGAN	33	7		A						A	A								A	A							4		
08	RC	1.029.971.564	ASHLY	ISABELL	GARCIA	DIAZ	0	2			I					A	A									A							3	1	
09	CC	1.234.788.708	PAULA	ANDREA	FONSECA	ACERO	27	6	A						A		A							A									3	1	
10	CC	1.121.929.018	LINA	MARIA	PARRADO	HERRERA	29	6	A						A		A							I		A							3	1	
11	CC	1.007.449.170	LEIDY	KATERINE	GAITAN	HERRERA	24	0		A						I	A							A	I								2	2	
12	CC	1.234.789.447	ELIANA	YISETH	ROMERO	MOLINA	27	5		A						A	A						A	A									4		
13	RC	1.122.543.866	DULCE	MARÍA	PARRADO	ISAZA	0	2			A					A	A									A							4		
14	RC	1.123.824.771	DANNA	ISABEL	TORRES	MONTILLA	0	3	A	A						A	A									A							4		
15	CC	1.006.824.537	YURY	YOLERSY	ORTIZ	BOHORQUEZ	22	7	A					A	A		A							I									3	1	
16			NEILA	ANALY	CORDERO	PEDRAZA	0	0								I	A								I	A							1	2	
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

Maria Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Maria Doris Castañeda P.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3 — IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI — Hoja 1 de 1

NIT: 860.143.122-6 — NÚMERO DE CONTRATO: 50006522024 — Regional: META — Centro Zonal: UNO — Municipio: VILLAVICENCIO

MES: ABRIL — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a): ANA LEONOR GUERRERO — CC: 40393773

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA — Código CUENTAME UDS: 5000100000804 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: AMIGUITOS DEL FUTURO

SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B TRADICIONAL — Dirección UDS: CALLE 63 # 44 -34 PORFIA — Teléfono UDS: 3142844481

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO/USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, 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: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	INASISTENCIAS	ASISTENCIAS	
1	RC	1121978569	ISABELLA		RUIZ	SANTIAGO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
2	RC	1234794949	SAMIRA	SARAY	ROJAS	MERCHAN	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
3	RC	1121149765	JOSEF	FELIPE	GALLO	GIL	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	I							/	/	/	/	/	/	/	/		8	1	
4	RC	1121983005	HELEN	SALOME	CUBILLOS	PIÑEROS	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A		17		
5	RC	1050462793	ANDRES	YESITH	CORDERO	PEDRAZA	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A		17		
6	RC	1027545220	MARIA	JOSE	RIVERA	HERRERA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	I							A	A	A	A	A	A	A	A		16	1	
7	RC	1121978130	ERIK	MATIAS	BONILLA	QUINTERO	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	I							A	A	A	A	A	A	A	I		15	2	
8	RC	1234794244	FLOR	ISABELLA	VARGAS	PEDRAZA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A		17		
9	RC	1122148440	KIMA	NAIHARA	ROJAS	CARABALI	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	I	A	A		16	1	
10	RC	1234793911	DILAN	SANTIAGO	FUENTES	GUARNIZO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A		17		
11	RC	1234794772	DEYNER	ANDRES	ORDOÑEZ	TURRIAGO	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A		17		
12	RC	1122943500	SARA	SOFIA	ROMERO	BENITEZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	I	A	A	A	A	I	A		15	2	
13	RC	1123822710	KARIM	GAEL	HERRERA	TORRES	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A	A		17		
14		1234794492	ELIHAN	ALEXANDER	GUZMAN	VASQUEZ	3	6	/	/	/	/	/	/	/	/	/							A	A	A	A	A	A	A	I		7	1	
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 213 + 8 = 221

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Leonor Guerrero 40393773
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	1/08/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000022024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YULY OXIRIS ROJASSERNA CC: 1121827858
Codigo CUENTAME UDS: 5003100012219 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DESCUBRIENDO EL MUNDO
Dirección UDS: CLL 65 SUR # 42-15 PORFIA Teléfono UDS: 3 1 0 8 5 5 5 3 6 3

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1234794555	YINETH	AITANA	VILLANUEVA	BONILLA	4	1		17		
02	RC	1234795068	SARA	CATALINA	GIL	LOPEZ	2	5		17		
03	RC	1122541033	KEYLER	MATHIAS	PULGARIN	SIERRA	3	9		17		
04	RC	1234794199	MAILYN	YELIANA	GONZALEZ	LOMBANA	3	9		17		
05	RC	1122539899	YOIMY	YARETNE	VILLADA	FRANCO	4	7		17		
06	RC	1122542248	NOAH	ELIAM	GARAVITO	CASALLAS	2	7		16	1	
07	RC	1121982089	INGRID	VANESSA	ESTAPER	MADRIGAL	2	2		16	1	
08	RC	1234794143	OSCAR	DAVID	YEPES	PARRA	3	11		17		
09	RC	1234794552	LAUREN	VALENTINA	GONZALES	VELEZ	3	4		17		
10	RC	1234795047	ANGREL	MATHIAS	TORRES	CUBILLOOS	2	4		17		
11	RC	1234794123	PAULA	ALEJANDRA	SUAREZ	TORRES	3	6		16	1	
12	RC	1123820236	IKER	FABIAN	BORDA	HERREÑO	4	6		16	1	
13	RC	1234795404	ARON	STEVENS	GARZON	ARIZA	1	9		15	2	
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	15	6	

Verificación De Cobertura

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/05/2023
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000622024
MES: ABRIL 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SUSANA LEYDANI MARTIN DIAZ CC 1 1 2 1 8 6 3 7 1 5
Código CUENTAME UDS: 5000100122340 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL HOGAR PIOLIN
Dirección UDS: SUPER MANZA 6 MANZANA 3 CASA 26 ETAPA 5 Teléfono UDS: ## 3 1 3 4 6 9 8 2 7 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: 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	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	
01	RC	1122943251	AURA	CELESTE	MINA	RODRIGUEZ	3	8																							16		
02	RC	1123820495	DULCE	MARIA	CASTRO	BARBOSA	4	6																							15	1	
03	RC	1243760739	HANNA	VALENTINA	ASCANIO	LOPEZ	3	9																							16		
04	RC	1234793840	JORDAN	ESTIVEN	SANCHEZ	PARRADO	4	6																							16		
05	RC	1123820823	MARTINA		MURILLO	OME	4	2																							16		
06	RC	1123821335	MAYELA	VICTORIA	CARO	CASTRO	3	7																							15	1	
07	RC	1121977337	MIA	ANTONELLA	BEJARANO	CASTRO	3	11																							15	1	
08	RC	1027543474	MIA	VALENTINA	RODRIGUEZ	LOZANO	4	4																							15	1	
09	RC	1243763073	EMANUEL		QUIROZ	MUÑOZ	2	10																							16		
10	RC	1243763072	MISAEL		QUIROZ	MUÑOZ	2	10																							16		
11	RC	1234795160	NOAH	GABRIEL	RODRIGUEZ	MARTIN	2	3																							16		
12	RC	1234795115	AARON	EMANUEL	RODRIGUEZ	PESCADOR	2	4																							16		
13	RC	1122540971	THIAGO	FELIPE	NARVARZ	CARDENAS	4	0																							15	1	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
																															TOTAL	203	5	

Verificación De Cobertura

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

SUSANA LEYDANI MARTIN DIAZ
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

OK

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000632024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): PAOLA ANDREA MORALES CC: 1121871136
Código CUENTAME UDS: 5000100132057 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL RINCON DE PIOLIN
Dirección UDS: CALLE 68 SUR #41-12 Teléfono UDS: 3112526206

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	1122540194	WILL	EMILIANO	MORALES	ROMERO	4	6	A A A A A A A A A A / I A A A I A A A		15	2	
02	RC	1122942789	CALED		LOZADA	SIERRA	4	1	A A A A A A A A A A / I A A A A A A A		16	1	
03	RC	1234794791	DARWIN	AQUILISKEIN	LOPEZ	MURCIA	3		A A A A A A A A A A / I A A A A A A A		16	1	
04	RC	1234793879	ANTHONY	JOSE	CONTRERAS	RABELO	4	4	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
05	RC	1029970323	ADHARA	MARIA	DIAZ	AGUILAR	2	6	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
06	RC	1234794776	VAYOLET	ARIANA	CARVAJAL	SOLANO	3		A A A A A A A A A A / I A A A A A A A		16	1	
07	RC	1121976011	MAHIA	ANTONELLA	MORENO	MORALES	4	3	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
08	RC	1029969779	ANNY	SOFIA	SALGUERO	JIMENEZ	3	11	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
09	RC	1234794134	MARIAM	RACHEL	LOPEZ	CERON	4		A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
10	RC	1234795003	MAXIMILIANO		BUITRAGO	DIOSA	2	7	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
11	RC	1122540692	ISABELLA	MARIA	RONCANCIO	GUTIERREZ	4	2	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
12	RC	1121977229	ERICK	SAMUEL	MADRID	BEJARANO	3	10	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
13	RC	1121981540	JERONIMO		MADRID	BEJARANO	2	6	A A A A A A A A A A / A A A A A A A		17		
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	216	5

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

María cristina perez
COORDINADOR(A) EA

Paola Andrea Morales
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/06/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

NIT: 800 143 122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006522024

MES: ABRIL AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI

Hoja 1 de 1

Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): BLANCA YANETH BONILLA cc: 40437362

Código CUENTAME UDS: 5000100000676 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PITUFINES

Dirección UDS: CALLE 61 # 44 - 93 PORFIA Teléfono UDS: 3142865492

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	
1	RC	1.234.794.361	SHAROL	SOFIA	IBARGUEN	LOPEZ	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A			16	1	
2	RC	1.234.795.238	DILAN	SMITH	IBARGUEN	LOPEZ	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A			16	1	
3	RC	1.234.794.048	JUAN ESTEBAN	ARLEY	RODRIGUEZ	CARVAJAL	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
4	RC	1.234.794.846	MARIA	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	CARVAJAL	2	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
5	RC	1.234.793.825	DANNA	ISABELLA	RIVERA	RESTREPO	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A			16	1	
6	RC	1.121.982.662	ANNIA		TRIANA	GONZALEZ	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
7	RC	1.123.821.767	ERIK	SANTIAGO	JULA	MONTOYA	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
8	RC	1.234.794.932	DUHAN	LUIS	VILLALTA	BOLIVAR	2	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
9	RC	1.234.794.428	ARIADNA	NIKOLE	GIRALDO	LEONAS	3	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
10	RC	1.234.794.285	CARLOS	SANTIAGO	VALENCIA	CASTRO	3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
11	RC	1.121.976.984	MAXIMILIANO		MAYORGA	OJEDA	3	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
12	RC	1.234.794.818	EMMA	KAILANY	BONILLA	URREA	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A			17		
13	RC	1.234.794.833	RAMON	EDUARDO	NAVAS	RIOS	2	11		A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	I	A			16	1	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 29 4

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES S
NIT: 800.143.172-8 | NÚMERO DE CONTRATO: 9999652024
MES: ABRIL | AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META | Centro Zonal: UNO | Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DIANA CAROLINA CHINGATE MONTAÑEZ | CC: 40325360
Codigo CUENTAME UDS: 500010000706 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PITUFOS 1
Dirección UDS: CALLE 55 SUR #3-21 PORFIA | Teléfono UDS: 3 2 0 4 6 5 2 7 6 2

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1234795268	IAN	NICOLAS	SANCHEZ	GONZALEZ	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
02	RC	1029970351	LESLIE	DAILYN	BELTRAN	LOSADA	2	05	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
03	RC	1121980544	MATIAS		LINARES	ARENAS	2	09	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
04	RC	1123453208	LIAM	SAMUEL	ROMERO	MARTINEZ	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
05	RC	1029969895	IAN	JOEL	VENEGAS	PEÑA	3	08	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
06	RC	1124837638	DENISSE	HERNEY	MONDRAGON	NUÑEZ	3	10	A A A A I A A A A A A A A A A A A A A A	16	1	
07	RC	1234794260	APRIl JOHANNA	ROCIO	OROZCO	TORRES	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
08	RC	1121976026	MULLER	JOAO	RODRIGUEZ	DIAZ	4	04	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
09	RC	1123451978	YHAN	EDUARDO	UZURUAGA	GAITAN	4	06	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
10	RC	1121975426	ANTONIO	ALEXANDER	UZURIAGA	CUERVO	4	03	A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A	16	1	
11	RC	1121975522	BREINER	YESID	MORALES	GAITAN	4	05	A A A A A A A A A \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	9		
12	RC	1234793735	MATHIAS	FELIPE	GOMEZ	VELASQUEZ	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
13	RC	1123451781	SOWY	VALENTINA	ALZATE	BELTRAN	4	09	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	17		
14	RC	1234794394	maddy	zahyli	Granados	castañeda	3	08	A A A A A I	7		
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 218 2

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Diana Chingaté
RESPONSABLE DE GRUPO

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: ASOCIACION PORFIA TRES
NIT: 8001431224-5 NUMERO DE CONTRATO: 5000852024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HBC TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: TIEMPO COMPLETO

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): JESSICA FAJARDO CC 1008877058
Codigo CUENTAME UDS: 5000100000825 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS PITUFOS 2
Dirección UDS: CARRERA 74 SUR #41-13 BARRIO PORFIA Teléfono UDS: 3203715192
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	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	1234795390	DANNA	SOFIA	NIÑO	CASTRILLON	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
02	RC	1121981518	IAN	ZAID	PEREZ	PRADA	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
03	RC	1234795060	EVELIN	MARIA	GONZALES	MORALES	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
04	RC	1234795058	BRIANNA	ANTHONELLA	HINCAPIE	MARTINEZ	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
05	RC	1234793926	VALERY	SAMARA	FORERO	CUESTA	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
06	RC	1121980799	GAEL	MARTIN	OROZCO	RAMIREZ	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
07	RC	1234795538	KYLIAN	ALEXANDER	FAJARDO	LIZCANO	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
08	RC	1234795206	EMELYN	SOFIA	BUITRAGO	CASTRO	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
09	RC	1121978173	JUAN	FELIPE	YUDEX	DUCUARA	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
10	RC	1234793683	LIAM	SMITH	SUAZA	ACONCHA	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
11	RC	1070632474	DAVID	CAMILO	MELO	SAENZ	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
12	RC	1071304859	ESTIC	SANTIAGO	LESMES	GUTIERREZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
13	RC	1234794719	ANGEL	DAVID	LAVADO	GUTIERREZ	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 221

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Jessica Fajardo
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

CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6MO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000652201 5000652004
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MARGARITA PARRA CC 4 0 3 : 6 6 3 5
Código CUENTAME UDS: 5000100000668 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS SUPER AMIGOS
Dirección UDS: MZ 25 CASA 7 Teléfono UDS:

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, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.234.794.556	LINDA	DAIAN	CARRILLO	GOMEZ	3	5		19		
02	RC	1.233.925.594	DAYSI	SOFIA	AYALA	ROJAS	2	9		9		
03	RC	1.234.794.444	SHALOTTE		CORTES	BARACALDO	3	7		17		
04	RC	1.234.794.440	CAROL	CELESTE	CUEVAS	HERRERA	3	7		17		
05	RC	1.123.453.670	LAURENTH	ADHARA	GARCIA	GALLO	2	6		17		
06	RC	1.121.981.314	MARIA	CELESTE	DUEÑAS	GARAVITO	2	6		17		
07	RC	1.123.821.186	ALISSON	ELAINE	GONZALEZ	ARIZA	3	9		17		
08	RC	1.234.794.447	JOSHEP	DAANIEL	HURTADO	GARZON	3	7		9		
09	RC	1.206.229.479	EIMMY	CELESTE	ROJAS	FORERO	1	8		13		
10	RC	1.234.794.137	ESTEFANIA		RAMIERZ	LEIVA	4	1		17		
11	RC	1.121.976.764	GLORIA	CHARLOTTE	HERNANDEZ	PARRADO	4	0		17		
12	RC	1.029.970.390	DEIVI	GERARD	ORTEGA	CORTES	2	4		8		
13	RC	1.121.982.726	KARIM	ALEXANDRA	VARGAS	CLAVIJO	2	1		17		
14		1234794253	ANGELICA	SOFIA	CONTRERAS	QUIÑONEZ	3	10		6		
15		1234794888	LIAN	SAMUEL	RAMIREZ	GUARNIZO	3	10		6		
16		1234795761	DULCE	SOFIA	ORTEGA	GARAVITO	2	3		6		
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	214		

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Margarita Parra
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006522024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H.C.B TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal : UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN JULIA BUITRAGO CC_ 21234868
Código CUENTAME UDS: 50000100000702 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS TRAVIESOS
Dirección UDS: CALLE 61 SUR 44-99 PORFIA Teléfono UDS: 3112784019

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	R.C	1.234.794.617	ISABELLA		CHAVARRO	MOLINA	3	3		17		
02	R.C	1.123.820.388	SALOME		JIMENEZ	USAQUEN	4	6		17		
03	R.C	1.142.526.364	IRIS	SAMANTHA	MILLAN	AGUIRRE	3	3		17		
04	R.C	1.121.987.118	THIAGO	ALEJANDRO	RIOS	BARBOSA	1	11		16	1	
05	R.C	1.121.975.746	JHOYMAR	SAMUEL	LOPEZ	CONTRERAS	4	4		17		
06	R.C	1.120.391.537	IAN	ESTIVEN	HERNANDEZ	CRUZ	4	1		17		
07	R.C	1.234.794.869	EMANUEL	DAVID	JIMENEZ	USAQUEN	2	10		16	1	
08	R.C	1.234.794.707	JOAQUIN		ALMANZA	BELEÑO	3	2		16	1	
09	R.C	1.122.943.883	EMY	CATALEYA	PINTO	CIFUENTES	2	10		7	2	
10	R.C	1.122.540.769	ANDRU	JOEL	VANEGAS	GONZALEZ	4	1		16	1	
11	R.C	1.121.977.952	IAM	ALEXANDER	ACUÑA	ALMAO	3	8		17		
12	R.C	1.123.452.008	LUIS	ADOLFO	ARIAS	MANRIQUE	4	6		17		
13	R.C	1.234.793.855	CIELO	GISELL	ARGUELLO	MOLINA	4	4		17		
14										8		
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	217	8	

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Carmen Buitrago
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.PF	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.141.122-8 NUMERO DE CONTRATO : 5600852024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN: CC/RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): KATHERIN REY ACOSTA CC 40329584
Código CUENTAME UDS: 5000100000811 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MANITAS CREATIVAS
Dirección UDS: SM 4 MZ 14 CS 44 La Madrid V Teléfono UDS: 3134943528

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		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	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	
01	RC	1.121.978.617	MARIANGEL		BARRETO	PINTO	3	5	17	3	
02	RC	1.141.382.234	EMMANUEL		DIAZ	JIMENEZ	2	0	9	11	
03	RC	1.234.795.230	HELLEN	LUCIANA	MARTINEZ	CORONA	2	1	17	3	
04	RC	1.234.794.354	AARON	ISAAC	CALVO	MORENO	3	8	17	3	
05	RC	1.234.794.978	BIANCA	ELEANE	NARANJO	LEON	2	7	17	3	
06	RC	1.029.970.133	EMILIANO		SOTO	SANCHEZ	2	10	17	3	
07	RC	1.121.978.761	AXEL	SMITH	PEÑA	ARIAS	3	4	17	3	
08	RC	1.237.138.379	LIAMT	FERNEY	SALAS	LOSADA	2	8	17	3	
09	RC	1.234.794.302	DAILY	ALEJANDRA	GUZMAN	SOTELO	3	8	17	3	
10	RC	1.122.943.631	DULCE	MARIA	ARIAS	CASTRO	3	1	17	3	
11	RC	1.122.943.029	ELIAN	GAEL	GARZON	RUIZ	3	10	17	3	
12	RC	1.123.821.014	JHONSON	ISAAC	BELTRAN	CARRILLO	3	10	17	3	
13	RC	1.029.970.366	DYLAN	STIVEN	ALVEAR	CARO	2	3	17	3	
14		1238210625	AGATHA	VICTORIA	CASTRO	CANO	3	11	0	0	
15		1234795043	SARA	GABRIELA	GUZMAN	ESCALERO	2	6	8	0	
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL 221		

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Katherin Rey Acosta
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES ICBF
NIT: 800.143.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5000652024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: I
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): CLAUDIA MARCELA PEREZ CC: 35261578
Código CUENTAME UDS: 5000100000782 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI DULCE REFUGIO
Dirección UDS: CALLE 60 N°46-46 Teléfono UDS: 3134242198

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)																							TOTAL MES (AL)		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.122.944.348	DILAN	STEIBY	QUEVEDO	ROMERO	2	1																						17		
02	RC	1.118.205.811	ANA	VICTORIA	BEJARANO	BERMUDEZ	4	3																						17		
03	RC	1.118.206.755	VALERY	SALOME	BEJARANO	BERMUDEZ	2	5																						17		
04	RC	1.234.794.108	ZOE	SAMARA	OCAMPO	MARTINEZ	3	10																						16	1	
05	RC	1.234.794.882	EMANUEL	SANTIAGO	MEDINA	GARZON	2	9																						17		
06	RC	1.234.794.308	JAMES	ALEXIS	LARA	ROZO	3	7																						16	1	
07	RC	1.234.795.042	SARA	AURORA	LARA	QUINTERO	2	4																						16	1	
08	RC	1.234.794.156	FRANCY	ALEXANDRA	MARIN	CASTRO	3	10																						17		
09	RC	1.234.794.123	LESLY	LUCIA	BOLIVAR	CARVAJAL	3	10																						17		
10	RC	1.234.793.963	DANA	ISABELA	GALEANO	SILVA	4	2																						16	1	
11	RC	1.121.978.159	ERICK	JULIAN	MARTINEZ	HUERTAS	3	6																						16	1	
12	RC	1.025.333.190	EMANUEL	CALED	CORONEL	LIZCANO	2	5																						16	1	
13	RC	1.234.795.081	LIAM	THOMAS	CARRANZA	SALDAÑA	2	3																						16	1	
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

TOTAL 214 7

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Claudia Marcela Perez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

OK

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5003522024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ CC: 1 2 3 6 0 0 4 2 3
Código CUENTAME UDS: 5000100000657 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI SEGUNDO HOGAR
Dirección UDS: MANZANA 42 CASA 11 LA MADRID ETAPA 2 Teléfono UDS: 3 1 2 3 6 4 1 3 0 7

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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			
01	RC	1.123.822.181	ALISSON	HAIDY	CAILE	BUITRAGO	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A				
02	RC	1.122.944.556	AARON	DAVID	ARIZA	ARAMILLO	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A				
03	RC	1.121.981.266	AXEL	MATEO	DAZA	GONZALEZ	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A				
04	RC	1.121.981.046	CELESTE		DUARTE	RAMIEZ	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	I	I	A	A	I	I					
05	RC	1.234.795.545	CARLOS	DAVID	HERNANDEZ	MAMBY	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
06	RC	1.023.420.356	DOMINIC	SANTIAGO	VILLAMIZAR	CAMPO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
07	RC	1.121.976.750	EMILY	ANTONELLA	BUCHELLY	CORREA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
08	RC	1.234.794.582	KEVIN	ALEXANDER	SANTA	AMADO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
09	RC	1.029.970.049	LIAM	DANIEL	GUZMAN	CRUZ	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
10	RC	1.234.794.536	MARTIN	FELIPE	GAMBOA	PARRADO	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
11	RC	1.121.980.677	MAIKEL	STIVEN	VALENCIA	ROJAS	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	I	A	A	A	A	A					
12	RC	1.129.181.829	NOAB	JHOSUA	CARDENAS	FRANCO	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
13	RC	1.234.795.139	MABEL	ADHARA	GUZMAN	GARZON	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A					
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	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	

Maria Cristina perez
COORDINADOR(A) EA

Maria Cristina perez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

OK

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 860.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006522024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LIZ KATHERINE VALENCIA BARAHONA CC_1.119.888.855
Código CUENTAME UDS: 5000100000838 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS DULCES SUEÑOS
Dirección UDS: CLL 58SUR #43-75 Teléfono UDS: 3203389233

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	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	1.076.989.239	BRAHIAN	SANTIAGO	CUTIVA	TABARES	4	0	A	A	I	I	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
02	RC	1.234.795.181	SAMARA		VILLALOBOS	VALENZUELA	2	4	A	A	I	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			16	1	
03	RC	1.234.794.610	NICOLLE	ANDREA	HOMES	QUINTERO	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
04	RC	1.010.849.493	GUADALUPE		SANCHEZ	SANCHEZ	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
05	RC	1.243.861.267	FELIPE		SANCHEZ	SANCHEZ	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			A		
06	RC	1.123.821.927	DARA	ISABEL	ADAMES	REINOSO	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
07	RC	1.029.969.668	LUIS	FELIPE	NIEBLES	ROMERO	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
08	RC	1.234.794.327	DANNA	CELESTE	MUÑOZ	REY	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A							I	A	A	A	A	A	A			17		
09	RC	1.121.978.770	HELEN	LUCIANA	MORENO	SANCHEZ	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A							I	A	A	A	I	A	A			15	2	
10	RC	1.234.794.862	LIAM		BARBOSA	ROMERO	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A							I	A	A	A	A	A	A			A		
11	RC	1.122.542.659	NEITHAM	SMITH	PUENTES	MARIN	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
12	RC	6.780.314	JEISLYMAR	ARIENNYS	LINERO	NAVAS	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			17		
13	RC	1.234.795.426	ASHLY	ISABELA	URREGO	GARZON	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A							A	A	A	A	A	A	A			A		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	218	3	

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

Liz Katherine Valencia Barahona
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

OK

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000522026
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN CC-RC-II Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): NELIA DEL CARMEN MATALLANA Cc 51980208
Código CUENTAME UDS: 5000100000799 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS MEJORES TALENTOS
Dirección UDS: Calle 88 45 86 PORFIA Teléfono UDS: 3143282820

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	1.127.397.067	MIA	CHARLOTT	LOPEZ	FUENTES	4	7			17		
02	RC	1.122.540.175	SARA	VALENTINA	SANDOBAL	GARCIA	4	3			16	1	
03	RC	1.234.794.347	DULCE	TAMARA	MATIAS	RUIZ	3	6			17		
04	RC	1.240.691.935	YARITZA	ANDREA	HIGIRIO	VILLALOBOS	4	6			16	1	
05	RC	1.122.541.420	DULCE	XAMARA	RAMOS	GARZON	3	5			16	1	
06	RC	1.122.943.322	ALISSON	LISETH	MATEUS	PERILLA	3	3			17		
07	RC	1.121.977.411	IAN	ALEXANDRER	VEGA	ARREPICHE	3	8			17		
08	RC	1.121.975.607	JERONIMO		VARGAS	GRANADOS	4	3			17		
09	RC	1.234.794.436	BALDWIN	JOSE	PENAGOS	CIPRIAN	3	1			16	1	
10	RC	1.121.727.038	NEITAN	SANTIAGO	LOPEZ	FUENTES	2	6			16	1	
11	RC	1.122.943.851	LUIS ENRIQUE	DOMINIC	MONTES	MESA	2	8			17		
12	RC	1.234.794.097	RONALD	SANTIAGO	GARCIA	ARANDA	2	10			16	1	
13	RC	1.234.795.409	DAMON	ANTUAN	BUITRAGO	GUTIEREZ	1	7			17		
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	15	6

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

COORDINADOR(A) EA

Nelia Matallana
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	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFÍA 3
NIT: 900.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000522024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): HELEN DAYANNA GARAVITO HERNANDEZ CC: 1006675743
Código CUENTAME UDS: 5000100000779 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS AMIGUITOS
Dirección UDS: C 90B SUR 50 90 MZ 55 C 31 LA MADRID ETAPA 2 Teléfono UDS: 3219341903

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	1093436907	ZARITH	DARIANA	CHANAGA	RINCON	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
02	RC	1121979795	AILYN	SOFIA	OCHOA	ROJAS	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
03	RC	1049267444	DAVIANIS	SOFIA	DIAZ	ARRIETA	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	I	A	A	A	A		16	1	
04	RC	1029970206	ADHARA	CELESTE	ROMERO	RODRIGUEZ	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
05	RC	1121983672	ADELEY	VICTORIA	LEMUS	PALACIO	1	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
06	RC	1234794599	IAN	DAVID	PERDOMO	CARRILLO	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
07	RC	1122539774	DILAN	ANDREY	AGUILERA	FORERO	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
08	RC	1121981185	GERONIMO		GARAY	GONZALEZ	2	7	A	A	A	A		A	A	A	I	I						A	A	A	A	A	A	A	A		15	2	
09	RC	1121974454	MIGUEL	ANGEL	GARAY	GONZALEZ	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
10	RC	1121979684	LUIAN	STIVEN	LIÑAN	RODRIGUEZ	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
11	RC	1121981229	JUAN	JOSE	MONTOYA	IMBRETH	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
12	RC	1234794165	KEINNER	ANDRES	RENGIFO	DIAZ	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
13	RC	1140940062	AYLEN	MARIA	MARTINEZ	ALVAREZ	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A		17		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	218	3	

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

Hana Cristina Perez
COÓRDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

OK

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006522024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): BLANCA LILIA RUBIANO CC 39629043
Codigo CUENTAME UDS: 5000100132096 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: NIÑO JESUS
Direccion UDS: MANZANA 35 CASA 12 LA MADRID 1 ETAPA Teléfono UDS: 3115476806

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.234.794.835	JUAN	SEBASTHIAN	GUZMAN	SANCHEZ	2	11	A A A / A A A A A / A A A	11		
02	RC	1.122.540.064	YOSEF	SAMUEL	BERNAL	CORREDOR	4	7	A A A / A A A A A / A A A	11		
03	RC	1.234.793.984	EMILY	NAIARA	FLOREZ	VILLANUEVA	4	3	A A A / A A A A A / A A A	11		
04	RC	1.121.977.517	LIAM	NOAH	VELASQUEZ	REY	3	10	A A A / A A A A A / A A A	11		
05	RC	1.121.980.503	BASTIAN	ALEXIS	VELASQUEZ	RODRIGUEZ	2	9	A A A / I A A A A / A A A	10	1	
06	RC	1.234.793.856	LIAM	SAMUEL	SANABRIA	ESPINEL	4	5	A A A / A A A A A / A A A	11		
07	RC	1.122.541.203	JUAN	ISAAC	PARIAS	VARGAS	3	9	A A A / A A A A A / A A A	11		
08	RC	1.234.795.187	DOMINIC	MATHIAS	PARRADO	ESTRADA	2	3	A A A / A A A I A / A A A	10	1	
09	RC	1.123.451.753	ALAN	SANTIAGO	RIOS	VELASQUEZ	4	9	A A A / I A A A A / A A A	10	1	
10	RC	1.122.942.707	DOMINICK	SMITH	AGUDELO	HERNANDEZ	4	3	A A A / A A A A A / A A A	11		
11	RC	1.122.147.412	LIAN	ANDRES	NIETO	CASTRO	4	5	A A A / A A A A A / A A A	11		
12	RC	1.029.970.229	ADAIA		RODRIGUEZ	PIEDRAHITA	2	8	A A A / I A A A A / A A A	10	1	
13	RC	1.120.847.808	JAYDEN	ANDRES	MURCIA	GALLEGO	1	10	A A A / A A A A A / A A A	11		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	139	4	

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

María Cristina Perez
COORDINADOR(A) EA

BLANCA RUBIANO
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

OK

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000602024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): MARIA ISAURA MONROY P CC40410286
Código CUENTAME UDS: 5000100000677 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PEC pequeños gigantes
Dirección UDS: mz 59 casa 18 Teléfono UDS: 3114540516

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																														TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																																
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA												ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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	1234794724	MAYLIN		PEÑA	JARAMILLO	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										17		
02	RC	1.121.980.903	EVELYN	ADHARA	LUNA	SANCHEZ	2	8	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A						A	I	A	A	A	A	A										14	3	
03	RC	1.121.981.645	LIAM	ANDRES	MEDINA	MORENO	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										17		
04	RC	1.234.794.874	LIAM	SANTIAGO	CASTRO	SAENZ	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	I	A	A										15	2	
05	RC	1123453342	KAROL	LUCIA	FERNANDEZ	SILVA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A	A	A										16	1	
06	RC	1234793770	SHARLOTTE	MAIA	ESPINOZA	ZAPATA	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	I	A	A	A	A	I										15		
07	RC	1121977165	LUCIANA		BARRAGAN	LEAL	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										17		
08	RC	1121981352	EMILIANO	ALEXANDER	FARFAN	VARGAS	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										17		
09	RC	1234795018	EIMY	LUCIANA	ASPRILLA	PULGARIN	2	7	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										15	2	
10	RC	1121980062	JHOAN	SANTIAGO	RIVEROS	PEREZ	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										17		
11	RC	1121979702	ELIZABETH	ALEXANDRA	CORTES	CACERES	3	0	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	I	A	A										15	2	
12	RC	1121983389	THIAGO	JOEL	ESPAÑA	BUENO	2	0	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A										16	1	
13	RC	1119950296	HELLEN	MARIEL	CASTILLO	ARIZA	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I						A	A	A	A	A	A	A										16	1	
14																																									
15																																									
16																																									
17																																									
18																																									
19																																									
20																																									

TOTAL 209 13

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

Maria Isaura Monroy Pracia
RESPONSABLE DE GRUPO

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: ASOCIACION PORFIA TRES
NIT: 800143122-8 NUMERO DE CONTRATO: 5000552024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIX HBC TRADICIONAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: TIEMPO COMPLETO

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA MATEUS CC 40' 89639
5000100132076 00 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PRINCIPITO FELIZ
Dirección UDS: CALLE 74 SUR #41-88 BARRIO PORFIA Teléfono UDS: 3209165325

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	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	1234793704	JHOJAN	ELIECER	MOLINA	CESPEDES	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
02	RC	1096260734	EMILY	LUCIANA	ALEAN	SANCHEZ	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
03	RC	1029970191	THIAGO	DAMIAN	PARRA	PALENCIA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
04	RC	1234794371	ERIK	MATIAS	HUEPE	MOTA	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
05	RC	1234793841	DANNA	LUCIANA	MEDINA	GIRALDO	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
06	RC	1029969980	MARTIN	ESTEBAN	PACHECO	CEDEÑO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
07	RC	1234794908	ANGEL	DANIEL	RODRIGUEZ	VELIZ	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
08	RC	1234794208	LIAM	MATTIAS	MONTERO	PARRADO	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
09	RC	1234795106	AXEL	JOEL	FAJARDO	CASTRILLON	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
10	RC	1234794363	ADRIAN	SANTIAGO	BAQUERO	CASTRO	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	17		
11	RC	1234794605	EMMANUEL		MANRIQUE	URREA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	I	I	I			14	3	
12	RC	1121982513	THIAGO	YOHEL	PEDROZA	SEGOVIA	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			17		
13	RC	1068977739	LIAM	STIVEN	LONDOÑO	ALEAN	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						A	A	A	A	A	A	A	A			17		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 218

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Sandra Mateus.
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.

CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL:	META	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	50010010058	MES DE CONSUMO:	ADICIONAL MARZ 2025
CENTRO ZONAL:	VILLAVICENCIO UNO	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	HCB PORFIA 3		
MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:	DIANA CAROLINA CHINGATE	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA:	MARIA CRISTINA PEREZ
MODALIDAD:	PROPIA E INTERCULTURAL	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CALLE 55 * 43 - 21	BARRIO: PORFIA	TELÉFONO:
VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes: Bienestarina Más®	Mes: Bienestarina® Líquida		Mes: Alimento MG y ML	Mes: Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	SECTOR LOMA	YURY CATERINE ALDANA AGUDELO	CC	1006695729	27/03/2025	2106025	19							YURY CATERINE ALDANA AGUDELO	CC	1006695729	
2		X	SECTOR LOMA	NURY YOBELIS CARDENAS SALINAS	CC	1006856743	27/03/2025	2106025	19							NURY YOBELIS CARDENAS SALINAS	CC	1006856743	
3		X	ESCUELA JORGE ELIECER GAITAN	SANDRA LILIANA ANGULO PERAFAN	CC	1083872749	27/03/2025	2106025	19							SANDRA LILIANA ANGULO PERAFAN	CC	1083872749	
4		X	ESCUELA JORGE ELIECER GAITAN	LUZ YICELA GARZON JIMENEZ	CC	1.118.56.899	27/03/2025	2106025	19							LUZ YICELA GARZON JIMENEZ	CC	1.118.56.899	
5		X	ESCUELA JORGE ELIECER GAITAN	YISETH JOHANA GARZON JIMENEZ	CC	1118556437	27/03/2025	2106025	19							YISETH JOHANA GARZON JIMENEZ	CC	1118556437	
6		X	PUERTO ALVIRA	MAYRA ALEJANDRA RIVEROS GUZMAN	CC	1234789755	27/03/2025	2106025	21							MAYRA ALEJANDRA RIVEROS GUZMAN	CC	1234789755	
7		X	PUERTO ALVIRA	YESSICA PAOLA BOHORQUEZ GUZMAN	CC	1006835756	27/03/2025	2106025	21							YESSICA PAOLA BOHORQUEZ GUZMAN	CC	1006835756	
8		X	PUERTO ALVIRA	RODOLFO ANDRES RODRIGUEZ HOYOS	CC	1120474149	27/03/2025	2106025	21							RODOLFO ANDRES RODRIGUEZ HOYOS	CC	1120474149	

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más*		Bienestarina* Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
9		X	PUERTO ALVIRA	PAOLA ANDREA ARIAS BOORQUEZ	CC	1006875737	27/03/2025	21060325	23							PAOLA ANDREA ARIAS BOORQUEZ	CC	1006875737	PAOLA ARIAS
10		X	PUERTO ALVIRA	OVIDIO CARDENAS PIÑEROS	CC	1120473611	27/03/2025	21060325	23							OVIDIO CARDENAS PIÑEROS	CC	1120473611	Ovidio
11		X	OLVIDO	MONICA MARCELA RUEDA MORENO	CC	1123064384	27/03/2025	21060325	20							MONICA MARCELA RUEDA MORENO	CC	1123064384	
12		X	BETANIA	YIMI ALBEIRO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CC	1120472116	27/03/2025	21060325	19							YIMI ALBEIRO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CC	1120472116	firma podrigo
13		X	COROCITO	FABIAN CARIVAN RODRIGUEZ	CC	1006696012	27/03/2025	21060325	19							FABIAN CARIVAN RODRIGUEZ	CC	1006696012	Fabian Carivan
14		X	COOPERATIVA	YESICA LORENA AVILA GUZMAN	CC	1122135423	27/03/2025	21060325	22							YESICA LORENA AVILA GUZMAN	CC	1122135423	Jessica Avila
15																			
16																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: _____

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: _____

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

REGIONAL: META | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: _____ 50010010063 | MES DE CONSUMO: FEBRERO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL:	META	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	50010010058	MES DE CONSUMO:	ABRIL		2025
CENTRO ZONAL:	VILLAVICENCIO UNO	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	HCB PORFIA 3				
MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:	DIANA CAROLINA CHONGATE	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA:	MARIA CRISTINA PEREZ		
MODALIDAD:	PROPIA E INTERCULTURAL	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CALLE 55 * 43 - 21	BARRIO:	PORFIA	TELÉFONO:	
VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes: Bienestarina Más®		Mes: Bienestarina® Líquida		Mes: Alimento MG y ML		Mes: Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	SECTOR LOMA	YURY CATERINE ALDANA AGUDELO	CC	1006695729	27/03/2025	2106025	19							YURY CATERINE ALDANA AGUDELO	CC	1006695729	
2		X	SECTOR LOMA	NURY YOBELIS CARDENAS SALINAS	CC	1006856743	27/03/2025	2106025	19							NURY YOBELIS CARDENAS SALINAS	CC	1006856743	
3		X	ESCUELA JORGE ELIECER GAITAN	SANDRA LILIANA ANGULO PERAFAN	CC	1083872749	27/03/2025	2106025	19							SANDRA LILIANA ANGULO PERAFAN	CC	1083872749	
4		X	ESCUELA JORGE ELIECER GAITAN	LUZ YICELA GARZON JIMENEZ	CC	1.118.56.899	27/03/2025	2106025	19							LUZ YICELA GARZON JIMENEZ	CC	1.118.56.899	
5		X	ESCUELA JORGE ELIECER GAITAN	YISETH JOHANA GARZON JIMENEZ	CC	1118550437	27/03/2025	2106025	19							YISETH JOHANA GARZON JIMENEZ	CC	1118550437	
6		X	PUERTO ALVIRA	MAYRA ALEJANDRA RIVEROS GUZMAN	CC	1234789755	27/03/2025	2106025	21							MAYRA ALEJANDRA RIVEROS GUZMAN	CC	1234789755	
7		X	PUERTO ALVIRA	YESSICA PAOLA BOHORQUEZ GUZMAN	CC	1006835756	27/03/2025	2106025	21							YESSICA PAOLA BOHORQUEZ GUZMAN	CC	1006835756	
8		X	PUERTO ALVIRA	RODOLFO ANDRES RODRIGUEZ HOYOS	CC	1120474149	27/03/2025	2106025	21							RODOLFO ANDRES RODRIGUEZ HOYOS	CC	1120474149	

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

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

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

Powered by CamScanner

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más*		Bienestarina* Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVH		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
9		X	PUERTO ALVIRA	PAOLA ANDREA ARIAS BOORQUEZ	CC	1006875737	27/03/2025	2106025	21							PAOLA ANDREA ARIAS BOORQUEZ	CC	1006875737	PAOLA ARIAS
10		X	PUERTO ALVIRA	OVIDIO CARDENAS PIÑEROS	CC	1120473611	27/03/2025	2106025	21							OVIDIO CARDENAS PIÑEROS	CC	1120473611	Ovidio
11		X	OLVIDO	MONICA MARCELA RUEDA MORENO	CC	1123084384	27/03/2025	2106025	20							MONICA MARCELA RUEDA MORENO	CC	1123084384	
12		X	BETANIA	YIMI ALBEIRO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CC	1120472116	27/03/2025	2106025	19							YIMI ALBEIRO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CC	1120472116	
13		X	COROCITO	FABIAN CARIVAN RODRIGUEZ	CC	1006696012	27/03/2025	2106025	19							FABIAN CARIVAN RODRIGUEZ	CC	1006696012	
14		X	COOPERATIVA	YESICA LORENA AVILA GUZMAN	CC	1122135423	27/03/2025	2106025	22							YESICA LORENA AVILA GUZMAN	CC	1122135423	Jesica Avila
15																			
16																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: _____

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: _____

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

REGIONAL: META CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: 50010010053 MES DE CONSUMO: FEBRERO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL:	META	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	50010010058	MES DE CONSUMO:	ABRIL 2025
CENTRO ZONAL:	CZ - ZONAL UNO	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	HCB PORFIA TRES		
MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:	DIANA CAROLINA CHINGATE	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA:	
MODALIDAD:	BIENVENIR	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CALLE 55 * 43 - 21	BARRIO:	TELÉFONO:

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:
	Bienestarina Más®	Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN	

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	PEQUEÑO ANGEITO	MARIA ELENA HERNANDEZ FURQUE	CC	40219526	4/03/2025	2106172	15							MARIA ELENA HERNANDEZ FURQUE	CC	40219526	
2		X	LOS CHIQUITINES	MARIEA ELISA CHAPARRO HOLGUIN	CC	24230159	4/03/2025	2106172	15							MARIEA ELISA CHAPARRO HOLGUIN	CC	24230159	
3		X	VIVIENDO MI FUTURO	MARIA DORIS CASTAÑEDA PAVA	CC	40415143	4/03/2025	2106172	15							MARIA DORIS CASTAÑEDA	CC	40415143	
4		X	MIS PRIMEROS PASOS	NINFA JANNETH GARAVITO GIL	CC	40333476	4/03/2025	2106172	15							NINFA JANNETH GARAVITO GIL	CC	40333476	
5		X	MI MUNDO MAGICO	MONICA IONDONO VIIIIEGAS	CC	40326908	4/03/2025	2106172	15							MONICA IONDONO VIIIIEGAS	CC	40326908	
6																			
7																			
8																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: Diana Chingate Montañez

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: 40325360

0

Antes+L2+A2:T48+A1:T48

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 ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL: META
CENTRO ZONAL: CZ VIIIAVICENCIO UNO
MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
MODALIDAD: TRADICIONAL

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: 50010010058
NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: HCB PORFIA 3
RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: DIANA CAROLINA CHINGATE
DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: CALLE 55 * 43 - 21

MES DE CONSUMO: ABRIL 2025
SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA:
BARRIO: PORFIA
TELÉFONO:

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN
Mes:
Bienestarina Más®
Mes:
Bienestarina® Liquida
Mes:
Alimento MG y ML
Mes:
Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	MIS PRIMEROS AMIGUITOS	HEIEN DAYANNA GARAVITO	CC	1006875743	4/03/2025	2106172	13							HEIEN DAYANNA GARAVITO	CC	1006875743	
2		X	EL RINCON DE PIOLIN	PAOLA ANDREA MORALES ALONSO	CC	1121871138	4/03/2025	2106172	13							PAOLA ANDREA MORALES ALONSO	CC	1121871138	
3		X	DESCUBRIENDO EL MUNDO	YULI OXIRIS ROJAS SERNA	CC	1121827058	4/03/2025	2106172	13							YULI OXIRIS ROJAS SERNA	CC	1121827058	
4		X	IOS PITUFOS 2	JESSICA PAOLA FARJARDO CATRIION	CC	1006877058	4/03/2025	2106172	13							JESSICA PAOLA FARJARDO CATRIION	CC	1006877058	
5		X	MIS MEJORES TALENTOS	NEILA DEL CARMEN MATAYANA	CC	51988208	4/03/2025	2106172	13							NEILA DEL CARMEN MATAYANA	CC	51988208	
6		X	PEQUEÑOS GIGANTES	MARIA ISAURA MONROY PIRACON	CC	40410286	4/03/2025	2106172	13							MARIA ISAURA MONROY PIRACON	CC	40410286	
7		X	PRINCIPITO FEIZ	SANDRA MILENA MATEUS MONTERO	CC	40189639	4/03/2025	2106172	13							SANDRA MILENA MATEUS MONTERO	CC	40189639	
8		X	NIÑO JESUS	BLANCA LILIA RUBIANO CASTAÑEDA	CC	39629043	4/03/2025	2106172	13							BLANCA LILIA RUBIANO CASTAÑEDA	CC	39629043	

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: Diana Carolina Chingate M.
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: CC 40325360

F

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 ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				ENTREGA (DD/MM/AAAA)	Bienestarina Más®		Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			EL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
9		X	MI SEGUNDO HOGAR	MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ	CC	23800423	4/03/2025	2106172	13							MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ	CC	23800423	
10		X	AMIGUITOS DEL FUTURO	ANA LEONOR GUERRERO RODRIGUEZ	CC	40393773	4/03/2025	2106172	13							ANA LEONOR GUERRERO RODRIGUEZ	CC	40393773	
11		X	LOS SUPER AMIGOS	MARGARITA PARRA ROJAS	CC	40326635	4/03/2025	2106172	13							MARGARITA PARRA ROJAS	CC	40326635	
12		X	MI DULCE REFUGIO	CLAUDIA MARCELA PEREZ CRUZ	CC	35261578	4/03/2025	2106172	13							CLAUDIA MARCELA PEREZ CRUZ	CC	35261578	
13		X	LOS TRAVIESOS	CARMEN JULIA BUITRAGO DE BONILLA	CC	21234868	4/03/2025	2106172	13							CARMEN JULIA BUITRAGO DE BONILLA	CC	21234868	
14		X	LOS PITUFINES	BLANCA YANETH BONILLA BUITRAGO	CC	40437362	4/03/2025	2106172	13							BLANCA YANETH BONILLA BUITRAGO	CC	40437362	
15		X	LOS PITUFOS 1	DIANA CAROLINA CHINGATE MONTAÑEZ	CC	40325360	4/03/2025	2106172	13							DIANA CAROLINA CHINGATE	CC	40325360	
16		X	MI DULCES SUEÑOS	KATHERINE VALENCIA BARAHONA	CC	1119888855	4/03/2025	2106172	13							KATHERINE VALENCIA BARAHONA	CC	1119888855	
17		X	MANITAS CRETIVAS	KATHERIN REY ACOSTA	CC	40329584	4/03/2025	2106172	13							KATHERIN REY COSTA	CC	40329584	
18		X	HOGAR PIOIIN	SUSANA IEYDANI MARTIN DIAZ	CC	1121863715	4/03/2025	2106172	13							SUSANA IEYDANI MARTIN DIAZ	CC	1121863715	
19																			
20																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Diana Chingate
CC 40'325.360

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

Versión 3
1 de 1
17/09/2018
Clasificación información
Clasificada

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL:	META	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	50010010058	MES DE CONSUMO:	ABRIL 2025
CENTRO ZONAL:	CZ VIIIAVICENCIO UNO	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	HCB PORFIA 3		
MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:	DIANA CAROLINA CHINGATE	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :	TELÉFONO:
MODALIDAD:	TRADICIONAL	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CALLE 55 * 43 - 21	BARRIO: PORFIA	

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:			
	Bienestarina Más®	Bienestarina® Liquida	Alimento MG y ML	Otro AAVN			

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	MIS PRIMEROS AMIGUITOS	HEIEN DAYANNA GARAVITO	CC	1006875743	31/03/2025	2106779	4							HEIEN DAYANNA GARAVITO	CC	1006875743	
2		X	EL RINCON DE PIOLIN	PAOLA ANDREA MORALES ALONSO	CC	1121871138	31/03/2025	2106779 2106172	3 1							PAOLA ANDREA MORALES ALONSO	CC	1121871138	
3		X	DESCUBRIENDO EL MUNDO	YULI OXIRIS ROJAS SERNA	CC	1121827058	31/03/2025	2106779	3							YULI OXIRIS ROJAS SERNA	CC	1121827058	
4		X	IOS PITUFOS 2	JESSICA PAOIA FARJARDO CATRIION	CC	1006877058	31/03/2025	2106172 2106779	1 3							JESSICA PAOIA FARJARDO CATRIION	CC	1006877058	
5		X	MIS MEJORES TALENTOS	NEILA DEL CARMEN MATAYANA	CC	51988208	31/03/2025	2106779	4							NEILA DEL CARMEN MATAYANA	CC	51988208	
6		X	PEQUEÑOS GIGANTES	MARIA ISAURA MONROY PIRACON	CC	40410286	31/03/2025	2106779	4							MARIA ISAURA MONROY PIRACON	CC	40410286	
7		X	PRINCIPITO FEIZ	SANDRA MIIENA MATEUS MONTERO	CC	40189639	31/03/2025	2106779	4							SANDRA MIIENA MATEUS MONTERO	CC	40189639	
8		X	NIÑO JESUS	BLANCA LILIA RUBIANO CASTAÑEDA	CC	39629043	31/03/2025	2106779	4							BLANCA LILIA RUBIANO CASTAÑEDA	CC	39629043	

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: Diana Carolina Chingate
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: CC 401325.360

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				ENTREGA (DD/MM	Bienestarina Más®		Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			EL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
9		X	MI SEGUNDO HOGAR	MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ	CC	23800423	31/03/2025	2106779	4							MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ	CC	23800423	
10		X	AMIGUITOS DEL FUTURO	ANA LEONOR GUERRERO RODRIGUEZ	CC	40393773	31/03/2025	2106779	4							ANA LEONOR GUERRERO RODRIGUEZ	CC	40393773	
11		X	LOS SUPER AMIGOS	MARGARITA PARRA ROJAS	CC	40326635	31/03/2025	2106779	4							MARGARITA PARRA ROJAS	CC	40326635	
12		X	MI DULCE REFUGIO	CLAUDIA MARCELA PEREZ CRUZ	CC	35261578	31/03/2025	2106779	4							CLAUDIA MARCELA PEREZ CRUZ	CC	35261578	
13		X	LOS TRAVIESOS	CARMEN JULIA BUITRAGO DE BONILLA	CC	21234868	31/03/2025	2106779	3							CARMEN JULIA BUITRAGO DE BONILLA	CC	21234868	
14		X	LOS PITUFINES	BLANCA YANETH BONILLA BUITRAGO	CC	40437362	31/03/2025	2106172	1							BLANCA YANETH BONILLA BUITRAGO	CC	40437362	
15		X	LOS PITUFOS 1	DIANA CAROLINA CHINGATE MONTAÑEZ	CC	40325360	31/03/2025	2106779	3							DIANA CAROLINA CHINGATE MONTAÑEZ	CC	40325360	
16		X	MI DULCES SUEÑOS	KATHERINE VALENCIA BARAHONA	CC	1119888855	31/03/2025	2106172	1							KATHERINE VALENCIA BARAHONA	CC	1119888855	
17		X	MANITAS CRETIVAS	KATHERIN REY ACOSTA	CC	40329584	31/03/2025	2106779	4							KATHERIN REY COSTA	CC	40329584	
18		X	HOGAR PIOIIN	SUSANA IEYDANI MARTIN DIAZ	CC	1121863715	31/03/2025	2106779	4							SUSANA IEYDANI MARTIN DIAZ	CC	1121863715	
19																			
20																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Diana carolina chingate
ce 40325.360

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 ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL:	META	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	50010010058	MES DE CONSUMO:	ABRIL 2025
CENTRO ZONAL:	CZ VIIIAVICENCIO UNO	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	HCB PORFIA 3		
MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:	DIANA CAROLINA CHINGATE	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :	TELÉFONO:
MODALIDAD:	BIENVENIR	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CALLE 55 * 43 - 21	BARRIO: PORFIA	
VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes: Bienestarina Màs®	Mes: Bienestarina® Liquida		Mes: Alimento MG y ML	Mes: Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Màs®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.				Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	FRESITAS	DERIY AIEXANDRA HERRERA CERQUERA	CC	40398404	31/03/2025	2106025	15							DERLI ALEXANDRA HERRERA	CC	40398404	
2		X	MI PEQUEÑA LULU	MARGARITA GARCIA BETANCOURT	CC	40388077	31/03/2025	2106025	15							MARGARITA GARCIA BETANCOURT	CC	40388077	
3		X	ALEJANDRO	ROCIO ALMANZA ROLDAN	CC	40383061	31/03/2025	2106025	3							ROCIO ALMANZA ROLDAN	CC	40383061	
4		X	MIS CORDERITOS	YINATH MARIETH CORREA ARCE	CC	40331427	31/03/2025	2106779	12							YINATH MARIETH CORREA ARCE	CC	40331427	
5		X	MANITOS ENCANTADAS	LUCILA GUERRERO FUENTES	CC	40397573	31/03/2025	2106779	15							LUCILA GUERRERO FUENTES	CC	40397573	
6		X	MIS PRIMEROS PASOS	ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA	CC	1010123206	31/03/2025	2106025	14							ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA	CC	1010123206	
7		X	MIS ANGELITOS	DIANA MARITZA RODRIGUEZ BARRERA	CC	1121894148	31/03/2025	2106779	15							DIANA MARITZA RODRIGUEZ BARRERA	CC	1121894148	
8		X	Rayito de luz	Diana morales	cc	40334274	31/03/25	2106779	15							Róana M	cc	40334274	

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: Diana Carolina chingate
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: cc 40'325.368

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

17/09/2018
Clasificación información
Clasificada

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL: META
CENTRO ZONAL: CZ VIIIAVICENCIO UNO
MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
MODALIDAD: BIENVENIR

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: 50010010058
NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: HCB PORFIA 3
RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: DIANA CAROLINA CHINGATE
DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: CALLE 55 * 43 - 21

MES DE CONSUMO: ABRIL 2025
SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :
BARRIO: PORFIA
TELÉFONO:

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN
Mes: Bienestarina Màs®
Mes: Bienestarina® Liquida
Mes: Alimento MG y ML
Mes: Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Màs®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	DULCES SUEÑOS	LILIANA CUESTAS CASIMANSI	CC	40341402	31/03/2025	2106779	15							LILIANA CUESTAS CASIMANSI	CC	40341402	
2		X	TRAVESURAS	IUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO	CC	40398006	31/03/2025	2106779	15							IUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO	CC	40398006	
3		X	MIS PRIMEROS PASOS 1	EDITH MARCELA HUARTOS DUARTE	CC	1121911281	31/03/2025	2106025	10							EDITH MARCELA HUARTOS DUARTE	CC	1121911281	
4		X	SUENOS INFANTIIES	INGRID SORANIIY CORREA RODRIGUEZ	CC	1121888969	31/03/2025	2106779	13							INGRID SORANIIY COORREA RODRIGUEZ	CC	1121888969	
5		X	MI PEQUEÑO MUNDO	CARMEN JUIIA RIVERA NAVARRO	CC	40332684	31/03/2025	2106025	5							CARMEN JUIIA RIVERA NAVARRO	CC	40332684	
6		X	MAGICO MUNDO	KARIA IISETH PEDROZA VAIIENCIA	CC	1122654901	31/03/2025	2106779	10							KARIA IISETH PEDROZA VAIIENCIA	CC	1122654901	
7		X	MIS PRIMERAS HUEIITAS	YULY YESENIA GODOY MUÑOZ	CC	1121865211	31/03/2025	2106025	15							YULY YESENIA GODOY MUÑOZ	CC	1121865211	
8		X	MI HUEIIITA	SANDRA VIVIANA VERGARA ROBIEDO	CC	40328636	31/03/2025	2106779	15							SANDRA VIVIANA VERGARA	CC	40328636	

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: Diana Carolina Chingate
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: CC 401325360

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL: META
CENTRO ZONAL: CZ VILLAVICENCIO UNO
MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
MODALIDAD: BIENVENIR
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: 50010010058
NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: HCB PORFIA TRES
RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: DIANA CAROLINA CHINGATE
DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: CALLE 55 * 43 - 21
MES DE CONSUMO: ABRIL 2025
SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :
BARRIO: PORFIA
TELÉFONO:

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN
Mes:
Bienestarina Màs®
Mes:
Bienestarina® Liquida
Mes:
Alimento MG y ML
Mes:
Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Màs®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	SEMILLITAS	ANA YEIMY CRUZ	CC	1123115067	31/03/2025	2106779	15							ANA YEIMY CRUZ	CC	1123115067	Ana Yeimy Cruz
2		X	CARITA FELIZ	LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES	CC	21185015	31/03/2025	2106779	3							LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES	CC	21185015	
3		X	LA ALEGRIA DE VIVIR	SULLY YULED GUTIERREZ RINCON	CC	1121816825	31/03/2025	2106025	17							SULLY YULED GUTIERREZ RINCON	CC	1121816825	
4		X	MIS ANGELITOS 1	DORIS SANTIAGO CASTRO	CC	20546894	31/03/2025	2106025	15							DORIS SANTIAGO CASTRO	CC	20546894	
5		X	MI PRIMERA INFANCIA	IUCEIIY CORTES CUENCA	CC	40384463	31/03/2025	2106779	6							IUCEIIY CORTES CUENCA	CC	40384463	
6		X	LA ALEGRIA	IEIDY MARCEIA CERPA MENDEZ	CC	1082837233	31/03/2025	2106779	15							IEIDY MARCEIA CERPA MENDEZ	CC	1082837233	
7		X	AVENTURAS EN PAÑALES	LUZ STELLA BALLEN CHISABA	CC	40219608	31/03/2025	2106162	14							LUZ STELLA BALLEN CHISABA	CC	40219608	
8																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Diana Carolina Chingate
CC 401325.360

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

0

0

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

Versión 3
1 de 1
17/09/2018
Clasificación información
Clasificada

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				ENTREGA (DD/MM	Bienestarina Más®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			EL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
9		X	MIS PRIMEROS PASITOS	YELIZA CALDERON ZARATE	CC	1121818202	31/03/2025	2106779	11							YELIZA CALDERON ZARATE	CC	1121818202	
								2106025	4										
10		X	EL PRINCIPITO	LUCIA MORENO CRUZ	CC	40394622	31/03/2025	2106026	14							LUCIA MORENO CRUZ	CC	40394622	
11		X	MIS PRIMERAS HUEYITAS	DAYANA GISSETH GUZMAN MORENO	CC	1121961912	31/03/2025	2106779	15							DAYANA GISSETH GUZMAN	CC	1121961912	
								2106025	9										
12		X	LAS BELLAS	YERCI MARCELA GOMEZ RIAÑO	CC	1121840163	31/03/2025	2106779	7							YERCI MARCELA GOMEZ RIAÑO	CC	1121840163	
13		X	EL AMISTOSO	MONICA MARIA ARIAS GALEANO	CC	42791273	31/03/2025	2106025	15							MONICA MARIA ARIAS GALEANO	CC	42791273	
								2106779	6										
14		X	RENACER	MARIA NOHORA RIVEROS GOMEZ	CC	40414077	31/03/2025	2106026	9							MARIA NOHORA RIVEROS	CC	40414077	
15		X	LA CASITA DE MICKEY MOUSE	LIZETH VIVIANA SANCHEZ MONROY	CC	1121891944	31/03/2025	2106779	15							LIZETH VIVIANA SANCHEZ MONROY	CC	1121891944	
16		X	DEJANDO HUELLAS	ADRIANA CRISTINA TAPIERO MALAMBO	CC	40334402	31/03/2025	2106779	4							ADRIANA CRISTINA TAPIERO	CC	40334402	
								2106025	10										
17		X	EL CARIÑOSO	CAMILA BARON LINARES	CC	40388095	31/03/2025	2106779	12							CAMILA BARON LINARES	CC	40388095	
18		X	MIS HUELLAS	NIDIA CATALINA PUENTES PEÑA	CC	40185318	31/03/2025	2106779	11							NIDIA CATALINA PUENTES PEÑA	CC	40185318	
19		X	PAYASITOS	JANETH AIVAREZ ARIAS	CC	35261550	31/03/2025	2106779	10							JANETH AIVAREZ ARIAS	CC	35261550	
								2106025	3										
20																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Diana Carolina Arenga te
CC 40325.360

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 ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				ENTREGA (DD/MM	Bienestarina Más®		Bienestarina® Líquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			EL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD	NOMBRE DEL RESPONSABLE	IPO DO	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
9		X	EL RINCÓN DE LA ALEGRIA	AURA ALICIA MORALES BECERRA	CC	40390400	31/03/2025	2106779	15							AURA ALICIA MORALES BECERRA	CC	40390400	
10		X	GOTITAS DE AMOR	ALIX ANDREA SANCHEZ GARCIA	CC	40343144	31/03/2025	2106779	15							ALIX ANDREA SANCHEZ GARCIA	CC	40343144	
11		X	HCB FAMI MANITAS CREATIVAS	DELLANETH MORERA ALONSO	CC	35263055	31/03/2025	2106779 2106025	4 11							DELLANETH MORERA ALONSO	CC	35263055	
12		X	AMOR Y ESPERARZA	MARIA AIEJANDRA SANCHEZ NAVARRO	CC	1121896077	31/03/2025	2106025	15							MARIA AIEJANDRA SANCHEZ	CC	1121896077	
13		X	LA SAGRADA FAMILIA	LUZ DARY PÁBON LEAL	CC	40392205	31/03/2025	2106779 2106025	14 1							LUZ DARY PÁBON LEAL	CC	40392205	
14		X	FAMI DEJANDO HUELLAS	SANDRA PATRICIA BELTRAN CABRERA	CC	40391193	31/03/2025	2106779	15							SANDRA PATRICIA BELTRAN	CC	40391193	
15		X	LOS GIRASOLES	LEIDY JOHANNATORRES AMAYA	CC	40334935	31/03/2025	2106779 2106025	5 9							LEIDY JOHANNATORRES AMAYA	CC	40334935	
16		X	MIS TRES ESTACIONES	NELCIN MORENO LONDONO	CC	40414332	31/03/2025	2106025	15							NELCIN MORENO LONDONO	CC	40414332	
17		X	LOS CHIQUITINES	ADRIANA NIETO CUBILLOS	CC	35261952	31/03/2025	2106779	15							ADRIANA NIETO CUBILLOS	CC	35261952	
18		X	CASITA FELIZ	YEIBY DAYANA PEDRAZA DURAN	CC	1010123169	31/03/2025	2106025 2106779	11 7							YEIBY DAYANA PEDRAZA DURAN	CC	1010123169	
19		X	CRECIENDO FELIZ	LUZ MARINA MATEUS ROLDAN	CC	40373377	31/03/2025	2106779	15							LUZ MARINA MATEUS ROLDAN	CC	40373377	
20																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Diana Carolina Chingate
CC 40 325.360

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

Gmail **Asopadreswq Carens <asopadresporfiatres@gmail.com>**

Convocatoria Asistencia Técnica a responsables de punto AAVN

2 mensajes

Ruth Ismelda Sanchez Caicedo <RuthI.Sanchez@icbf.gov.co> 11 de marzo de 2025, 11:51
Para: accioncatolicavcio <accioncatolicavcio@yahoo.es>, "jennymarce.7@gmail.com" <jennymarce.7@gmail.com>, "rossiecha12@gmail.com" <rossiecha12@gmail.com>, "comunerosaccv@gmail.com" <comunerosaccv@gmail.com>, "paolaydanna65@gmail.com" <paolaydanna65@gmail.com>, "sernad314@gmail.com" <sernad314@gmail.com>, coordinadoracdi <coordinadoracdi@cofrem.com.co>, "nutricionistacdichaparralito@cofrem.com.co" <nutricionistacdichaparralito@cofrem.com.co>, "cdi.sanantonio2024@gmail.com" <cdi.sanantonio2024@gmail.com>, "tapiasliz65@gmail.com" <tapiasliz65@gmail.com>, "Luzrojas1202@gmaill.com" <Luzrojas1202@gmaill.com>, "soniabulla-2013@hotmail.com" <soniabulla-2013@hotmail.com>, "gheinner2112@hotmail.com" <gheinner2112@hotmail.com>, "cdilanora2025@gmail.com" <cdilanora2025@gmail.com>, "yaisnergutierrez@gmail.com" <yaisnergutierrez@gmail.com>, asopadresrosalpradera <asopadresrosalpradera@gmail.com>, "jaideryjohan2019@gmail.com" <jaideryjohan2019@gmail.com>, "luzecheverry062002@gmail.com" <luzecheverry062002@gmail.com>, "tekoacorp@hotmail.com" <tekoacorp@hotmail.com>, "coordinaciontekoa2021@gmail.com" <coordinaciontekoa2021@gmail.com>, "john3143448621@gmail.com" <john3143448621@gmail.com>, "asociacionporfia12019@gmail.com" <asociacionporfia12019@gmail.com>, "sandramilenatorres1979@hotmail.com" <sandramilenatorres1979@hotmail.com>, "omacubi@gmail.com" <omacubi@gmail.com>, asopadresporfiacuatro <asopadresporfiacuatro@gmail.com>, "esperanza.ardila@gmail.com" <esperanza.ardila@gmail.com>, sofiabama02 <sofiabama02@hotmail.com>, asopadresfloresta2022 <asopadresfloresta2022@gmail.com>, "daryluzicbf@gmail.com" <daryluzicbf@gmail.com>, "ingrivalentino23@gmail.com" <ingrivalentino23@gmail.com>, asopadresporfiatres <asopadresporfiatres@gmail.com>, "karolht0783-@hotmail.com" <karolht0783-@hotmail.com>, "cp07111973@gmail.com" <cp07111973@gmail.com>, "aacvcdimantial2024@gmail.com" <aacvcdimantial2024@gmail.com>, "nadiajcruz@hotmail.es" <nadiajcruz@hotmail.es>, "deisychaparro073@gmail.com" <deisychaparro073@gmail.com>, "CDI.MADRID2024@GMAIL.COM" <CDI.MADRID2024@gmail.com>, "leonheidy.07.13@gmail.com" <leonheidy.07.13@gmail.com>, "Nopacaro76@hotmail.com" <Nopacaro76@hotmail.com>, "angela-0430@hotmail.com" <angela-0430@hotmail.com>, "COQUIJO906@GMAIL.COM" <COQUIJO906@gmail.com>, "direccionhiesperanza@gmail.com" <direccionhiesperanza@gmail.com>, "liliecheverryr@yahoo.es" <liliecheverryr@yahoo.es>, hogarinfantil20dejulio2 <hogarinfantil20dejulio2@gmail.com>, "veintedejuliohogarinfantil@gmail.com" <veintedejuliohogarinfantil@gmail.com>, malexapa1 <malexapa1@hotmail.com>, hogarinfantilrafaelpombo <hogarinfantilrafaelpombo@gmail.com>, "Sandigiron2006@yahoo.es" <Sandigiron2006@yahoo.es>, "hogarinfantilguadalajara@yahoo.es" <hogarinfantilguadalajara@yahoo.es>, "larias0402@hotmail.com" <larias0402@hotmail.com>, "cdillaneritosreliquia@gmail.com" <cdillaneritosreliquia@gmail.com>, "bernalcardozomariluz.1621@gmail.com" <bernalcardozomariluz.1621@gmail.com>, "apoyoensalud.yuliza@gmail.com" <apoyoensalud.yuliza@gmail.com>, "UTCDICUMARAL2024@GMAIL.COM" <UTCDICUMARAL2024@gmail.com>, "dianavargas0387@gmail.com" <dianavargas0387@gmail.com>, "Bejaranoyemi5@gmail.com" <Bejaranoyemi5@gmail.com>, hogarinfantilcumaral2012 <hogarinfantilcumaral2012@hotmail.com>, "Psmarinam86@gmail.com" <Psmarinam86@gmail.com>, "Rodriguezmarin148@gmail.com" <Rodriguezmarin148@gmail.com>, abigailsarmientogomez <abigailsarmientogomez@hotmail.com>, "abaunza1982@gmail.com" <abaunza1982@gmail.com>, "hogarinfantilrestrepo@gmail.com" <hogarinfantilrestrepo@gmail.com>, "sharit0303@hotmail.com" <sharit0303@hotmail.com>
Cc: Indira Rosy Morales Armenta <Indira.Morales@icbf.gov.co>, Lida Johanna Murcia Devia <Lida.Murcia@icbf.gov.co>, Marcela Isabel Mercado Tous <Marcela.MercadoT@icbf.gov.co>, Maria Fernanda Duarte Quintero <Maria.Duarte@icbf.gov.co>, Mirtha Patricia Diaz Paternina <Mirta.Diaz@icbf.gov.co>, Ana Milena Montano Montano <Ana.Montano@icbf.gov.co>, Ingrid Lorena Ramirez Arias <Ingrid.RamirezA@icbf.gov.co>, Jose Reinaldo Garzon Herrera <Jose.Garzon@icbf.gov.co>

Cordial saludo:

Me permito convocar al responsable principal del punto de AAVN y suplente a una jornada de asistencia con el fin de brindar orientaciones para el cumplimiento de los procedimientos relacionados con la programación, almacenamiento, distribución y uso de los productos de AAVN (guías, instructivos, formatos); solicitamos su comprensión frente a la invitación sobre el tiempo, pero por disposición de auditorio y con el propósito de avanzar con esta actividad para fortalecer capacidades en los responsables