RAM
TRADICIONAL
JULIO/2025

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 2 de 3

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal IQUIBDO Municipio: QUIBDO Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (e DELCIA MARIA TUNAY DUMA CC 1003969884
Código CUENTAME UDS: 27001115446
Dirección UDS: RIO NEGUA GUAMO UNO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atenci GUAMO UNO
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1128527487	SANTI	ANDRES	AMAGARA	DOGARITN	2	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
02	RC	1077486180	CHARLY	ANDRES	MANIZA	VALENCIA	5	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1077486960	SAUL	YANCA	FORASTERO	BAILARIN	4	2	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1077487092	YENI	PATRICIA	DOGARITH	SAPIA	4	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1077487827	EUCLIDES		TUNAY	FORASTERO	3	3	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1077488210	CLARA		DUMAZA	TUNAY	2	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1077488328	LUZ	ZAIDY	BAILARIN	FORASTERO	2	7	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08	RC	1077488329	YONIER	ARLEY	BAILARIN	OLEA	2	6	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
09	RC	1077488800	ENNY	SOFIA	BAILARIN	TUNAY	2	2	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
10	RC	1077488973	JHON	FREY	IVAMIA	DUMAZA	2	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
11	RC	1077488978	NORALIZA		LANA	VELASQUEZ	3	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
12	RC	1077489074	MAILE	YISETH	DOGARI	BAILARIN	2	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
13	RC	1078101772	ANGI	LICETH	DOGARI	FORASTERO	4	7	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
14	RC	1078104754	DEISON		FORASTERO	BAILARIN	2	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
15	RC	1078473079	EDILDA		IVAMIA	DUMAZA	4	0	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	210	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Delcia maria.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): JAIME VALENCIA DUMAZA CC: 1010128249
Código CUENTAME UDS: 27001115446
Dirección UDS: RIO NUEGUA, GUAMO DOS
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GUAMO DOS
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077486027	ZAIDER		DUMAZA	DUMASA	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
02	RC	1077486512	BRAYAN	STY	DUMASA	DUMAZA	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
03	RC	1077486869	DANNY	SOFIA	DUMAZA	URAGAMA	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
04	RC	1077488061	JANMER		BAILARIN	JAISABA	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
05	RC	1077488074	LEIDER		VALENCIA	BAILARIN	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
06	RC	1077488159	LUIS	ANGEL	DUMAZA	BAILARIN	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
07	RC	1077488786	SANTIAGO		DUMASA	DUMAZA	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
08	RC	1077489164	JHOJAN	ANDRES	DUMASA	DUMAZA	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
09	RC	1077489177	ANDREA	SUSANA	MEJIA	EVAO	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
10	RC	1077489796	YEI		DUMAZA	VALENCIA	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
11	RC	1078103471	NENA		VALENCIA	BAILARIN	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
12	RC	1078473178	MARIANA		BAILARIN	DUMASA	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	168	0	

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

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Jaime
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: IQUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo: BELARMINOTUNAY DUMAZA CC: 1003969883
Código CUENTAME UDS: 27001115545 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atenci: GUAMO TRES
Dirección UDS: RIO NEGUA GUAMO TRES Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077486562	YORDIN		SAPIA	MEGIA	4	4	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
02	RC	1077487782	YIRA	LILIANA	VALENCIA	LARA	3	6	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1078473929	DIDIER		LANA	FORASTERO	3	3	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1078101885	ISAN		ROJAS	BAILARIN	4	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1078101871	LEINER		DOGARITH	DUMAZA	4	11	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1077486107	YONATAN		EVAO	BAILARIN	4	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1077486670	ARLEY		VALENCIA	ZARAMA	4	3	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08	RC	1077486872	JHON	JAVIER	CHORI	DUMASA	4	2	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
09	RC	1077486947	MARIANA		BAILARIN	VISCUÑA	4	4	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
10	RC	1077487111	LUZ	ADRIANA	VALENCIA	FORASTERO	3	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
11	RC	1077488082	DANITA		MEJIA	DOGARI	2	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
12	RC	1077488388	LOENALDO		DOGARITH	DUMAZA	2	7	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
13	RC	1077489210	JAIDER		FORASTERO	GONZALEZ	2	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	182	0	

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

Irene Hinojosa M
COORDINADOR(A) EA

Belarmino
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 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	1077486218	ESTIVEN		OKI	RUIZ	4	9	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
02	RC	1077486224	JAIRO		OKI	RUIZ	4	9	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
03	RC	1077486776	YONATHAN		RIVERA	IBAMIA	4	2	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
04	RC	1077486838	YULENIS		GUARABATA	TANICAMO	4	3	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
05	RC	1077486875	NEILLY		BERRUGATE	RUIZ	4	2	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
06	RC	1077487105	DARLINTON		CONDE	QUINTERO	3	10	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
07	RC	1077487425	JENNIFER		OKI	RUIZ	3	7	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
08	RC	1077487755	CHAJUI		GUARAVATA	ANDERSON	2	11	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
09	RC	1077488243	JEIDI		TANICAMO	EBAO	2	7	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
10	RC	1077488795	JOAN	CARD LIVI	GUARAVAA	CABRERA	2	3	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
11	RC	1077488828	SANDRA	MILENA	CONDE	QUINTERO	2	3	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
12	RC	1077489521	LICINIO		OKI	RUIZ	1	11	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
13	RC	1078103118	ELMER		IBAMIA	VALENCIA	3	8	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
14	RC	1078104774	WALTAER		TANICAMO	GUARABATA	2	0	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
15	RC	1078472378	MARILIA		VALENCIA	CONDE	4	9	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
16	RC	1093543753	ARBEY		RUIZ	GUATIQUI	2	0	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
17	RC	1078104921	LUCHO		GUARABATO	TANICAMO	1	10	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
18													
19													
20													
										TOTAL	238	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Livio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 2 de 3

Clasificación de la Información: Pública

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

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

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1075028237	ARISTIDE		SINTUA	SINTUA	4	7	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
02	RC	1077486135	CARMELINA		GUARABATA	VALENCIA	4	8	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1077486527	ESTHEFANI		TANICAMO	CHORI	4	4	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1077487922	CHANIER		IBAMIA	EBAO	2	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1077487989	YUSLEIMI		DUMASA	IBAMIA	2	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1077488579	INGRI		GUARAVATA	VALENCIA	2	6	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1077488835	FRANKLIN		DUAVE	OQUI	2	5	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08	RC	1077489107	YEMILA		RUIZ	RIVERA	2	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
09	RC	1078472919	SIRLEY		DUAVE	QUERAGAMA	4	5	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
10	RC	1078473046	ALBEIRO		TANICAMO	EBAO	4	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
11	RC	1078473902	DIONEL		TANICAMO	OCHOA	3	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
12	RC	1078473980	EMMA	KAILANI	QUINTERO	CONDE	3	2	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
13	RC	1078474507	MATIAS		TUNAY	DUMASA	2	4	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
14	RC	1077489578	HERNANDO		IBAMIA	VALENCIA	1	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
15													
16													
17													
18													
19													
20													
									TOTAL		196	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

ALFredo
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.

157

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): ENILIO TAMICAMO CHARRERO CC: 1077428801
Código CUENTAME UDS: 27001115753
Dirección UDS: RIO MUNGUIDO GUADUALITO JAMPAPA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GUADUALITO JAMPAPA
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078474258	JAILER	DAVID	TANICAMO	ISAMA	2	9	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
02	RC	1077486574	YURANNY	ANDREA	TANICAMO	ISAMA	4	4	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
03	RC	1077488723	JHOUSTIN		OLEA	TAPI	2	5	A A D / A A A / A A A / A A /		14	0	
04	RC	1078473658	JOSE	ANGEL	PIPICAY	QUINTERO	3	6	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
05	RC	1078104171	HAROL		MOYA	TAMICAMO	2	9	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
06	RC	1078104550	BARNI		IBAMIA	IBAMIA	2	7	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
07	RC	1078104593	ALELISA		RUIZ	TAPI	2	6	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
08	RC	1078473414	SABRINA		DUMASA	TAMICANO	3	10	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
09	RC	1078473812	LUZ	NALI	TAPI	VALENCIA	3	11	A A A / A A A / A A A / A A /		14	0	
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	126	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

enilio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): FRANCISCO ISAMA SALAZAR CC 1003933326
Código CUENTAME UDS: 27001115752
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VE EN HOGAR CAIMANERO DE JAMPA
Dirección UDS: RIO SURUCO, VIVE EN HOGAR CAIMANERO DE JAMPAPA Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077486848	ANDERSON		DOGARI	ISAMA	4	6	A A A / A A A / A A / A A		14	0	
02	RC	1077486943	ROVER		ISAMA	CHARRERO	4	3	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1078474738	HERNENCIO		OLEA	DUMAZA	2	1	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1077487326	DEILER		DOGIRAMA	SAPIA	3	3	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1077487524	LUVIANA		PANESSO	OLEA	3	1	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1077488168	CLAIDER		PANESSO	OLEA	3	6	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1077488468	ALFIE		DOGARI	ISAMA	2	5	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08	RC	1077488475	CARLO	ANDRES	DOGIRAMA	ZAPIA	2	7	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
09	RC	1077488583	ANNIER		SANAPI	ISAMA	4	4	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
10	RC	1077489512	CLIMER		SANAPI	ISAMA	1	11	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
11	RC	1078101442	DAIFENI		DOGIRAMA	LANA	4	10	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
12	RC	1078102662	DEVINSON		DOGIRAMA	DOGARY	4	5	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
13	RC	1078103451	MARIA	SOFIA	SINIGUI	IBAMIA	4	0	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
14	RC	1078473962	CIGENIO		BUGAMA	OLEA	3	4	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
15	RC	1078473965	HERNEY		OLEA	DUMAZA	2	11	A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	210	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Irene Hinojosa M
COORDINADOR(A) EA

Francisco Isama
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal IQUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): CANSIO DUMASA LANA CC 12023366
Código CUENTAME UDS: 27001115545 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KOREDE UNO
Dirección UDS: RIO MUNGUIDO KOREDE UNO Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1077487647	SALLY		MEJIA	DOGIRAMA	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077487738	LUZ	DELMIRA	MACHUCA	OLEA	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077488075	JAN	GABRIEL	LANA	CONCHAVE	2	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077488427	ESAMILY		LANA	FLACO	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077488430	YESMI		LANA	LANA	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077488478	SULEYIS		TAPI	CONCHAVE	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077488493	BEIVI		MACHUCA	ISARAMA	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077488787	NAIRI		CONCHAVE	DOGIRAMA	2	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078102420	YARESI		CONCHAVE	CONCHAVE	5	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078103926	FREY		LANA	SABUGARA	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078103946	ALICIA	DEL MAR	DUMAZA	MACHUCA	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1078104170	YEHANA		CONCHAVE	CONCHAVE	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13	RC	1078104174	ARILUDA		CONCHAVE	TAPI	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
14	RC	1078104644	LUZ	MARY	QUIRO	BUGAMA	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
15	RC	1078104849	JAMBY		MACHUCA	AMAGARA	2	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
16	RC	1078118618	HELKIN		CEREZO	BUGAMA	3	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
17	RC	1078182290	LUIZ	NORBERTO	QUIRO	BUGAMA	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
18	RC	1077487437	EUCLIDIO		LANA	LANA	3	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
19	RC	1078472923	SULLY	MILENA	CONCHAVE	DOGIRAMA	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
20	RC	1078474255	SELENI		DOGIRAMA	LANA	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
																															TOTAL	280	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

cansio
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.

160

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078101168	EDISALBIN		LANA	FLACO	4	11	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
02	RC	1078101903	ROSMERI		LANA	LANA	4	4	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1078102075	ISAVELIANA		CONCHAVE	AMAGARA	4	2	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1078102853	THIAGO		CONCHAVE	LANA	3	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1078473925	EMILY	ISABEL	TUNICAMO	DORIGAMA	3	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1077489743	MARLON		LANA	SABUGARA	1	8	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1078118690	YARLENY		LANA	CEREZO	1	8	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	98	0	

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

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) TÉCNICA

LEONEL
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION PACIFICO VIVE
NIT: 900937800-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN EPI:

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): LUCELLY CAICEDO GUTIERRZ CC: 4E+07
Código CUENTAME UDS: 270011157525 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE LA PAZ 3
Dirección UDS: B/PLAYITA SECTOR PLAYON Teléfono UDS: ###

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078472960	ALISSON	VALERIA	LOZANO	RIOS	4	0	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
02	RC	1033207290	KEILEEN	THALIANA	MOSQUERA	BEJARANO	2	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1078101259	AXEL	IZAN	NAVIA	RENTERIA	4	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1078103364	MAILYN	ANDREA	MENA	ROBLEDO	3	5	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1027665667	MARIANA		ARISTIZABAL	SUAREZ	3	4	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1066900397	NEYTHAN	DANIEL	PALOMEQUE	SERNA	3	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1066900398	EYTHAN	HAEL	PALOMEQUE	SERNA	3	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08	RC	1076389293	YEIDY	JULIETH	PEREA	RENGIFO	4	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
09	RC	1032194991	MARIA	JOSE	ASPRILLA	MARTINEZ	4	3	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
10	RC	1077487481	TYLER	SMITH	HERRERA	QUINTERO	3	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
11	RC	10781054734	LIAM	STIFFEN	SANCHEZ	PALACIOS	1	0	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
12	RC	1078475105	EYTHAN	HOEL	ROMAÑA	RODRIGUEZ	1	3	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
13	RC	1014909067	GABRIEL	ALEJANDRO	MARMOLEJO	VARGAS	1	6	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
14	RC	1025912245	NOAH		CUESTA	RENTERIA	1	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
										TOTAL	196	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Lucelly Caicedo Gutierrez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

Hoja _2_ de __3___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES / MARTES / MIERCOLES / JUEVES / MIERNES)	SEGUNDA (LUNES / MARTES / MIERCOLES / JUEVES / MIERNES)	TERCERA (LUNES / MARTES / MIERCOLES / JUEVES / MIERNES)	CUARTA (LUNES / MARTES / MIERCOLES / JUEVES / MIERNES)	QUINTA (LUNES / MARTES / MIERCOLES / JUEVES / MIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077489854	YURANY		CONDE	SUCRE	1	7	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
02	RC	1078474960	VICTOR	SAHEL	ASPRILLA	SALCEDO	1	8	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
03	RC	1078640535	JETLY	DE JESUS	TEQUIA	SUCRE	1	9	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
04	RC	1040891602	MILAGROS		CORDOBA	PALOMEQUE	1	11	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
05	RC	1077489048	NAILEA	NAHOMY	MOSQUERA	CORDOBA	2	1	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
06	RC	1078104875	TARA	VICTORIA	GIL	URRUTIA	2	1	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
07	RC	1198963467	LIAN		PANCHE	SUCRE	4	7	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
08	RC	1077486219	HERBILIA		DUMAZA	CABRERA	4	8	A A A	A A A	A A A	A A A	A A	14	0	
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
														TOTAL	112	0

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Yaneth Lozano

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

Hoja 3 de 3

163

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	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	1077486472	ALVARINO		TAMICO	VALENCIA	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
02	RC	1077486628	ISAK	NEIMAR	CATUPA	QUINTERO	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
03	RC	1077486635	RUFILINA	DUMASA	IBAMIA		4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
04	RC	1077486639	BLEIMER		IBAMIA	PACHECO	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
05	RC	1077487523	YEI	ANDERSON	TAPI	TAMICAMO	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
06	RC	1077488334	LINA		CUNAMPIA	TAPI	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
07	RC	1077488423	IKER	MATHIAS	URAGAMA	QUINTERO	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
08	RC	1077488517	LISNEY	JANERY	IBAMIA	DUMASA	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
09	RC	1078102130	ANALIA		TAPI	IBAMIA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
10	RC	1078103387	MARIA	ELIZABETH	IBAMIA	IBAMIA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
11	RC	1078473127	VARELY		TANICAMO	RUIZ	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
12	RC	1078473787	FAVORITO		CALIXTO	IBAMIA	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
13	RC	1206229351	HEDDER	ESTEVAN	URAGAMA	IBAMIA	2	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
14	RC	1077488980	YOBELI		IBAMIA	CONDE	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
15																																			
16																																			
17																																			

TOTAL 196 0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Diana Isabel Murillo. M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 2 de 3

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890 NÚMERO DE CONTRATO:1 138
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educa: LEIDY PALACIOS BLANDON CC 1077431662
Código CUENTAME L: 270011151248
Dirección UCA: OBAPO NOMBRE UCA VIVE EL AMOR 1
Teléfo UCA 3205325024

Hoja _2_ de __3___

164

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	1077488587	YOIMAR	JAIR	LUNA	PALACIOS	2	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1129366828	SOFIA		ZAITANO	LANA	3	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1078102649	LISETH	MARIANA	ABADIA	RENGIFO	4	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1078101786	JAHIARI	SOFIA	BAENA	MATURANA	4	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077486184	KEYLER	ALEXANDER	RAMIREZ	ANGULO	4	8		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1078922407	EDGAR		PANESSO	CUNAMPIA	4	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1078473048	LIAM	YAIR	CORDOBA	PALACIOS	4	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1078472223	YEISON	ALEJANDRO	MARTINEZ	PALACIOS	4	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078472394	EVELING	GIMENA	CORDOBA	ANGULO	4	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078472104	EIMY	YADIRA	PALACIOS	RENTERIA	4	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 140 0

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Leidy Palacios Blandón
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓ PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
Hoja ___ de ___ 165
Nombre Agente Educativo (a): MAYRA YARITZA ABUHATAB ARAGON CC 35890538
Código CUENTAME UDS: 270011157522 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención VIVE LA MAGIA 2
Dirección UDS: CIUDADELA MIA Teléfono UDS: 3218954091

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	1078474108	DANNY	YISETH	MURILLO	CORDOBA	3	0			14	0	
02	RC	1078101605	ANGEL	ALEJANDRO	RIVERA	SALGADO	4	7			14	0	
03	RC	1077489122	HORACIO	ANTONIO	MEDINA	RIVERA	2	0			14	0	
04	RC	1078102982	ALIX	MARCELA	MARTINEZ	MOSQUERA	3	9			14	0	
05	RC	1078922795	ISABELLA		SERNA	GONZALEZ	3	8			14	0	
06	RC	1078105328	MARIA	JOSE	VALENCIA	CORDOBA	3	9			14	0	
07	RC	1078474515	KARLY	ELIZABETH	CASTELLANOS	MENA	2	5			14	0	
08	RC	7078472383	DENIN	YOMAIRA	CASTELLANO	MENA	4	9			14	0	
09	RC	1027816294	SAMUEL	DAVID	RENGIFO	RIVAS	3	7			14	0	
10	RC	1077489835	JULIETA		SALAZAR	CORTEZ	1	5			14	0	
11	RC	1078475131	ELKIN	DAVID	VALOYES	QUIÑONES	1	3			14	0	
12	RC	1078474811	NATAN	DAVID	RIVAS	CHAVERRA	1	10			14	0	
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	168 0	

Verificación De Cobertura

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

COORDINADOR(A) EA

Mayra Yaritza Abuhatab Aragón
RESPONSABLE DE GRUPO

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

166

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890 NÚMERO DE CONTRATO:103 138
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: E.I.P.I

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ Hoja 1 de
Nombre Agente Educativo (a): SALVADORA ROA DE DIEGO CC 54253662
Código CUENTAME UDS: 27001382025
Dirección UCA: COMUNIDAD INDIGENA RIO NEGUA NOMBRE UCA VIVE EL AMOR 3
Teléfo UCA 3146698188

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077489442	YULI		CABRERA	OLEA	1	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
02	RC	1077486119	EUSELINA		GUISAMO	FORASTERO	4	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
03	RC	1077486338	LUZ	NEREIDA	CABRERA	DUMAZA	4	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
04	RC	1077487283	MILEINY		CABRERA	OLEA	3	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
05	RC	1077487342	MARIA	EMILZA	DORIJAMA	ACHITO	3	3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
06	RC	1077487344	SAIDER		SUCRE	TUNAY	3	2		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
07	RC	1077487355	JAIMIR		DOGIRAMA	DOGIRAMA	3	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
08	RC	1077487432	DIRELY		PANESSO	CABRERA	3	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
09	RC	1077488325	ANGEL	KALET	FORASTERO	BAILARIN	2	8		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
10	RC	1077488730	WILMAR		DUMAZA	SUCRE	2	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
11	RC	1078100964	NELSO		VALENCIA	TUNAY	5	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
12	RC	1078102399	YORKIN		DUMAZA	ISAMARA	4	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
13	RC	1078473374	YEISSON		RUIZ	SUCRE	3	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
14	RC	1078473375	SAMIRA		CONDE	SUCRE	3	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
15	RC	1078473769	AMAILY		CHAMORRO	CABRERA	3	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
16	RC	1078473921	ADRIANA		TAPI	CABRERA	3	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A	15	0	
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 240 0

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

Salvadora Roa Diego
RESPONSABLE DE GRUPO

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :__________ Pazcifico vive
NIT: _ 900937890-5
MES: , JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia e intercultural
SERVICIO DE ATENCIÓN: ___ Propia

NÚMERO DE CONTRATO: __ 27001382025
AÑO:____2025_____

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: ____Chocó____________________ Centro Zonal ______ Quibdó Municipio: ______ Quibd ó
Nombre Agente Educativo (a): Yalisa Salas G amboa CC1192757704________________________________
Código CUENTAME UDS: ___ 270011151241,00 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención______________ Vive la magia 1
Dirección UDS: ___________ Medrano y Cascorvas Teléfono UDS: __ 3 2 3 2 0 1 9 0 7 2

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — TOTAL MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES: PRIMER NOMBRE	NOMBRES: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS: 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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077488576	EDRIAN	DAHEL	MOSQUERA	RODRIGUEZ	2	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1014485774	CRISTAL	YALIANA	CUERO	PALACIOS	3	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1025677034	JUAN	JOSÉ	SANMARTIN	PALOMEQUE	4	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1025678936	MARIA	JOSÉ	SANMARTIN	PALOMEQUE	2	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1017283730	SANTIGO	ANDRÉS	MOSQUERA	QUESADA	1	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1078104429	SEBASTIAN	ANDRÉS	MOSQUERA	QUESADA	1	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1070634507	SERGIO	ANDRÉS	OREJUELA	PANTOJA	1	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077487746	ANDRY	RAYMOND	CAICEDO	CORDOBA	2	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1077488183	JOHN	ALEXANDER	FLOREZ	MENA	2	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078472142	ALHANA		MENA	SANTOS	4	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078104915	EMMA	ZAHARA	RENTERIA	CORDOBA	1	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	154	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yalisa Salas Gamboa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

167

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTEN\ ENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C.	1032033923	YOSELIN		MURILLO	RENTERIA	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
02	R.C.	1023662912	JUAN	JOSE	COPETE	SALCEDO	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
03	R.C.	1027302776	MANUEL	ALEJANDRO	CASAS	ARANGO	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
04	R.C.	1034929625	OSTUAL	VALENTINO	SERNA	PIÑERES	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
05	R.C.	1078100611	ANAID	MAHIARA	ALVAREZ	MURILLO	5	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
06	R.C.	1078100990	ANDRES	DAVID	PINO	TORRES	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
07	R.C.	1078100473	BERLIN	DAYANA	MORENO	MENA	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
08	R.C.	1078471985	ELIZABETH	PATRICIA	FLORES	GIRALDO	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
09	R.C.	1109574902	EMMANUEL		ARCE	ORTIZ	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
10	R.C.	1078472257	AINARA	ALEXANDRA	IBARGUEN	MURILLO	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
11	R.C.	1077485888	EIKER	SAITH	SERNA	MOSQUERA	5	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
12	R.C.	1077488145	YOIMAR		VALENCIA	TUNAY	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
13	R.C.	1078472098	SLITHG	DAVIS	PINEDA	ZEA	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
14	R.C.	1078473581	MARIA	ELIANA	DUMAZA	BAILARIN	3	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
15	R.C.	1077201386	YARLI	MILEIDA	OQUI	CONCHAVE	2	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
16	R.C.																																			
17	R.C.																																			
18	R.C.																																			
19	C.C.																																			
20	C.C.																																			
																																	TOTAL	210	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Joan Manuel Arboleda Palacios
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

168

169

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	11290046962	ROBERTA		ISARAMA	CABRERA	1	10
2	RC	1129046932	FRANKLIN		ISARAMA	ISARAMA	2	0
3	RC	1078104613	EMIL	JOSE	CHAMORRO	CONDE	2	3
4	RC	1129046864	YIMERSON		ISARAMA	FORASTERO	2	10
5	RC	1129046916	ALEJANDRA		PEDROZA	CAIZAMO	2	10
6	RC	1075029125	RIGO		CHAMORRO	ROJAS	3	1
7	RC	1129046780	JHOSTIVINSON		FORASTERO	OSORIO	4	10
8	RC	1129046670	YAMIRA		ISARAMA	ISARAMA	3	6
9	RC	1029046647	GENOL	ANDRES	CHAMORRO	ISARAMA	3	10
10	RC	1129046699	YARISA		ROJAS	FORASTERO	4	5
11	RC	1129046705	FRALEI		ISARAMA	ISARAMA	4	6
12	RC	1129046646	ROINER		ISARAMA	CABRERA	4	9
13	RC	1075027741	ELIANA		CHAMORRO	ISARAMA	5	1
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
2		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
8		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

TOTAL 182 0

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

Disnei Chamorro Isa.
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.PF	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 3
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SE: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900 NÚMERO DE CONTRATO:138
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR E.I.F.I

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educativo (a): HEIDY B PALACIOS MURILLO CC 38473422
Código CUENTAME UDS: 270011157518
Dirección UCA: OBRERO SECTOR ZARABANDA NOMBRE UCA VIVE ENFAMILIA 2
Teléfono UCA 3226633329

Hoja 1 de 2

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1020011959	ELIANY	LIZETH	MORENO	PALACIOS	2	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1025776751	DAILING	CRISTINA	CHAVERRA	CAICEDO	2	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1034931164	SIHARA	JOHEMY	PALACIOS	MURILLO	3	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077488213	SAREN		RENTERIA	VALOYES	2	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1078100674	DORIS	XIMENA	GONZALEZ	CARMONA	5	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1078102651	CRUZ	YAJANNY	ESCOBAR	PALOMEQUE	3	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1078104145	NAHOMI		CORRALES	RIVAS	2	8		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077487208	FARISELDA		VALENCIA	OLEA	3	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078473009	KIHANA	PAOLA	VANEGAS	PESTAÑA	3	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078473403	MATIAS	ALFONSO	ALVAREZ	CORDOBA	3	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078473570	SAMUEL	KALETH	CAICEDO	BELTRAN	3	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1078474687	BENJAMIN		CASAS	MORENO	1	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13	RC	1195217702	DARIANA	SOFIA	VILLALOBOS	ALGUMEDO	3	2		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	182	0	

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

Heidy B. Palacios M.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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

Versió.

29/05/2018

Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pacífico vive.
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: Julio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia
SERVICIO DE ATENCIÓN: Propia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Chocó Centro Zonal Quibdo Municipio: Quibdó
Nombre Agente Educativo (a): Lili Quejada CC 1077442207
Código CUENTAME UDS: 27001115124 2 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Vive en familia 1
Dirección UDS: Buenos Aires. Teléfono UDS: 3137004107

Hoja 1 de 1 — 171

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1078102463	CLAUDY	SARAHY	PARRA	MORENO	4	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077488066	HAALAND	SMITH	MOSQUERA	CORDOBA	2	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1078474716	HEYDI	YINETH	MORENO	QUEJADA	1	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1078474783	JORGE	GAEL	VIVAS	CAICEDO	1	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1131206283	YOSEI	STIVEN	ORTIZ	PARRA	1	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1075029061	MARIA	CAROLINA	MOSQUERA	PALACIOS	3	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077487497	EMMA	VALERIA	MURILLO	ROVIRA	3	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077488715	JHONIER	SMITH	MORENO	PALACIOS	2	2		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078104503	KEILYN	SOFIA	RENTERIA	PALACIOS	2	3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1077489030	LEANDRO		RIOS	VALOY	2	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 140 0

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

COORDINADOR(A) EA

Lili Yoliana Quejada M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 6

28/05/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890-5
MES: JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

NUMERO DE CONTRATO: 2702138/2025
AÑO: 2025
MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
EDUCACIÓN INICIAL PROPIA

IDENTIFICACIÓN: 113104540
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo ó: ERICK YESSID TELLO CORDOBA
Código CUENTAME UCA: 2700111535564
Dirección UCA: BARRIO POBLADO

Centro Zonal: QUIBDO
CC 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0
NOMBRE UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION: VIVE LA ESPERANZA 1
Teléfono UCA: 3 1 3 5 8 7 3 9 6 1

Municipio: QUIBDO

Hoja 1 de 1

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
01	RC	1022172262	EMANUEL		RODRIGEZ	MENA	1	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077487956	YELITZA		CABRERA	TANICAMO	2	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1078472412	YOBIER		IBAMIA	CONDE	4	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077489457	JUAN	JOSE	DUMASA	BAILARIN	2	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1033206597	YEIDER	YAHEL	RENTERIA	LAGAREJO	3	8		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077487960	ROXIANNIS	GUADALUPE	MADRIZ	ARTEAGA	2	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1023563307	AYMAR		BUENAVENTURA	PEÑALOZA	3	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077486530	DEIVER		HACHITO	BAILARIN	4	2		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1129046863	JHOSTEYLERSON		FORASTERO	OSORIO	2	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078103567	LIA	NICOL	RAMIREZ	RAMIREZ	3	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078473963	XHANDER	DHAIR	COSSIO	AGUILAR	2	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1078472623	HAALANS	JAVIER	CORDOBA	PALACIOS	4	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	140	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Erick Yessid Tello Cordoba.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937860-5 NÚMERO DE CONTRATO: 27001382025
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ
AGENTE EDUCATIVO: ANA GLORIA CAÑISALES RIVAS CC 39410172
Código CUENTAME UDS: 27001157519 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención VIVE EN FAMILIA 3
Dirección UDS: ALFONSO LOPEZ Teléfono UDS: 3215740087

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1032199098	YELEN	LEIANYS	PALOMEQUE	MORENO	1	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
02	RC	1077491063	KYLIAM	DAVID	DOGIRAMA	SARCO	1	3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
03	RC	1078105220	ANDY	YOHAO	MURILLO	PALACIOS	1	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
04	RC	1031950017	CELESTE		BEJARANO	SANCHEZ	1	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
05	RC	1077489042	OZLEM	AIHNARA	ZUÑIGA	MORENO	1	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
06	RC	1078104629	YESICA		CORDOBA	VELASQUEZ	2	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
07	RC	1078104464	JHELITSSON	OWEN	VALENCIA	PALACIOS	2	3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
08	RC	1129325455	MARIA	JOSE	CORREA	VILLADA	2	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
09	RC	1232821119	MARIA	MILAGROS	MURILLO	SANCHEZ	2	10		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
10	RC	1078103905	AISER	JHAIRTH	CASTRO	CAICEDO	3	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
11	RC	1078473135	YEISON	DAEL	SANCHEZ	PALMA	3	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
12	RC	1078102339	YEISON		CORDOBA	VELASQUEZ	4	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
13	RC	1078472931	JOSHUAR	MANUEL	BECERRA	BEJARANO	4	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
14	RC	1078101722	ADRIAN	SMITH	HINESTROZA	MORENO	4	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
15	RC	1033270900	ANGEL	SANTIAGO	GONZALEZ	CUESTA	4	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
																																	TOTAL	196	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Ana G Cañizales Rivas

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : PAZCIFICO VIVE

NIT: _ 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 270011157524

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___ 174

Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ

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

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

Dirección UDS: __Piñal de medrano _____ Telefono: 3205351032

No. de Orden	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
								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	1013160135	Alaia	Victoria	Blandon	Achico	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
02	1078104481	Antonella		Murillo	Moreno	2	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
03	1078474624	Dailing	Charlotte	Moreno	Andrades	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
04	1152473624	Alan	Gabriel	Campaña	Heredia	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
05	1078474370	Kaily	Saray	Yurgaki	Cordoba	2	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
06	1078100533	Maylen	Alejandra	Largacha	Rivas	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
07	1078473675	Alexander		Cuesta	Palma	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
08	1077489334	Lucas	David	Salcedo	caicedo	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
09	1078473286	Juan	David	Rios	Hurtado	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
10	1078101875	Jhowis	Harvey	Asprilla	Dominguez	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
11	1070103809	Samuel	David	Martinez	Bailarin	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	165	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Margarita Rios
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 | Vers' | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :__ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _____ 900137890-5 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 2700138
MES: _____ JULIO AÑO:___2025____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ PROPIA INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCION: _____ EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____QUIBDO_____ Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): __ KETTY JHOHANA MORENO GARCIA C.C 35898894
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ VIVE ESPERANZA 2
Dirección UDS: _____BARRIO ESMERALDA _____ Teléfono UDS: ____ 3112020502

Hoja ____ de ____ 175

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	1078104471	YAISY	MANUELA	MENA	RIOS	2	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1078923181	DILAN	ANDRES	RENTERIA	LEMUS	2	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1079103106	YOIMAR	ENRIQUE	DOMIGUEZ	MOSQUERA	2	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1027816334	ADRIAN	EDUARDO	ARIAS	MORENO	3	3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1078102474	THIAGO	ALEJANDRO	GUISADO	PEÑA	3	8		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077489037	JHON	ALEXANDER	ROJAS	PALACIOS	2	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1023989671	YIRLEIZA		RIVAS	QUEJADA	3	3		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				

TOTAL 280

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	20
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Ketty yohana moreno garcia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

Hoja _1_ de _2_

176

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1025677226	KAEL	EDWARDO	CORDOBA	BORJA	4	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
02	RC	1078100516	HASLIN	KAIREN	ARIAS	MAYORAL	5	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
03	RC	1078102340	SAMANTHA		RESTREPO	CIRO	4	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
04	RC	1078104872	ISABEL	IVANA	CHAVERRA	VALENCIA	1	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
05	RC	1078104974	STEICY	DAHIANA	FLOREZ	CUESTA	1	9		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
06	RC	1078472498	JANA	ISABEL	RIVAS	PALACIOS	4	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
07	RC	1078474527	ISMAEL		INCEL	CORDOBA	2	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
08	RC	1232822441	LIA		MOSQUERA	MOSQUERA	2	7		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		15	0	
01																																				
02																																				
03																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	120	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Mary Leidy Sinisterra .c
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

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

MES: _JULIO_____ AÑO:_2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):LJHON JAIRO ROJAS PRATERO_____ CC:1077471281_____

Código CUENTAME UDS:___270011155460_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PUEBLO NUEVO_____

Dirección UDS: __PUEBLO NUEVO_____ Teléfono UDS: _____

177

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077487285	JHONNYFER	STITC	TAPI	CUNAMPIA	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077487569	BRAYAN		MECHA	BAILARIN	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077488016	URIEL		MECHA	PRATERO	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077488346	JHON	JAIDER	ROJAS	MECHA	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077488605	MELBA		DOGARI	ROJAS	2	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077489432	LEIDY	JICELA	ROJAS	ISAMA	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077489589	YILMAR		DOGARI	DUMAZA	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1078101463	CRISTIAN	DAVID	ISAMA	BARIQUIDURA	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078101782	YIRLEIZA		ROJAS	MECHA	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078471976	YERAR	SEBASTIAN	MENA	RENTERIA	5	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078473770	WILDER		ISAMA	BAILARIN	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1022450153	MATIAS		UNDAGAMAS	ROJAS	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	168	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Jhon Jairo Rojas Pratero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
F OCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

178

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

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):CLEIDER BAILARIN TUNAY_____ CC:1077421824_____
Código CUENTAME UDS:___270011148446_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_BOCASALINA_____
Dirección UDS: __BOCASALINA_____ Teléfono UDS: _____

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	1039422958	SHEIRA	YELITZA	DOGARI	TASCON	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
02	RC	1077486404	IBER		ISAMA	QUINTERO	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
03	RC	1077486411	SALLY		TAPI	GONZALEZ	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
04	RC	1077487955	YOSIMAR		CABRERA	DUMAZA	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
05	RC	1077488446	WILBER		ISAMA	QUINTERO	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
06	RC	1077489216	YAIDER		DUMAZA	PEREA	1	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
07	RC	1078104458	ORLEIDY		PANESSO	PANESSO	2	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
08	RC	1078105210	EMANUEL		CABRERA	PANESSO	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
09	RC	1078472533	ANGIE	MILENA	PANESSO	PANESSO	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
10	RC	1078473695	YEICY		DOGARI	PANESSO	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
11	RC	1078473794	HAROL	FERLEY	DUMASA	DUMASA	3	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
12	RC	1078474193	CLEYCY	SOFIA	PANESSO	CABRERA	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
13	RC	1078103422	SHEILY	ANNELLE	BLANDON	MOSQUERA	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	1820		

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

Cleider Bailarin
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

179

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE

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

MES: _JULIO_____ AÑO:_2025_____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA_____

Hoja ___ de ____

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

Nombre Agente Educativo (a):NELSON DUMASA ISAMA_____ CC:1078456827_____

Código CUENTAME UDS:___270011151865_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_PLAYAALTA_____

Dirección UDS: __PLAYA ALTA_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077486423	ALEXIS		PANESSO	DUMASA	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077486741	LUZ	NELY	GONZALEZ	GONZALEZ	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077486788	JHON	JASON	DUMASA	PEREA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077488421	MAIKEL		GONZALEZ	GONZALEZ	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077488848	ARIZ	LEYDI	ISARAMA	OLEA	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077489343	YILMAR		TAPI	GONZALEZ	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077489398	DIVER		GONZALEZ	DUMASA	1	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077489682	SAIRA	MARIA	DUMASA	GONZALEZ	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1077489926	KATALEYA		GONZALEZ	GONZALEZ	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078102176	MARIA	YARLIZA	PANESSO	DUMASA	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078102766	JHOANA		DUMASA	TAPI	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1078104595	YANDEL		TUNAY	CHORI	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13	RC	1078105300	DIANA	VALENTINA	PANESSO	DUMASA	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
14	RC	1078472143	YONALDO		GONZALEZ	DUMASA	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
15	RC	1078472921	YEIMAR		DUMASA	CHORI	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
16	RC	1078474764	MINISON		DUMASA	CHORI	1	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	224	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

nelson Dumasa Isama

RESPONSABLE DE GRUPO

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

180

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE

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

MES: _JULIO AÑO: _2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal _QUIBDO Municipio: _QUIBDO

Nombre Agente Educativo (a):ORLANDO BAILARIN TUNAY CC: 1077439672

Código CUENTAME UDS: 270011155459 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -UNO

Dirección UDS: _NECORA 1 Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077486858	YANETH		BAILARIN	GONZALEZ	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077487035	JAMERSON		BAILARIN	VANUVI	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077487616	DEICY		TUNAY	GONZALEZ	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077488067	YOUCE		BAILARIN	GONZALES	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077488309	YARLEISON		GONZALEZ	CHORY	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077489733	CHACHI		GONZALEZ	VELASQUEZ	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077490169	ANA	SOFIA	GONZALEZ	CUÑAPA	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1078102116	MILENA		LANA	BAILARIN	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078102345	HUBER		PANESSO	TAPI	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078103895	ELIZA		VELASQUEZ	BAILARIN	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078473373	SHAIRA		GONZALEZ	VELASQUEZ	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	154	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Orlando Bailarin Tunai
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
PF CIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

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

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):YEMERSON GONZALEZ CHOI _____ CC: 1193584293_____
Código CUENTAME UDS: 2700111518760_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -DOS_____
Dirección UDS: __NECORA DOS_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1077486860	KEIDY		FORASTERO	VELASQUEZ	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077487613	MARTIN		VELASQUEZ	GONZALES	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077488059	ENNI	ANDREA	GONZALEZ	BAILARIN	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077488361	YEISMER		GONZALEZ	CHORY	2	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077488382	MARIA	ALEIDA	FORASTERO	BAILARIN	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077488511	EDWINSON		BAILRIN	GONZALEZ	2	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077488557	YIRLEIDI		BAILARIN	BAILARIN	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1077489151	YUSI		TUNAY	DUMASA	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078102276	MARIA	CRISTINA	CUÑAPA	PANESO	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078102498	DIGNA	MARCELA	GONZALEZ	BAILARIN	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078104319	RAFAEL		LANA	BAILARIN	2	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1078105195	YOBANIS		GONZALEZ	BALARIN	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13	RC	1078105238	JHON	KELY	GONZALEZ	BAILARIN	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
14	RC	1078474091	NELSON		CASAMA	BAILARIN	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	196	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Yemerson Gonzalez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

182

Hoja ___ de ___

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1020244538	LLUBER		TAPI	CHAMORRO	1	8	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
02	RC	1077485966	NELY		TAPI	CHAMORRO	5	2	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
03	RC	1077486654	LUZ	NERY	ISAMA	PANESSO	5	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
04	RC	1077486660	NEILA		PANESO	DUMAZA	4	1	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
05	RC	1077487136	JHON	LEYSER	TAPI	BARIQUIDURA	3	7	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
06	RC	1077487662	DERVINSON		ISARAMA	DOGARI	2	10	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
07	RC	1077488199	CLEIDER		ISARAMA	GONZALEZ	2	6	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
08	RC	1077488653	DANIELA		EVAO	DUMASA	3	7	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
09	RC	1078103383	YARLINSON		JAISABA	DUMASA	3	9	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
10	RC	1078104936	CRISTIAN		BARIQUIDURA	PANESSO	1	8	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
11	RC	1078473388	OSMAIRA		DUMASA	MAJORE	4	0	A A A / A A A / A A A / A A A / A A		14	0	
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	154	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Willinton Bugama I.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Hoja ___ de ___

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

Regional: CHOCO_____ Centro Zonal _QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):LUIS EDUARDO UNDAGAMO ISABARE_____ CC:1077649102_____
Código CUENTAME UDS:___270011155461_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CONONDO_____
Dirección UDS: __CONONDO_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	RC	1077487817	MAICOL	ESTIC	CABRERA	MANIZA	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077487990	DANNY	ALESSA	UNDAGAMA	BECHECHE	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077488912	ANJELA		UNDAGAMA	ROJAS	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077489416	ELISA		ROA	DUAVE	1	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077653246	MILO		BIRRI	CAIZAMO	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1078103409	JUAN	JOSE	UNDAGAMA	MECHA	3	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1078104797	EWAR		UNDAGAMA	MECHA	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1078118880	DILAN	MATEO	PALACIOS	MORENO	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078472974	LAURA	SOFIA	CHIRAMA	ROJA	3	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078473804	YEILER		UNDAGAMA	FORASTERO	3	3	A	A	I			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078922387	MARIA	ISABELLA	RENTERIA	MORENO	4	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																															TOTAL	152	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Luis Eduardo Undagamo
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 PRO ÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
									LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1033659304	ELISBETH		MUÑOZ	MAJORE	1	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
02	RC	1041539584	VALLOLET	JAZMIN	GONZALEZ	PERNIA	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
03	RC	1045147227	AILYN	ANDREA	COGOLLO	LOPEZ	2	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
04	RC	1077176800	ANA		CABRERA	PIPICAY	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
05	RC	1078639988	DENNYS	SAMANTHA	GONZALEZ	CALLE	5	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
06	RC	1078640025	EMMANUEL		HOYOS	CALLE	4	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
07	RC	1078640081	JUAN	ESTEBAN	TABORDA	DURANGO	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
08	RC	1078640090	JHONY		RENTERIA	SALDARRIAGA	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
09	RC	1078640197	GLADIS		VELASQUEZ	VELASQUEZ	4	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
10	RC	1078640292	DILAN	SMITH	PERNIA	GAVIRIA	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
11	RC	1078640401	EMELY	DIANEY	RENTERIA	SALDARRIAGA	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
12	RC	1078640427	ANA	SOFIA	VELASQUEZ	VELEZ	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
13	RC	1093542162	MARIA	MERLISA	CHECHE	MURILLO	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	138	0	

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

COORDINADOR(A) EA

alejandro Bitucai
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

185

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	RC	1077486545	JHON	ESTEBAN	ROJAS	CAIZAMO	4	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
02	RC	1077486871	ARELIS		ISARAMA	ISARAMA	4	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
03	RC	1077489059	SHIRLEY	LICETH	MECHA	CAIZAMO	2	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
04	RC	1077490255	YEILER	ANDRE	ISARAMA	ISABARE	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
05	RC	1078102393	JERLIN		AMAGARA	MECHA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
06	RC	1078103270	DANIEL		MECHA	CAIZAMO	3	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
07	RC	1078103584	YOSELIN	YULIETH	MECHA	CONDE	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
08	RC	1078104301	LUIS	YEURY	CORREA	ISABARE	2	5	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
09	RC	1078104520	NILIA		ROJAS	FORASTERO	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
10	RC	1078104617	SHEILA	ANDREA	AMAGARA	MECHA	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
11	RC	1078473895	JACSILY		ISARAMA	ISABARE	3	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
12	RC	1078474209	NEILA		ISABARE	GARABATO	2	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	168	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Cruz lenia Rojas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):MARIA ELSA CONDE_____ CC: 1.077.438.118 _____
Código CUENTAME UDS: 270011151872_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 7-2_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 7-2_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1077486503	DEIVER		CHAMI	CONDE	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
02	RC	1077487810	HEHILY	YOEMY	TAPI	CONDE	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
03	RC	1077488721	YUNIOR		BAILARIN	SARCO	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
04	RC	1077488722	JONNY		FORASTERO	SARCO	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
05	RC	1078100811	DAYAR	STIWAR	CONDE	ORTEGA	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
06	RC	1078101034	HAROL	MATEO	CONDE	ROJAS	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
07	RC	1078101974	CLAUDIO	NELSON	LANA	ZARCO	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
08	RC	1078102064	WILINSON		SARCO	ACHITO	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
09	RC	1078102845	YACKSON		ROJAS	TAPI	4	0	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
10	RC	1078104294	MARLEYYI	MARCELA	CONDE	SAPIA	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
11	RC	1078104983	HEWIN	HIRAELITO	LANA	ZARCO	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
12	RC	1078473474	ELDER	DAYAN	DUMAZA	DOGIRAMA	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A		14	0	
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	168	0	

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

COORDINADOR(A) EA

maria elsa conde
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): YOLANDA WACORIZO_____ CC:_._____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 7-1_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 7-1_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077486296	EDITH	CAROLINA	CONCHAVE	GUACORIZO	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
02	RC	1077487913	ANDRES	CAMILO	CHAMI	CHIRAMA	2	9	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
03	RC	1077488198	DAILYN		CHAMORRO	BANUVI	3	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
04	RC	1077488496	LINERI		LANA	CHIRAMA	2	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
05	RC	1077489539	DAYAN		VIVAS	MOSQUERA	1	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
06	RC	1078101052	CELOSA	YARID	ISARAMA	MECHA	4	11	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
07	RC	1078101864	JOSE	MANUEL	HORTEGAS	MECHA	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
08	RC	1078103901	WENDY	ELIZABETH	PEDROSA	CHAMORRO	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
09	RC	1078472752	EDER	YOEL	HACHITO	ÑAMENZON	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
10	RC	1129046897	YURANY		FORASTERO	TUNAY	3	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			14	0	
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																TOTAL	140	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yolanda Wacorizo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

188

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____ IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____

NIT:900937890-5 _____ NÚMERO DE CONTRATO: _27001382025_____ Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____

MES: ____JULIO_____ AÑO:___2025_____ Nombre Agente Educativo (a):CARLOS TUNAY_____ CC:1.077.455.962

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA_E INTERCULTURAL_____ Código CUENTAME UDS: 270011148445_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EYAZAKE_____

SERVICIO _ DE ATENCION:__PROPIA_____ Dirección UDS: _EYAZAKE_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVES	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077486468	YULIAN	ESMITH	TUNAY	CHORI	4	7	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
02	RC	1077486697	EMI	DANIEL	TUNAY	BAQUIAZA	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
03	RC	1077487038	ZUREÑA		TAPI	FORASTERO	3	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
04	RC	1077487321	MARINELSI		BAILARIN	BAILARIN	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
05	RC	1077488331	VALESKA	AINARA	VELASQUEZ	TAPI	2	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
06	RC	1077488893	MAICO		LPANESSO	BAILARIN	2	1	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
07	RC	1077489415	MARIA	CLARA	VANEGAS	TUNAY	1	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
08	RC	1078100605	ZORINDA		TAPI	FORASTERO	5	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
09	RC	1078101272	DARWIN		CAIZAMO	DOGARI	4	10	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
10	RC	1078101741	CLEISY	VIVIANA	BAILARIN	RUBIANO	4	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
11	RC	1078102182	YORLENIS		PANESSO	BAILARIN	4	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
12	RC	1078102551	DEIFER	YORQUIN	IBAMIA	DOGARITH	4	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
13	RC	1078103286	LORENITA		BAQUIAZA	OQUI	3	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
14	RC	1078104516	YAILIN	CLARIED	TUNAY	MECHA	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A			14	0	
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	196	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Carlos Tunay

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

189

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1075029204	YEISON	ANDRES	BECHECHE	CABRERA	3	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
02	RC	1077108187	MAICOL	ANDRES	LANA	LANA	2	8	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
03	RC	1077486323	DILAN	DANIEL	PINEDA	CORDOBA	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
04	RC	1077486695	JARIZON		DUMAZA	DUMAZA	4	3	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
05	RC	1078101601	UCIO		ZAPIA	OLEA	4	6	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
06	RC	1078103547	LEONEL		CAIZAMO	ROJAS	3	4	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
07	RC	1078104504	BRIANNY	YULIETH	ROMAÑA	MOSQUERA	2	2	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
08	RC	1078472973	LUISA	ALEJANDRA	CACERES	CORDOBA	4	0	A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A				14	0	
09	RC	1078666723	NEYSA		ISARAMA	MECHECHE	5	2	A	A	A			A	A	A			A	A	X			A	A	A			A	A				14	0	
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	140		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Jota Cabrera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

190

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																														TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																																	
									PRIMERA						SEGUNDA						TERCERA						CUARTA						QUINTA											
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																																	
01	RC	1075099808	DULCE		LANA	BAILARIN	3	11	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
02	RC	1077486443	CLARA	INES	TANICAMO	VALENCIA	4	5	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
03	RC	1077486809	YILINSON		ARCE	BANIAMA	4	0	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
04	RC	1077487370	YANIRIS	ALEXANDRA	AMAGARA	ROJA	3	1	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
05	RC	1077487894	LIAM	MARTIN	ROJAS	MECHA	2	9	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
06	RC	1077489355	LINA	CELIA	ARCE	BANIAMA	1	9	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
07	RC	1078101912	YORDIN		NAMPIA	CABRERA	5	1	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
08	RC	1078103529	WILMER		NAMBIA	CANSARIA	3	4	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
09	RC	1078104876	OMAIRO		BECHECHE	CABRERA	1	11	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
10	RC	1128805133	ADELZA		CABRERA	CABRERA	5	2	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
11	RC	1128851056	YENNY		NIASA	LANA	4	10	A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A	A				A	A					14	0	
12																																										
13																																										
14																																										
15																																										
16																																										
17																																										
18																																										
19																																										
20																																										
																																						TOTAL	154	0	

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

COORDINADOR(A) EA

lisandro nampia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

191

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077486946	YILINTON		DUMAZA	PANESSO	4	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
02	RC	1077488642	JHON	MAILER	GONZALEZ	TUNAY	2	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
03	RC	1077488645	DAVINSON		PANESSO	PANESSO	3	6		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
04	RC	1077489007	MONICA		PANESSO	CHORI	2	0		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
05	RC	1078104727	CRISTIAN		LÑANA	IBAMIA	2	1		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
06	RC	1078104728	GEYVER		PANESSO	GONZALEZ	1	11		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
07	RC	1078473158	SOLANDI		PANESSO	TUNAY	4	5		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
08	RC	1078474379	EDINSON		PANESSO	AMAGARA	2	4		A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A		14	0	
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	112	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Evelio Gonzales
RESPONSABLE DE GRUPO

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

RAM GRUPAL
JULIO/2025

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL S: FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: 900937890 NÚMERO DE CONTRATO:1 138
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: E.I.P.I

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educa: SALVADORA ROA DE DIEGO CC 54253662
Código CUENTAME L: 27001382025
Dirección UCA: COMUNIDAD INDIGENA RIO NEGUA
NOMBRE UCA: VIVE EL AMOR 3
Teléfo UCA: 3146698188

Hoja _2_ de __3___

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
01	RC	1077490281	WAINER		RUIZ	SUCRE	1	3					
02	RC	1077490905	YARLIN		CABRERA	DUMAZA	0	9					
03	RC	1078105678	ANGELINA		TANICAMO	OCHOA	0	10					
04	C.C.	1131185237	MELISSA		FORASTERO	TUNAY	39	3					
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
								A												1	0	
								A												1	0	
								A												1	0	
								A												1	0	
								A												1	0	
																				TOTAL 5	0	

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

Salvadora Roa Diego
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN PACIFICO VIVE
NIT: 900937869-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: QUIBDO Municipio: QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): LUCELLY CAICEDO GUTIERRZ CC: ####
Código CUENTAME UDS: 270011157525 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE LA PAZ 3
Dirección UDS: B/PLAYITA SECTOR PLAYON Teléfono UDS: ####

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	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	1078475482	YEIFRAN	STIWAR	ROBLEDO	COSSIO	0	3									A																	1	0	
02	RC	1078105911	SHEYLA	ZOE	BLANDON	PALACIOS	0	3									A																	1	0	
03	RC	1077490745	EITHAN	ZAID	CORDOBA	PALACIOS	0	9									A																	1	0	
04	RC	1078475298	EDSON		MENA	MARTINEZ	0	9									A																	1	0	
05	RC	1077490709	LIAM	JOSE	PALACIOS	OBREGON	0	9									A																	1	0	
06	RC	1078475393	EIVER	GAEL	BEJARANO	QUEJADA	0	6									A																	1	0	
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
																																TOTAL	6	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Lucelly Caicedo Gutierrez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _____ 900137890-5 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 2700138
MES: _____ JULIO AÑO:___2025____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ PROPIA INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ EIPI

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____QUIBDO_____ Municipio: _____ QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a): __ KETTY JHOHANA MORENO GARCIA C.C 35898894
Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___ VIVE ESPERANZA 2
Dirección UDS: _____BARRIO ESMERALDA _____ Teléfono UDS: ___ 3112020502

Hoja 2 de 2

194

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1078105977	MIA	LISETH	MATURAN	MENA	0	2									A															1	0	
02	T.I.	1193271018	KAREN	YICETH	GUTIERREZ	ASPRILLA	23	4									A															1	0	
03	RC	1020246141	ANTOINE		CORDOBA	PALACIOS	0	9									A															1	0	
04	RC	1023668785	FAILY	TALIANA	SERNA	RIVAS	0	6									A															1	0	
05	RC	1032199566	EMMANUEL	ARIEL	ROBLEDO	MORENO	0	6									A															1	0	
06	RC	1078475130	YASEL	JOSUE	CHAVERRA	CORDOBA	1	0									A															1	0	
07	RC	1078475317	YULIAN	MATEO	HINESTROZA	AMADOR	0	8									A															1	0	
08	RC	1077490240	JHOAN	SMITH	PALACIOS	MORENO	0	9									A															1	0	
09	RC	1078105980	MELANY	SOFIA	MENA	CUESTA	0	1									A															1	0	
ZZ	RC	1077448453	ANGELICA		MORENO	HURTADO	34	2									A															1	0	
11	RC	1077489938	ALEX	DUVAN	CORDOBA	DIAZ	1	5									A															1	0	
12	RC	1206232236	MAILER	ZAEL	RIVAS	QUEJADA	0	3									A															1	0	
13	C.C.	1077473870	MAIRA	ANGELICA	RAMIREZ	CABRERA	28	2									A															1	0	
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 13 0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Ketty yohana Moreno
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

195

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCÓ Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educa: MARI LEIDY SINISTERRA CORDOBA CC 35894353
Código CUENTAME L: 270011151243
Dirección UCA: JAZMIN Teléfo UCA 3104897602

QUIBDÓ Hoja _2_ de _2_
NOMBRE UCA VIVE LA PAZ 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			LUNES	MARTES	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	1013384747	YEDHIAN	MARCEL	CORDOBA	RENDON	0	11				A																					1	0	
02	RC	1077489636	IKER	DARETH	MENA	ROMAÑA	1	7				A																					1	0	
03	RC	1077490593	AXEL	ANDRES	CAICEDO	SANCHEZ	0	11				A																					1	0	
04	RC	1077491100	KILIAN	ANDRES	MORENO	MURILLO	0	7				A																					1	0	
05	RC	1078105354	CAROL	YISETH	IBARGUEN	GONZALEZ	1	3				A																					1	0	
06	RC	1078105872	ROBIN		SUCRE	TUNAY	0	6				A																					1	0	
07	RC	1078118682	RONALD	DAVID	PEREZ	BEJARANO	1	3				A																					1	0	
08	RC	1078475129	MATEO	ALEJANDRO	PALACIOS	PINO	1	3				A																					1	0	
09	C.C.	1000687248	KAREN	DANIELA	CORDOBA	PALACIOS	35	8				A																					1	0	
10	C.C.	1001977764	KATTY	LUZ	MOLINA	BARRIOS	27	0				A																					1	0	
11	RC	1077491612	RYAN	EMANUEL	ALFONSO	VALDES	0	1				A																					1	0	
12	RC	1097734445	NINA	ALEJANDRA	PEREZ	GOMEZ	0	3				A																					1	0	
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
																																TOTAL	12	0	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Mary Leidy Sinisterra.c
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5

29/05/2018

Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Pazcifico Vive
NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 138
MES: Julio AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: propia
SERVICIO DE ATENCIÓN: propia

IDENTIFICACIÓN
Regional: Chocó Centro Zonal Quibdó Municipio: Quibdo Hoja 1 de 1
Nombre Agente Educativo (a): Lili Quejada. CC 1077442707
Código CUENTAME UDS: 2700111512 42 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Vive en familia 1
Dirección UDS: Buenos Aires. Teléfono UDS: 3137004107

196

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA MIÉ	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MIÉ	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MIÉ	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MIÉ	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MIÉ	QUINTA J	QUINTA V	ASISTENCIAS	INASISTENCIA	
01	RC	1040891850	EITAN	CAMILO	MOSQUERA	RODRIGUEZ	1	6			A					A					A					A						1	0	
02	RC	1078105389	NOAH	GAEL	QUIÑONEZ	RENTERIA		8			A					A					A					A						1	0	
03	RC	1077491021	YAEL	ANDRES	UNDAGAMA	AMAGARA		8			A					A					A					A						1	0	
04	RC	1078105389	MARIA	ALEJANDRA	PALACIOS	MARTINEZ	1	2			A					A					A					A						1	0	
05	RC	1078475055	AILEEN	ZARETH	GONZALEZ	CORDOBA	1	3			A					A					A					A						1	0	
06	RC	1077490805	HAILANY	SARETH	GOMEZ	LOZANO		9			A					A					A					A						1	0	
07	RC	1078475114	EMMANUEL		CABRERA	CORDOBA	1	4			A					A					A					A						1	0	
08	RC	1078475278	CRISTOPHER	DAVID	QUINTERO	GARRIDO		9			A					A					A					A						1	0	
09	RC	1033273491	KENJI	DAVID	QUINTO	CASTRO	1	3			A					A					A					A						1	0	
10	RC	1077490843	BREINER	MARCEL	MENA	CORDOBA		8			A					A					A					A						1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 10 0

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

COORDINADOR(A) EA

Lili Yohana Quejada
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

Hoja 1 de 3

197

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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077490907	JARVI	LEWIS	OKI	QUINTERO	0	7													A										1	0	
02	RC	1077491093	KENDO	KANVUNY	TAPI	RUIZ	0	6													A										1	0	
03	RC	1078474944	DANIEL		CALIXTO	IBAMIA	1	7													A										1	0	
04	RC	1077489994	YURANY		TANICAMO	RUIZ	1	0													A										1	0	
05	RC	1077489953	YARLEIDI		TAPI	RUIZ	1	9													A										1	0	
06	RC	1077489541	EDWIN		DUMASA	TAMICANO	1	9													A										1	0	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	

TOTAL 6 0

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Diana Isabel Murillo. M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 3 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	198

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

IDENTIFICACIÓN — Hoja _3_ de __3___
Regional: **CHOCÓ** Centro Zonal **QUIBDO** Municipio: QUIBDÓ
Nombre Agente Educ: **YANETH LOZANO ARBOLEDA** CC 35604644
Código CUENTAME **270011157520**
NOMBRE UCA: VIVE EL AMOR 2
Dirección UCA: **OBAPO** Teléfo UCA: 3209952078

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	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	1078105744	MAREN		DUMAZA	DORIGAMA	0	7									A																1	0	
02	RC	1077490716	LILI	LUCERO	ASPRILLA	ROMAÑA	10	0									A																1	0	
03	RC	1077490278	NATHAN	ELIAM	MURILLO	RIVAS	1	0									A																1	0	
04	RC	1077490031	YUSMELBY		DUMAZA	CABRERA	1	4									A																1	0	
05	RC	1077489866	DAISON		TAPI	CABRERA	1	6									A																1	0	
06	RC	1077489866	LUZ	LAINY	ACHITO	DUMAZA	1	6									A																1	0	
07	RC	1089105239	JESUS	DAVID	VALENCIA	RINCON	1	6									A																1	0	
08	RC	1077420922	MICHEL	ANDREA	MOSQUERA	RAMOS	25	0									A																1	0	
09	CC	1129364658	MAGDA	LUZ	ROMAÑA	PALACIOS	24	0									A																1	0	
10	CC	3586827	LASTENIA		CAIZAMO	CHAMI	55	0									A																1	0	
11	cc	1143992358	YEHILY		BUENAVENTURA	ASPRILLA	27	8									A																1	0	
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	11	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yaneth Lozano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

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

Hoja ___ de ___ 199

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	PRIMERA: L	PRIMERA: M	PRIMERA: MI	PRIMERA: J	PRIMERA: V	SEGUNDA: L	SEGUNDA: M	SEGUNDA: MI	SEGUNDA: J	SEGUNDA: V	TERCERA: L	TERCERA: M	TERCERA: MI	TERCERA: J	TERCERA: V	CUARTA: L	CUARTA: M	CUARTA: MI	CUARTA: J	CUARTA: V	QUINTA: L	QUINTA: M	QUINTA: MI	QUINTA: J	QUINTA: V	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1078575373	LIZBETH	AMARA	RIVAS	CHAVERRA	0	7								A																1	0	
02	RC	1077491394	CHEISY	SOFARY	CORDOBA	RENGIFO	0	4								A																1	0	
03	RC	1077490699	JESUS	DAVID	VALENCIA	CORDOBA	1	10								A																1	0	
04	RC	1078105467	JOEL		MURILLO	CORDOBA	1	1								A																1	0	
05	RC	1233932502	DYLAN	MATTIAS	CUESTA	CORDOBA	1	1								A																1	0	
06	C.C	1078457172	KELEN	BIRDLLY	ROSERO	HINESTROZA	20	6								A																1	0	
07	C.C	1077429124	ANA	MARCELA	MOSQUERA	CUESTA	20	9								A																1	0	
08	C.C	1078918241	MABY		GONZALEZ	MOSQUERA	26	11								A																1	0	
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL 8	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Mayra Yaritza Abuhatab
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

Hoja _1_ de __3___

200

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	1078105838	EITHAN	JHOED	SANTOS	MENA	0	5									A																1	0	
02	RC	1077491014	GISELL	AILANY	CORDOBA	MURILLO	0	7									A																1	0	
03	RC	1017286699	NICOLAS		VALENCIA	GAMBOA	0	7									A																1	0	
04	RC	1077490510	HIAM	HAIR	MOSQUERA	MENDOZA	11	0									A																1	0	
05	RC	1112796339	HANNA		GONZALEZ	GONZALEZ	1	3									A																1	0	
06	RC	1078475109	IRAEL		ZAITANO	LANA	1	3									A																1	0	
07	RC	1078475076	STEYCER		RAMOS	ANGULO	1	3									A																1	0	
08	RC	1032071897	DILAN	ALEJANDRO	CARDONA	GUARIN	1	6									A																1	0	
09	RC	1077256882	CELESTE		IBARGUEN	RAMIREZ	1	7									A																1	0	
10	CC	1003931759	LEIDY	YASIRIS	MOAQUERA	CUESTA	25	0									A																1	0	
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	10	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Leidy Palacios Blandón
RESPONSABLE DE GRUPO

201

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ Pazcifico vive
NIT: _ 900937890-5
MES: , JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Propia e intercultural
SERVICIO DE ATENCIÓN: ___ Propia

NÚMERO DE CONTRATO: __ 27001382025
AÑO:___2025_____

IDENTIFICACIÓN
Regional: ___Chocó_____
Nombre Agente Educativo (a): . Yalisa Salas G amboa
Código CUENTAME UDS: ___ 270011151241,00
Dirección UDS: _____ Medrano y Cascorvas

Centro Zonal _____ Quibdó
CC1192757704_____
Municipio: _____ Quibd ó
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ Vive la magia 1
Teléfono UDS: ___ 3 2 3 2 0 1 9 0 7 2

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	TERCERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	CUARTA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	QUINTA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077490452	NICOLE		MULETH	OSPINA	0	8			A			1	0	
02	RC	1078475255	ASHLAM	EDUARDO	URRUTIA	RODRIGUEZ	0	8			A			1	0	
03	RC	1078105628	ANGEL	YARETH	ROMAÑA	MORENO	0	7			A			1	0	
04	RC	1078732290	SAIRA	EMILI	HACHITO	ZÚÑIGA	0	7			A			1	0	
05	RC	1078105713	TAHIEL	JOAB	MACHADO	GARRIDO	0	5			A			1	0	
06	RC	1087843885	ANTONELLA		SALAS	SOL	0	1			A			1	0	
07	CC	1076327892	KAREN	YESSENIA	DAVILA	MOSQUERA	33	5			A			1	0	
08	CC	35546986	FLOR	MARIA	HURTADO	CAICEDO	40	3			A			1	0	
09	CC	1010090541	KARLA	SACHA	VALENCIA	MACHADO	24	6			A			1	0	
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	9	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

Yalisa Salas Gamboa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

Hoja 1 de 3

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C.	1078475269	DANIELLS	SEBASTIAN	RUIZ	CABRERA	0	10					A																					1	0	
02	R.C.	1023568326	MANUEL	ALEJANDRO	CASAS	LOPEZ	1	3					A																					1	0	
03	R.C.	1078475177	NOAH	SEBASTIAN	CORDOBA	IROBO	1	0					A																					1	0	
04	R.C.	1078105515	LAUREN	ZARETH	ARBOLEDA	IBARGUIEN	1	0					A																					1	0	
05	T.I	1148202975	KETY		DUMAZA	CONDE	17						A																					1	0	
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	5	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Joan Manuel Arboleda Palacios
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

203

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

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

Hoja 1 2

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	1129047195	ROSELY		ISARAMA	CABRERA	0	1									A															1	0	
02	RC	1129047096	JEIDERSON		ISARAMA	FORASTERO	0	11									A															1	0	
03	RC	1129047124	BREIDERZON		CAIZAMO	FORASTERO	0	10									A															1	0	
04	RC	1129047000	RUBERT		ISARAMA	ISARAMA	1	6									A															1	0	
05	RC	1129047040	YIRLEYSI		ISARAMA	ROJAS	1	5									A															1	0	
06	RC	1029047020	ALEJANDRO	MAURICIO	CHAMORRO	ISARAMA	1	4									A															1	0	
07	CC	1077601140	ORDILIA		PEDROZA	CAIZAMO	25	3									A															1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	7	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Disnei Chamorro Isarama
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

Hoja _ 2 de 2

204

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077491553	YARETZI		RENTERIA	VALOYES	0	2									A																	1	0	
02	RC	1078475477	IAN	GABRIEL	VASQUEZ	RESTREPO	0	3									A																	1	0	
03	RC	1077489717	KEITAN	JHOAN	MURILLO	PALOMEQUE	1	5									A																	1	0	
04	RC	1078105482	KATLIN	YETSURY	DOMINGUEZ	CORDOBA	1	0									A																	1	0	
05	RC	1078105716	CATALEYA		RESTREPO	LOZANO	0	8									A																	1	0	
06	CC	1003935198	CRISTINA		ORTIZ	ESPINOZA	22	2									A																	1	0	
07	CC	1077467059	NILI	JOHANA	MOSQUERA	MOSQUERA	31	1									A																	1	0	
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	7	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Heidy B. Palacios M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

205

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL: FUNDACION PAZCIFICO VIVE — IDENTIFICACIÓN: 1131044540 — Hoja 1 de 1

NIT: 900937890-5 — NÚMERO DE CONTR/ 27001382025 — Regional: CHOCO — Centro Zonal: QUIBDO — Municipio: QUIBDO

MES: JULIO — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a): ERICK YESSID TELLO CORDOB — CC: 1 1 3 1 0 4 4 5 4 0

MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL — Código CUENTAME UCA: 270011153564 — NOMBRE UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION: VIVE LA ESPERANZA 1

SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL PROPIA — Dirección UCA: BARRIO POBLADO — Teléfono UCA: 3 1 3 5 8 7 3 9 6 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					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1246329271	MARIEL	ALESSA	HINESTROZA	BECERRA	0	4			A																						1	0	
02	C.C.	10428221262	AILIN	SOFIA	MATURANA	RAMIREZ	21	4			A																						1	0	
03	RC	1078475209	KENAI	JOEL	MAYA	MURILLO	0	11			A																						1	0	
04	RC	10784755183	JADEN	DAREK	PALACIOS	MARMOLEJO	1	1			A																						1	0	
05	RC	1078474892	ZOELI	YAREISA	ALVAREZ	MENA	1	6			A																						1	0	
06	RC	1078105457	NOATH	MARTIN	COPETE	MOSQUERA	1	1			A																						1	0	
07	C.C.	1077452769	LUZ	DAMARIS	PINO	SAUCEDO	24	2			A																						1	0	
08	RC	1077491054	JHOAN	STIVEN	COPETE	MOSQUERA	0	8			A																						1	0	
09	RC																																		
10	RC																																		
11	RC																																		
12	RC																																		
13	RC																																		
14	RC																																		
15	RC																																		
16	RC																																		
17	RC																																		
18	RC																																		
19	C.C.																																		
20	C.C.																																		
																																	TOTAL	8	0	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES	2
	ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

Erick Yesid Tello Cordoba
RESPONSABLE DE GRUPO

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

206

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

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCÓ
Centro Zonal: QUIBDÓ
Municipio: QUIBDÓ
AGENTE EDUCATIVO: ANA GLORIA CAÑISALES RIVAS
CC 39410172
Código CUENTAME UDS: 270011157519
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: VIVE EN FAMILIA 3
Dirección UDS: ALFONSO LOPEZ
Teléfono UDS: 3215740087

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1077477056	LUZ	EDILIA	ZULETA	ARDILA	27	7										A																1	0	
02	RC	1077490910	ELIAN	MIGUEL	MURILLO	GUEVARA		8										A																1	0	
03	RC	1093317798	ARLET	ADHARA	GOMEZ	ARIAS		6										A																1	0	
04	RC	1077491155	NAIN	ELIEL	GONZALE	SANTOS		6										A																1	0	
05	RC	1131209325	NEYLAN	YESIEL	RENTERIA	SANTOS		3										A																1	0	
																																	TOTAL	5	0	

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Ana. G. Cañizales Rivas

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : PAZCIFICO VIVE

NIT: _ 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 270011157524

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___ 207

Regional: CHOCÓ Centro Zonal: QUIBDÓ Municipio: QUIBDÓ

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

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

Dirección UDS: __Piñal de medrano _____ Telefono: 3205351032

No. de Orden	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	1036269014	Itzel	Samara	Palacios	Mosquera	0	1															A										1	0	
02	1078475458	Josue		Asprilla	Torres	0	2															A										1	0	
03	1077444076	Alfred	Jamid	Restrepo	Mena	0	2															A										1	0	
04	1078475321	Alisson		Moreno	Valencia	0	7															A										1	0	
05	1078105441	Ian	Andres	Longa	Murillo	0	11															A										1	0	
06	1033659414	Derek		Perea	Taborda	1	1															A										1	0	
07	1074687237	Kevin	Yoel	Valencia	Murillo	1	5															A										1	0	
08	1075024199	Nancy		Rivas	Mena	30	5															A										1	0	
09	1077438653	Danny		sanachez	Mosquera	38	0															A										1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL	9	0

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

COORDINADOR(A) EA

Margarita Pino

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

PR GO
PROMOCIÓ REVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

208

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

Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):LJHON JAIRO ROJAS PRATERO_____ CC:1077471281_____
Código CUENTAME UDS:___270011155460_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PUEBLO NUEVO_____
Dirección UDS: __PUEBLO NUEVO_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 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	1077491086	JHON	ENESTIDER	MECHA	PEREA	0	5		A	1	0	
02	RC	1077490443	THIAGO	DAEL	TAPI	CUNAMPIA	0	10		A	1	0	
03	RC	1077491216	ESTEVAN		DOGIRAMA	SAPIA	0	8		A	1	0	
04	RC	1078475144	EVERTH	DAVID	MENA	PALACIOS	1	1		A	1	0	
05	RC	1077489579	YENELI		ISAMA	BARIQUIRUDA	1	0		A	1	0	
06	C.C.	1077434013	DULARINA		BAILARIN	DUMASA	34	3		A	1	0	
07	T.I.	1077439401	MARLENY		BAILARIN	DUMASA	15	0		A	1	0	
08	T.I.	1149434602	YARIZA		MECHA	PRATERO	17	8		A	1	0	
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	8	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Jhon Jairo Rojas Pratero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

209

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025
MES: _JULIO AÑO: _2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA

Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal __QUIBDO Municipio: _QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a):CLEIDER BAILARIN TUNAY CC:1077421824
Código CUENTAME UDS:___270011148446 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_BOCASALINA
Dirección UDS: __BOCASALINA Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077490458	YASIRI		DUMAZA	MANISA	0	11															A									1	0	
02	RC	1077490499	JHON	LEICER	DOGARI	PANESSO	0	10															A									1	0	
03	RC	1077490994	FLOR	CECILIA	CABRERA	YAMESON	0	7															A									1	0	
04	RC	1077491111	ELIANA		CABRERA	DUMAZA	0	7															A									1	0	
05	C.C.	1077447979	NAILA		QUINTERO		27	3															A									1	0	
06	C.C.	1131185787	SANDRA		DUMAZA	GONZALEZ	23	6															A									1	0	
07	C.C.	1133669096	LUCILA		PANESSO	HURAGAMA	39	10															A									1	0	
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	7	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Cleider Bailarin
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

210

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025
MES: _JULIO AÑO: _2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal __QUIBDO Municipio: _QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a):ORLANDO BAILARIN TUNAY CC: 1077439672
Código CUENTAME UDS: 270011155459 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_NECORA -UNO
Dirección UDS: __NECORA 1 Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 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					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077491149	ARELI		BAILARIN	GONZALEZ	0	5										A														1	0	
02	RC	1077491231	LUIS	NELSON	GONZALEZ	BAILARIN	0	4										A														1	0	
03	RC	1077491342	SOFIA		TUNAY	ONSALEZ	0	3										A														1	0	
04	RC	1077491360	YARISA		FORASTERO	BAILARIN	0	2										A														1	0	
05	RC	1077490485	NINA		BAILARIN	GONZALEZ	0	10										A														1	0	
06	RC	1077490849	VANESA		GONZALEZ	BAILARIN	1	4										A														1	0	
07	C.C.	1003984332	RUBIELA		GONZALEZ	CUÑAPA	33	2										A														1	0	
08	C.C.	1077439675	LINA		BAILARIN	TUNAY	25	5										A														1	0	
09	C.C.	1149434583	CHIACORE		BAILARIN	DUMASA	28	2										A														1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL		9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Orlando Bailarin Tunay
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

211

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1077489999	EDGAR		GONZALEZ	DUMAZA	1	3	A		1	0	
02	RC	1077490467	NEIRA		GONZALES	CHORY	1	2	A		1	0	
03	RC	1077490761	FLOR	MARIA	PANESSO	GONSALEZ	0	11	A		1	0	
04	C.C.	1078005945	ERICA		BAILARIN	MAJORE	31	0	A		1	0	
05	C.C.	1149434606	DIANA		GONZALEZ	DUMASA	26	3	A		1	0	
06	C.C.	1149434625	MARIA	EUGENIA	VELASQUEZ	BAILARIN	33	5	A		1	0	
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	6	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yermerson Gonzalez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a):LUIS EDUARDO UNDAGAMO ISABARE_____ CC:1077649102_____
Código CUENTAME UDS:___270011155461_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CONONDO_____
Dirección UDS: __CONONDO_____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1077490703	DAILIN	ALEJANDRA	UNDAGAMA	BECHECHE	0	9					A																					1	0	
02	RC	1077490922	AILYN	ALAHIA	PALACIOS	CORDOBA	0	7					A																					1	0	
03	RC	1077653247	LIAM		BIRRI	CAIZAMO	1	3					A																					1	0	
04	RC	1078105320	CLARA	EMILZA	FORASTERO	CAIZAMO	1	4					A																					1	0	
05	RC	1078474947	MARIA	JOSE	HURTADO	GAMBOA	1	6					A																					1	0	
06	RC	1078475103	YILMAR		CHIRAMA	ROJA	1	3					A																					1	0	
07	C.C.	1003780283	YULIANA		MECHA	CAIZAMO	26	0					A																					1	0	
08	C.C.	1077632907	MARCELA		UNDAGAMA	ISABARE	19	6					A																					1	0	
09	C.C.	1149434550	ADRIANA		ROJA	LANA	20	8					A																					1	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

luis eduardo Undagamo
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 PF CIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

213

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE

NIT: 900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: 2700138-2025

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal QUIBDO Municipio: QUIBDO

Nombre Agente Educativo (a):WILLINTON BUGAMA ISARAMA CC:1077450920

Código CUENTAME UDS: 270011142866 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_EL TIGRE

Dirección UDS: EL TIGRE Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS																						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	1077489763	NESTOR		DUMASA	MAJORE	1	4					A																			1	0	
02	RC	1077490275	CAMILO		BUGAMA	CAISAMO	1	0					A																			1	0	
03	RC	1077490410	ELKIN		PANESO	DUMAZA	1	0					A																			1	0	
04	RC	1077490630	YORMAN		TAPI	BARIQUIDURA	0	10					A																			1	0	
05	RC	1078105398	ZEIDER		ISARAMA	DOGARI	1	2					A																			1	0	
06	C.C.	1075022976	DILIA		CHAMORRO	IZARAMA	36	4					A																			1	0	
07	C.C.	1078009095	CESILIA		DUMASA	ISAMARA	20	9					A																			1	0	
08	C.C.	1128084452	DORALY		OCHOA	GARCIA	33	5					A																			1	0	
09	T.I.	1129324291	LUZ		PANESSO	TAPI	14	0					A																			1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Willinton Bugama I.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

214

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION PAZCIFICO VIVE
NIT: _900937890-5 NÚMERO DE CONTRATO: _2700138-2025
MES: _JULIO AÑO: _2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _PROPIA

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal _QUIBDO Municipio: _QUIBDO
Nombre Agente Educativo (a):NELSON DUMASA ISAMIA CC: 1078456827
Código CUENTAME UDS: 270011151865 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_PLAYAALTA
Dirección UDS: _PLAYA ALTA Teléfono UDS:

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	1078105808	BERONICA		PANESSO	DUMAZA	0	4										A															1	0	
02	RC	1077489785	MAICON		ISAMA	PANESSO	1	5										A															1	0	
03	RC	1077489937	YUMERSON		DUMASA	TAPI	1	5										A															1	0	
04	RC	1077490002	HAXEL	SMITH	DUMASA	OLEA	1	6										A															1	0	
05																																			
06																																			
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	4	0	

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

COORDINADOR(A) EA

nelson Dumasa Isama
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 PROM ÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5 Clasificación de la Información: Pública	29/05/2018 Página 2 de 2

215

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	ASISTENCIA	INASISTENC	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																											
01	RC	1077491285	DARWIN		GONSALEZ	VELASQUEZ	0	4																		A						1	0	
02	RC	1077491349	DELCIA		TUNAY	GONSALEZ	0	3																		A						1	0	
03	RC	1078105822	YURI	VANESSA	ROJAS	FORASTERO	0	4																		A						1	0	
04	RC	1077489620	JASNI	LUZ	ISARAMA	ISABARE	1	5																		A						1	0	
05	RC	1077489722	ZANDER	DAVID	DOCARY	PANESSO	1	4																		A						1	0	
06	RC	1077491311	LIAM	DAVID	ISABARE	GARABATO	0	6																		A						1	0	
07	RC	1078105115	WILDANIBER		MECHA	CONDE	1	6																		A						1	0	
08	C.C.	1133606888	MILEYSA		MECHA	IZABARE	23	11																		A						1	0	
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	8	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Cruz Lenia Rojas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

216

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE			
01	RC	1077491303	YOMAIRA		PANESSO	CHORI	0	3					A																				10	
02	RC	1077490024	DANIEL		GONZALEZ	DUMAZA	1	2					A																				10	
03	RC	1077490992	MARIA	CLAUDIA	GONZALEZ	IBAMIA	0	8					A																				10	
04	C.C.	1003934813	MARIA	LUISA	LANA		39	3					A																				10	
05	C.C.	1077421839	HERMINIA		GONZALEZ	GONZALEZ	37	8					A																				10	
06	C.C.	1077425991	MARIA	LINDA	TUNAY	OLEA	36	3					A																				10	
07	C.C.	1078457442	LUZONIA		CHORI	GONZALES	19	0					A																				10	
08	C.C.	1078459137	MARIA	ELENA	PANESSO	AMAGARA	37	1					A																				10	
09	C.C.	1133669174	LUCERITO		PANESSO	DUMAZA	35	0					A																				10	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Evelio Gonzales
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

217

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

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

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					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE			
01	RC	1077491335	YANESA		ISAMA	CUNAMPIA	0	4					A																			1	0	
02	RC	1077491343	BREINER		TANICAMO	VALENCIA	0	3					A																			1	0	
03	RC	1078105914	YORDAN		NAMPIA	LANA	0	3					A																			1	0	
04	RC	1077489662	PAUWER		CONDE	MARTINEZ	1	6					A																			1	0	
05	RC	1077489736	THIAGO		ARCE	MEJIA	1	4					A																			1	0	
06	RC	1077490186	ANA	MAYHERLIS	CHAMI	MEJIA	1	1					A																			1	0	
07	RC	1077490940	LAHIAM	DAVID	MENA	RENTERIA	0	7					A																			1	0	
08	C.C.	1148194977	BENAIDA		CHORI	PEREA	40	4					A																			1	0	
09	C.C.	35555841	ZULEIMA		CABRERA		40	10					A																			1	0	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL		9	0	

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

COORDINADOR(A) EA

lisandro Nampia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

218

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1200720327	ANDRES	FABIAN	CULMAN	RODRIGUEZ	0	2										A														1	0	
02	RC	1075029863	DINALDIHNO		CUNAPA	BECHECHE	1	6										A														1	0	
03	RC	1075030053	ZAYDEN		BECHECHE	CABRERA	0	11										A														1	0	
04	RC	1075101488	MARIA	IRENE	PIPICAY	DOJIRAMA	1	1										A														1	0	
05	RC	1077490001	YULBER		AMAGARA	ROJA	1	2										A														1	0	
06	RC	1077490264	EMILY	SAMARA	DUMAZA	MARTINEZ	1	1										A														1	0	
07	RC	1077490637	ALIS	MIA	QUERAGAMA	LANA	0	10										A														1	0	
08	RC	1078475180	LAYRIN	SOFIA	CACERES	CORDOBA	1	2										A														1	0	
09	RC	1079296536	ELEANI		BECHECHE	IBAMIA	0	11										A														1	0	
10	C.C.	1079289311	YORLENA		BECHECHE	BECHECHE	19	5										A														1	0	
11	T.I.	1077601290	MARIA	YURLEIDY	ROJAS	MECHA	17	11										A														1	0	
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	11	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Joto Cabrero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

219

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

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

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERC	JUEVE	VIERNE			
01	RC	1077491270	ELVIA		DUMASA	PEREA	0	3															A										7	0	
02	RC	1077491540	YEILIN	LUCIANA	PADILLA	VARGAS	0	1															A										7	0	
03	RC	1078105847	ILIANA		BAQUIAZA	OQUI	0	4															A										7	0	
04	RC	1077490536	GEISY	SOFIA	CONDE	CHAMI	0	10															A										7	0	
05	RC	1078105558	SARA	DAHIANA	GONZALEZ	DUMASA	0	10															A										7	0	
06	C.C.	1078458511	MIRIA		MECHA	DOGARY	18	5															A										7	0	
07																																			
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	6	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NINOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL NINOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Carlos Tunay
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

220

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

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____
Regional: _CHOCO_____ Centro Zonal __QUIBDO_____ Municipio: _QUIBDO_____
Nombre Agente Educativo (a): YOLANDA WACORIZO_____ CC:_____
Código CUENTAME UDS: 27001115186_____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: KILOMETRO 7-1_____
Dirección UDS: _KILOMETRO 7-1_____ Teléfono UDS: _____

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIA	INASISTENCIA	
									LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE	LUNES	MARTE	MIERCO	JUEVES	VIERNE			
01	RC	1077490551	CHIRLENA		ROA	LANA	0	10										A														1	0	
02	RC	1077490579	BRIYITH	YISETH	FORASTERO	QUIRO	0	9										A														1	0	
03	RC	1077490929	HASLEIDY		CONDE	LANA	0	7										A														1	0	
04	RC	1078105347	LEIDY		LANA	CHIRAMA	1	2										A														1	0	
05	RC	1078105455	ADARA	SOFIA	HACHITO	CONDE	1	0										A														1	0	
06	RC	1078105490	ANDRESON		CHORY	TAPI	1	2										A														1	0	
07	C.C.	1075021562	LORENA		CHIRAMA	SAITAMO	25	1										A														1	0	
08	C.C.	1075023588	MAIRA		FORASTERO	ISARAMA	19	1										A														1	0	
09	C.C.	1077600296	YUDY	ELENA	CHIRAMA	HACHITO	20	0										A														1	0	
10	C.C.	1128725259	ADIELA		MANYOMA	CALZAMO	28	11										A														1	0	
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																														TOTAL	10	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Yolanda Wacorizo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

221

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

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

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1077491214	LAURA	CATALINA	CONDE	SAPIA	0	4																					A					1	0	
02	RC	1077491620	LIAN	GAEL	VALENCIA	CAISAMO	0	1																					A					1	0	
03	RC	1077489864	DORIZA		FORASTERO	SARCO	1	4																					A					1	0	
04	RC	1077490039	BLEIDER	JAVIER	HACHITO	SARCO	1	2																					A					1	0	
05	RC	1077490891	MARA	MAILETH	DUMAZA	DOGIRAMA	0	7																					A					1	0	
06	RC	1079296420	NAIFER		VALENCIA	BAILARIN	1	6																					A					1	0	
07	C.C.	1078012074	DEYANIRA		SARCO	ACHITO	26	5																					A					1	0	
08	C.C.	26265164	DELIA		SARCO	ACHITO	46	1																					A					1	0	
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	8	0	

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

COORDINADOR(A) EA

maria elsa conde
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

222

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

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

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	RC	1077490867	DEREK	GAEL	MOSQUERA	COGOLLO	0	7																				A					1	0	
02	RC	1078640573	YEILER	SANTIAGO	BLANDON	ECHEVERRY	1	5																				A					1	0	
03	RC	1078640664	YERAL	YUSUK	VELABQUEZ	VELASQUEZ	0	8																				A					1	0	
04	C.C.	1004027672	MARTHA	LILIANA	QUERAGAMA	BITUCAY	23	1																				A					1	0	
05	C.C.	1007108858	LAURA	CAROLINA	FLOREZ	FLOREZ	23	3																				A					1	0	
06	C.C.	1093533732	ANA	PATRICIA	MURILLO	QUERAGAMA	21	2																				A					1	0	
07	T.I.	1078637022	DANILA		MAMUNDIA	BIYUCAY	17	3																				A					1	0	
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	7	0	

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

COORDINADOR(A) EA

Alejandro Bitucai
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 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	1077489450	YIRELIS		LANA	VELASQUEZ	1	8		A	1	0	
02	RC	1077490357	NICOL		VALENCIA	LANA	1	3		A	1	0	
03	RC	1077490775	LUISA		MEGIA	EVAO	0	10		A	1	0	
04	RC	1077490776	JUAN	CARLOS	DOGARI	FORASTERO	0	9		A	1	0	
05	CC.	1003935583	MARLENY		EVAO	ÑAMEZON	22	1		A	1	0	
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	5	0	

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

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

delcia maria
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 2 de 3
		Clasificación de la Información: Pública	

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1077491178	KIMBERLY		VIZCUÑA	DUNAZA	0	8																A							1	0	
02	CC	1193425059	MIRIAN		VALENCIA	LANA	28	5																A							1	0	
03	CC	26261708	VIRGELINA		GONZALEZ		46	2																A							1	0	
04	RC	1077491344	HENMERZON		BAILARIN	JAISABA	0	4																A							1	0	
05	RC	1077491069	AILANY	AZALLY	FORASTERO	TUNAY	0	7																A							1	0	
06	RC	1040892557	FREYDER		LANA	FORASTERO	0	9																A							1	0	
07	RC	1077489507	SAMUEL		EVAO	DOGIRAMA	1	8																A							1	0	
08	RC	1078105039	YAIRO		BAILARIN	DUMASA	1	9																A							1	0	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																														TOTAL	8	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) AEA

Jaime
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1003928123	SELINDA		DUMAZA	BAILARIN	23	10	A		1	0	
02	CC	1193451441	DIANITA		DUMAZA	BAILARIN	29	10	A		1	0	
03	RC	1078105346	MILENA		VALENCIA	ZARAMA	1	4	A		1	0	
04	RC	1077489380	CIAN	THIAGO	TUNAY	EVAO	1	9	A		1	0	
05	RC	1077490643	YILMAR		DUMAZA	URAGAMA	0	11	A		1	0	
06	RC	1077490721	DAYLIN	CHARIANNY	DOGARITH	SAPIA	0	10	A		1	0	
07	RC	1077491647	MARLON	ANDRES	IVAMIA	VALENCIA	0	2	A		1	0	
08	RC	1077489640	LIAN	ANDRES	VALENCIA	FORASTERO	1	6	A		1	0	
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	8	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Irene Hinopósa M
COORDINADOR(A) EA

Belarmino
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: 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	1077490163	JARLAN	DAVID	BERRUGATE	RUIZ	1	5			1	0	
02	RC	1078475106	DORA	PATRICIA	EVAO	GUARABATA	1	4			1	0	
03	RC	1077490418	DEISON		VALENCIA	CONCHAVE	1	0			1	0	
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Primera semana: 01 RC 1077490163 JARLAN DAVID BERRUGATE RUIZ — A
02 RC 1078475106 DORA PATRICIA EVAO GUARABATA — A
03 RC 1077490418 DEISON VALENCIA CONCHAVE — A

TOTAL 3 0

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

Irene Hinojosa Moreno
COORDINADOR(A) EA

Livio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

227

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

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	SEGUNDA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	TERCERA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	CUARTA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	QUINTA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1078475005	YUVELI		VALENCIA	CONDE	1	5					A		1	0	
02	RC	1077489981	KAREN		OKI	RUIZ	1	4					A		1	0	
03	RC	1077489984	OLIVER		OKI	OKI	1	6					A		1	0	
04	RC	1077490823	ARLEIDA		GUARABATA	GUARABATA	0	9					A		1	0	
05	RC	1077491008	BERONICA		URAGAMA	OKI	0	7					A		1	0	
06	RC	1077491051	CRISBELLY		RIVERA	IBAMIA	0	7					A		1	0	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
													TOTAL		6	0	

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

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

alFredo
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

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

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

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					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	CC.	1003935568	OLIVIA		TAPI	VALENCIA	27	1																					A					1	0	
02	CC.	1003935576	LEACHELITA		IBAMIA	TAMICAMO	22	9																					A					1	0	
03	CC.	1077429268	KELLY	JOHANA	TANICAMO	CHARRERO	20	3																					A					1	0	
04	CC.	1003935516	LUZ	MARINA	TAPI	VALENCIA	22	2																					A					1	0	
05	RC	1077489874	NEISON		TANICAMO	TAPI	1	5																					A					1	0	
06	RC	1077490292	ARNELIA		CABRERA	TANICAMO	1	1																					A					1	0	
07	RC	1077490620	YOSIMAR		TANICAMO	ISAMA	1	2																					A					1	0	
08	RC	1077490955	FRANKLIN		EVAO	TANICAMO	0	8																					A					1	0	
09	RC	1078475074	LEINER		RUIZ	IBAMIA	1	4																					A					1	0	
10	RC	1078923985	EDELIN	ISABELA	DUMAZA	IBAMIA	0	7																					A					1	0	
11	RC	1077489954	ARILINA		DUMAZA	IBAMIA	1	6																					A					1	0	
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	11	0	

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

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) EA

Enilio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC.	1003932859	MARIA	ELENA	BAILARIN	DUMAZA	28	5	A		1	0	
02	CC.	1079289295	YILIA	YINETH	TAMICAMO	VALENCIA	30	2	A		1	0	
03	RC	1078105310	EUMA		PEREA	ROJAS	1	4	A		1	0	
04	RC	1078475113	RAIMEL		USAMA	CHARRERO	1	5	A		1	0	
05	RC	1077491187	YENSI		TAPI	OLEA	0	7	A		1	0	
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	5	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) ED

Francisco Isama
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

230

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

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

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1078179515	DORA	MARITZA	BUGAMA	RIVERA	22	9	A		1	0	
02	CC	1077433803	YOANA		CONDE	RIVERA	23	5	A		1	0	
03	CC	1077458424	NOVELIA		MACHUCA	MACHUCA	36	9	A		1	0	
04	CC	1077484821	MARIA	ALEJANDRA	QUINTERO	TANICAMO	25	3	A		1	0	
05	CC	1147934200	SERVELINA		DOGIRAMA	FORASTERO	28	2	A		1	0	
06	CC	1147934218	ORDALICIA		LANA	CONCHAVE	29	0	A		1	0	
07	CC	35894924	IDALUZ		CONCHAVE	FORASTERO	43	7	A		1	0	
08	CC	35895040	MELOTICA		DOGIRAMA	FORASTERO	43	5	A		1	0	
09	RC	1077491103	SAMAIRA		LANA	FLACO	0	6	A		1	0	
10	RC	1077490474	REILEISON		CONCHAVE	TAPI	1	2	A		1	0	
11	RC	1077490475	YUMARA		CONCHAVE	MACHUCA	1	1	A		1	0	
12	RC	1077490498	LUZ	NERY	DOGIRAMA	LANA	1	0	A		1	0	
13	RC	1077491102	MAIRA	LILIANA	LANA	CONCHAVE	0	7	A		1	0	
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	13	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	8

Irene Hinojosa M.
COORDINADOR(A) BA

LEONEL
RESPONSABLE DE GRUPO

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